

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Verandering **cardiovasculair medicatieadvies**
door herziening richtlijn

BESCHOUWING

Proactiever testen op **hiv is nodig**

NHG-STANDAARD

Miskraam

WETENSCHAP

6

ONDERZOEK

Verandering cardiovasculair medicatieadvies door herziening richtlijn

Clare Luymes, Wouter de Ruijter, Rosalinde Poortvliet, et al.

9

Hoe goed volgen patiënten een verwijzing naar de specialist op?

Christel van Dijk, Judith de Jong, Robert Verheij, et al.

12

Zoekgedrag van aios huisartsgeneeskunde in de praktijk

Marie-Louise Bartelink, Marlous Kortekaas, Lia Boelman, et al.

15

BESCHOUWING

Kindvriendelijke geneesmiddelen

Diana van Riet-Nales, Fred Schobben, Herman Vromans, et al.

21

Hoort lumbale MRI thuis in de eerste lijn?

Evelien de Schepper

24

Proactiever testen op hiv is nodig

Ivo Joore, Eline Op de Coul, Ben Bom, et al.

28

COMMENTAAR

Mind the gap

Brigitte Evers-Roeten, Jeroen Levert

30

NHG-STANDAARD

Miskraam

KLINISCHE PRAKTIJK

41

HUISARTSENZORG IN CIJFERS

Grote variatie tussen huisartsenpraktijken bij influenzavaccinatie

Marianne Heins, Mariëtte Hooiveld, Joke Korevaar

42

NASCHOLING

Hiv anno 2017: vroege diagnostiek, vroege behandeling

Frank Kroon

47

(VER)STAND VAN ZAKEN

Een apotheker-farmacotherapeut in de praktijk

Vivianne Sloeserwij

48

CASUÏSTIEK

Niet-wegdrukbaar vlekjes bij niet zieke volwassene

Margitta Roodnat-Zinsmeester

50

CATS

Waarde van combinatie iFOBT en calprotectine

Aria Sana / Hanneke Rijkels

51

PEARLS

Griepvaccinatie tegen middenoorontsteking?

Julian Kiers

3

JOURNAAL

27

ECG-CASUS

46

UW DIAGNOSE

49

KENNISTOETS

52

INGEZONDEN

55

BOEKEN

56

COLOFON HG-W

1

HET NHG

Onderzoek waar uw patiënt beter van wordt

Podotherapie bij hielspoor? Bij recidiverende schouderklachten weer een injectie of is het tijd voor fysiotherapie? Welke adviezen geef ik aan die 70-jarige mevrouw met polsartrose die haar handwerk niet meer kan doen? Hoe nuttig zijn de PPI's die ik dagelijks fiatteer als herhaalrecept bij alle ouderen die acetylsalicylzuur gebruiken? Zijn de controles van de praktijkondersteuner bij diabetes, astma/COPD en CVRM wel zinvol of kan het ook minder vaak? Volgens de Gezondheidsraad wordt onderzoek naar deze vragen te weinig gedaan. Slechts een fractie van de honderden miljoenen aan onderzoeksgeld gaat naar dit soort alledaagse ziekten. En dat raakt mij in de spreekkamer.

Het NHG heeft 443 kennislacunes geformuleerd vanuit de NHG-Standaarden die de basis kunnen vormen voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Het gaat om vragen die dagelijks in onze spreekkamers naar voren komen. Om al die vragen wetenschappelijk te beantwoorden hebben we een budget van minimaal vijftig miljoen euro nodig. Dat is minder dan er in een jaar door een fonds zoals de Hartstichting of KWF wordt uitgegeven aan wetenschappelijk onderzoek.



Waarom is het zo moeilijk voldoende middelen te genereren voor eerstelijns onderzoek? Een belangrijke oorzaak is de perverse publicatiedwang en het verdelen van het onderzoeksgeld op basis van de wetenschappelijke output en punten. Onderzoekers zijn gevangen van de 'citatievallei' en huisartsgeneeskundig onderzoek scoort minder goed in tijdschriften die hoog op de citatieranglijst staan. Ook doneren mensen liever voor het verschil tussen leven en dood bij kanker of voor de behandeling van hart- en vaatziekten dan voor onderzoek naar hielspoor, eczeem, jeuk of rugpijn. Niet sexy immers. Bovendien collecteert het niet lekker langs de deur en fiets je er geen berg voor op.

Huisartsgeneeskundige onderzoeksagenda

Wat doen wij hieraan? Allereerst afstemmen en samenwerken. Dat heeft bijvoorbeeld geleid tot een overzicht van het lopende huisartsgeneeskundig onderzoek. Daarnaast nam het NHG het initiatief om een landelijke huisartsgeneeskundige onderzoeksagenda op te stellen, die met financiers, beleidsmakers en patiënten gedeeld wordt. Nu nog het geld. *Crowdfunding* wordt ingezet middels de op het NHG-Congres 2016 gelanceerde Stichting Fonds Alledaagse Ziekten. Dit fonds zamelt geld in en heeft de ANBI-status: de fiscus geeft 40-50% korting.

Is dit genoeg? Nee. Multidisciplinaire onderzoeksconsortia zijn zeer effectief in het verkrijgen van onderzoeksgelden. Onderzoekers moeten daarom meer samenwerken, afspraken maken over aandachtsgebieden en zich daar aan houden. De patiënt, paramedische disciplines en de medisch specialist moeten meer en beter betrokken worden. Daarnaast is investering in en coördinatie van huisarts-onderzoekers nodig die fondsen adviseren en onderzoeksprojecten beoordelen. Onmisbaar is ook de politieke lobby voor huisartsgeneeskunde en wetenschap in Den Haag en bij zorgverzekeraars. Een taak voor het NHG?

Wat kunt u doen? Vaker meedoen met een onderzoek vanuit een Universitair Huisartsgeneeskundig Centrum en de Stichting Fonds Alledaagse Ziekten steunen met een donatie. In de spreekkamer kunt u dan de vragen over hielspoor, schouderklachten, polsartrose, PPI en het werk van de praktijkondersteuner beter beantwoorden. Daar wordt de patiënt ook beter van.

Ivo Smeele

Journaal-mijlpaal!

Wekelijks publiceren we op onze website enkele bondige samenvattingen van recent onderzoek dat relevant is voor de Nederlandse huisarts. Een deel hiervan belandt in de rubriek 'Journaal', in de gedrukte versie van H&W. Onze lezers waarderen deze rubriek, en onze enthousiaste schrijvers zorgen ervoor dat u op de hoogte blijft.

Maar je hebt schrijvers en schrijvers. Aan de ene kant van het spectrum zien we de aios of huisarts die eens in zijn leven met veel zweet en tranen tot een mooie pennenvrucht komt. Aan de andere kant de begenadigde schrijver die schijnbaar moeiteloos het ene na het andere doorwrochte onderzoeksartikel tot 300 leesbare woorden weet terug te brengen.

Eén van onze vaste journaalschrijvers bereikte onlangs een mijlpaal. Van Tjerk Wiersma, voormalig huisarts in Friesland en senior medewerker van het NHC, ontvingen we onlangs zijn honderdste bijdrage! (Zie op pagina 4 'Liever dabigatran dan rivaroxaban?') De



Foto: Shutterstock/Asia Images

redactie is heel blij met de vlotte maar ook kritische pen van Tjerk. We zien vol verwachting uit naar de volgende honderd. En voor wie misschien is vergeten waarover Tjerk zoal schreef, geven we hieronder een bloemlezing:

- Praten over seks op het werk (Huisarts Wet 2008;51:584)
- Een nieuwe modeziekte in de kiem gesmoord (Huisarts 2008;51:112)

- Patiënten uit de hel (Huisarts Wet 2013;56:4)
- Laveren tussen betutteling en verwaarlozing (Huisarts Wet september 2014, digitaal)
- Haperingen in de witte motor (Huisarts Wet 2015;58:61)
- Hoe houden we de huisarts gezond? (Huisarts Wet 2016;59:335) ■

Hans van der Wouden

Spoor familiale hypercholesterolemie op

Kenmerken van familiale hypercholesterolemie zijn hoge lipidenwaarden en hart- en vaatziekten op jonge leeftijd. De aanbeveling in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement om FH actief op te sporen is terecht: statines zijn zeer effectief bij deze groep.

Internist-in-opleiding Joost Besseling bespreekt in zijn proefschrift een aantal aspecten van familiale hypercholesterolemie (FH). De data zijn veelal afkomstig van deelnemers aan het screeningsprogramma voor familiale hypercholesterolemie in Nederland, de StOEh.

FH is een autosomaal dominant overervende aandoening die gekenmerkt wordt door hoge LDL-cholesterolwaarden (LDL-C; 5-10 mmol/liter). Homozygote FH is zeer ernstig en zeer

zeldzaam. De heterozygote vorm komt relatief veel voor: geschat wordt 0,002 tot 0,5%. Dit proefschrift gaat over de heterozygote vorm. Bij een doorgemaakt coronair event blijkt FH nog vaker voor te komen (8,3%) en bij deze patiënten blijkt de behandeling vaak suboptimaal. Ook wordt de streefwaarde van LDL-C van < 1,8 mmol/liter vaak niet gehaald. Daarnaast blijkt dat de ernst van het fenotype (de uitingvorm in hoogte van LDL-C en de kans op hart- en vaatziekten) van FH niet afneemt bij toenemende graad van familieverband. De auteur pleit daarom voor actieve opsporing van FH bij alle familieleden van de indexpatiënt (iemand bij wie FH is aangetoond), en ook bij mensen die al een coronair event hebben doorgemaakt.

Conform de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement zouden we aan FH moeten denken bij hoge cholesterolwaarden (totaalcholesterol >

8 mmol/L of LDL > 5 mmol/L) en hart- en vaatziekten voor het 65e levensjaar, of voor het 60e levensjaar bij een eerste-graads familielid. Opvallend is verder dat diabetes mellitus type 2 50% minder vaak voorkomt bij patiënten met FH vergeleken met hun niet-aangedane familieleden. Het mechanisme hierachter is nog onopgehelderd, maar een hypothese is dat de LDL-receptorexpressie een rol speelt bij ontstaan van diabetes. Tot slot: statines verminderen de kans op coronairaanomeningen en mortaliteit bij FH met maar liefst 44%. Een optimistische gedachte bij het bestrijden van fatalisme bij voorschrijven van die almaar toenemende hoeveelheid medicijnen: statines zijn in deze groep echt effectief. ■

Lidewij Broekhuizen

Besseling J. *The extended phenotype of Familial Hypercholesterolemia [proefschrift]*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2016.

Liever dabigatran dan rivaroxaban?

Onlangs publiceerde het NHG een standpunt over anticoagulantia met de conclusie dat cumarinederivaten en DOAC's (ook wel NOAC's) voortaan als gelijkwaardig beschouwd kunnen worden. Het NHG spreekt geen voorkeur uit voor een van de DOAC's, omdat daarvoor onvoldoende gegevens beschikbaar waren. Een Amerikaans onderzoek werpt nu enig licht op de zaak.

Het betreft een retrospectief cohortonderzoek onder 52.240 nieuwe gebruikers van dabigatran (2 dd 150 mg) en 66.651 nieuwe gebruikers van rivaroxaban (1 dd 20 mg). Alle deelnemers waren 65

jaar of ouder en hadden de diagnose atriumfibrilleren. Voor verschillen tussen de groepen werd gecorrigeerd met propensityscores.

Uitkomstmaten waren de kans op een ischemische beroerte, intracranieële bloedingen en grote extracranieële bloedingen waaronder gastro-intestinale bloedingen en sterfte, waarbij dabigatran werd gebruikt als referentie. Ruim 15.000 jaren dabigatrangebruik en ruim 20.000 jaren rivaroxabangebruik konden worden geanalyseerd, waarin genoemde uitkomstmaten 2537 maal voorkwamen. Het gebruik van rivaroxaban was geassocieerd met een statistisch niet-significante reductie van het aantal ischemische beroertes (hazardratio (HR) 0,81; 95%-BI 0,65 tot 1,01; $p = 0,07$; 1,8 minder gevallen per 1000 patiëntjaren). Inname van rivaroxaban ging gepaard met een significante toename van intracranieële bloedingen (HR 1,65; 95%-BI 1,20 tot 2,26; $p = 0,002$; 2,3 extra per 1000 patiëntjaren) en grote extracranieële bloedingen (HR 1,48; 95% BI 1,32 tot 1,67; $p = 0,001$; 13,0 extra per 1000 patiëntjaren). De toename van sterfte bij gebruik van rivaroxaban was niet significant (HR 1,15; 95%-BI 1,00 tot 1,32; $p = 0,051$; 3,1 meer doden per 1000 patiëntjaren). De toename van het aantal intracranieële bloedingen onder rivaroxabangebruikers

was groter dan de reductie van het aantal ischemische beroertes.

Beperkingen van het onderzoek zijn de observationele opzet (met kans op residual confounding) en de gemiddeld korte duur van de follow-up (vier maanden). De onderzoeksbevindingen zouden verklaard kunnen worden door minder therapietrouw bij dabigatrangebruik, vanwege de tweemaal daagse dosering, of frequentere overdosering bij rivaroxabangebruik omdat nierfunctievermindering bij dit middel eerder noopt tot dosisaanpassing. De onderzoekers maken beide verklaringen onaannemelijk.

Alles wijst erop dat het ontstollende effect van de standaarddosering rivaroxaban groter is dan dat van de standaarddosering dabigatran. Dosisvermindering van rivaroxaban of verdeling van de 20 mg over twee porties zouden de achterblijvende resultaten kunnen ondervangen. Rivaroxaban hoeft dus nog niet in de ban. ■

Tjerk Wiersma

Van den Donk, et al. NHG-Standpunt Anticoagulantia. Huisarts Wet 2016;59:406-9.
Graham DJ, et al. Stroke, bleeding, and mortality risks in elderly medicare beneficiaries treated with dabigatran or rivaroxaban for nonvalvular atrial fibrillation. JAMA Intern Med 2016;176:1662-71.

Diagnostiek van atriumfibrilleren bij ouderen

Atriumfibrilleren komt veel voor bij ouderen. Zij zijn vaak minder mobiel en soms niet in staat naar de praktijk te komen. Dit belemmert de gebruikelijke diagnostiek met een 12-kanaals rust-ECG. Onderzoek wijst uit dat een draagbaar 3-kanaals ECG-apparaat een goed diagnosticum is voor atriumfibrilleren.

Deense wetenschappers onderzochten tussen april 2014 en februari 2015 een 3-kanaals ECG-apparaat voor diagnostiek van atriumfibrilleren. Ze selecteerden hiervoor 93 patiënten in

een huisartsenpraktijk met een gemiddelde leeftijd van 67 jaar. Tweeëndertig van hen hadden atriumfibrilleren. De patiënten ondergingen in de huisartsenpraktijk gelijktijdig het draagbare en het conventionele ECG. Twee huisartsen-in-opleiding analyseerden de 3-kanaalsmetingen. Een ervaren huisarts en gespecialiseerde cardioloog analyseerden de 12-kanaalsmetingen. Bij onenigheid besliste een tweede cardioloog.

Negenentachtig opnames waren van voldoende kwaliteit om te analyseren. De sensitiviteit van het draagbare ECG was 86,7%, de sensitiviteit 98,6%. Bij drie patiënten kwamen de beoordelingen van beide tests niet overeen. Na evaluatie bleken drie uitslagen van het 3-kanaals ECG verkeerd geïnterpreteerd

door de huisarts-in-opleiding. Desalniettemin waren de sensitiviteit en specificiteit hoog. De interpretatie van dezelfde metingen door de cardioloog was wel correct.

Een handzaam 3-kanaals ECG-apparaat biedt uitkomst als een huisarts atriumfibrilleren vermoedt bij een verminderd mobiele oudere. De resultaten van dit kleinschalige onderzoek ondersteunen het gebruik van een dergelijk apparaat, dat ook voor thuismetingen ingezet kan worden. ■

Nicole Verbiest

Kristensen AN, et al. The use of a portable three-lead ECG monitor to detect atrial fibrillation in general practice. Scand J Prim Health Care 2016;34:304-308.



Foto: Shutterstock

Lopen na de maaltijd goed voor diabetes

Beweging speelt een grote rol bij het ontstaan en behandelen van chronische ziekten zoals diabetes. De norm voor gezond bewegen is dertig minuten per dag. Nieuw onderzoek laat echter zien dat het voor mensen met diabetes beter is om in plaats van dertig minuten aaneensluitend, tien minuten te bewegen na elke maaltijd.

Onderzoekers uit Nieuw-Zeeland voerden een cross-over onderzoek uit bij 41 patiënten met diabetes type 2. De patiënten werden deels gerekruteerd in huisartsenpraktijken. Ze wandelden twee weken een half uur per dag op een zelfgekozen moment en twee weken tien minuten na elke maaltijd. De volgorde van deze perioden van twee weken werd gerandomiseerd. Fysieke activiteit werd gemeten met een bewegingsmonitor en glucosewaarden met een continue glucosemonitor in het buikvet. Het primaire eindpunt waren glucosewaarden drie uur na de maaltijden. Tijdens



Foto: Pixabay

het driemaal-tien-minutenregime steegen de postprandiale glucosewaarden 12% minder dan tijdens het eenmaal dertig-minutenregime (RR 0,88; 95%-BI 0,78 tot 0,99). Na de avondmaaltijd was dit verschil nog hoger: 22% minder stijging (RR 0,78; 95%-BI 0,67 tot 0,91). Het HbA1c daalde niet na deze korte interventieperiode.

Dit onderzoek laat zien dat de timing van beweging van invloed kan zijn op de glucosewaarden van patiënten met diabetes. Nadeel van dit onderzoek is de korte interventieperiode (twee weken), waardoor een langeter-

mijneffect op klinische uitkomsten en HbA1c-waarden nog onduidelijk is. In de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 staat het advies om een half uur per dag te bewegen. Wellicht bevestigt toekomstig onderzoek dat het beter is om juist ná de maaltijd te bewegen. ■

Tobias Bonten

Reynolds AN, et al. Advice to walk after meals is more effective for lowering postprandial glycaemia in type 2 diabetes mellitus than advice that does not specify timing: a randomised crossover study. Diabetologia 2016;59:2572-8.

Verhoogd risico op blaaskanker door pioglitazone?

Er is al langer discussie over de potentiële carcinogene werking van het orale anti-diabetesmiddel pioglitazone. Recent onderzoek in de eerste lijn toont opnieuw een relatie met blaaskanker bij het gebruik van pioglitazone. In hetzelfde artikel wordt aangetoond dat dit niet geldt voor een ander middel (rosiglitazone) uit dezelfde klasse.

Tuccori et al. bekeken in een groot cohortonderzoek, met in totaal 689.616 persoonsjaren van type-2-diabespatiënten die orale antidiabetica gebruikten, wat de incidentie was van blaaskanker bij patiënten die pioglitazone gebruikten ten opzichte van de patiënten die andere middelen gebruikten. In dit cohort kregen 622 patiënten de diagnose blaas-

kanker. In de pioglitazonegroep was de incidentie 121 per 100.000 persoonsjaren ten opzichte van 88,9 in de controlegroep (HR 1,63; 95%-BI 1,22 tot 2,19).

In een verdere analyse werd aangetoond dat het risico op blaaskanker veranderde naarmate de latentietijd aangepast werd. Daarmee wordt het effect gesimuleerd dat een medicijn langer gebruikt moet worden om een bepaalde bijwerking te veroorzaken. Wanneer er geen latentietijd werd ingesteld, nam het risico af naar 1,49 (95%-BI 1,13 tot 1,97). Als de patiënt het middel echter twee jaar lang gebruikte, nam het risico weer toe: 1,73 (95%-BI 1,26 tot 2,39). De auteurs hebben ook gekeken naar het risico van rosiglitazone, een ander thiazolidinedione. Bij dit middel was er geen significant risico (HR 1,10; 95%-BI 0,8 tot 1,43).

Eerdere onderzoeken toonden een mogelijke relatie tussen pioglitazone en het ontwikkelen van blaaskanker

aan. Tegelijkertijd zijn er ook andere, soms grotere, onderzoeken die dit verband niet terugvonden. Uniek aan dit onderzoek is de eerstelijns populatie. Daarnaast is er een robuuste analyse gebruikt. Het blijft onduidelijk door welk biologisch mechanisme pioglitazone mogelijk blaaskanker veroorzaakt. ■

Jurgen Damen

Tuccori, M, et al. Pioglitazone use and risk of bladder cancer: population based cohort study. BMJ 2016;352:i1541.

Ondertussen op henw.org (log in voor volledige tekst)

- Doktoren die zelf dokteren
- Fitter door fitness bij borstkanker
- Eerlijkheid helpt
- DOAC's bij kwetsbare ouderen: bezint eer gij begint

Ook een journaal? Stuur uw bijdrage naar redactie@nhg.org.



Verandering cardiovasculair medicatieadvies door herziening richtlijn

Samenvatting

Luymes CH, De Ruijter W, Poortvliet RKE, Putter H, Van Duijn HJ, Numans ME, Drewes YM, Blom JW, Assendelft WJJ. Verandering cardiovasculair medicatieadvies door herziening richtlijn. *Huisarts Wet* 2017;60(1):6-8.

ACHTERGROND In 2012 verscheen de herziene multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Wij hebben onderzocht of patiënten door deze herziening in een andere risicocategorie van voorspeld risico op hart- en vaatziekten (HVZ) terechtkomen en welke consequenties dat heeft.

METHODE In dit cross-sectionele onderzoek hebben we patiënten geselecteerd uit het Registratie Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en omstreken (RNUH-LEO), die tussen 40 en 65 jaar oud waren en geen HVZ hadden, en die in 2011 antihypertensiva en/of lipidenverlagende medicatie gebruikten. We berekenen individuele cardiovasculaire risicoscores op basis van bloeddruk- en cholesterolwaarden uit de periode voordat deze patiënten met de medicatie gestart waren. Vervolgens hebben we de medicatieadviezen op basis van de richtlijn CVRM uit 2006 en 2012 met elkaar vergeleken. We gebruikten multiële imputatietechnieken voor ontbrekende gegevens.

RESULTATEN We hebben 2075 patiënten geselecteerd, van wie er 1248 aan de richtlijncriteria uit 2006 en 2012 voldeden. Volgens de richtlijn uit 2012 had 58,2% van de patiënten een laag risico en zou het advies zijn geen medicatie te starten. Daarnaast veranderden 249 van de 1248 patiënten (20,0%) van risicocategorie ten opzichte van de richtlijn uit 2006 en impliceerde de richtlijnverandering bij 150 patiënten (12,0%) een verandering van het medicatieadvies. Bij 126 van deze 150 patiënten was het advies op basis van de richtlijn CVRM uit 2006 om geen medicatie te starten, terwijl de richtlijn uit 2012 adviseerde om dat wel te doen; voor 24 patiënten gold een omgekeerd advies.

CONCLUSIE Herziening van de richtlijn CVRM kan implicaties hebben voor het aanbevolen beleid. De huidige richtlijn CVRM geeft niet aan hoe artsen hiermee om moeten gaan. Richtlijnmakers zouden hierover bij een revisie aanbevelingen moeten opnemen.

INLEIDING

In de eerste Nederlandse richtlijnen op het gebied van de preventie van hart- en vaatziekten (HVZ), geïntroduceerd door het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG), werd het beleid bepaald aan de hand van één enkele risicofactor.^{1,2} In 2006 werd in Nederland voor het eerst een geïntegreerde richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) geïntroduceerd, waarbij de risicoschatting was gebaseerd op de SCORE-risicofunctie,³ gebruikmakend van vijf risicofactoren (leeftijd, geslacht, roken, cholesterol en bloeddruk).⁴ De in 2012 gepubliceerde herziening van deze richtlijn bevat enkele aanpassingen met betrekking tot de risicoschatting.⁵ Op het eerste gezicht lijkt de richtlijn CVRM uit 2012 meer patiënten aan te wijzen bij wie preventieve medicatie geadviseerd wordt dan de richtlijn uit 2006. Door andere wijzigingen in de richtlijn (vooral wat betreft bijkomende risicoverhogende factoren) is niet bekend wat de exacte gevolgen van de herziening op individueel niveau zijn. Om die reden hebben wij onderzocht of patiënten uit de huisartsenpraktijk die primair preventieve cardiovasculaire medicatie gebruiken, op grond van de herziening van de richtlijn CVRM in een andere risicocategorie van voorspeld risico op HVZ terechtkomen en of dat ook tot een verandering van het medicatieadvies voor deze patiënten leidt.

METHODE

Onderzoekspopulatie

We hebben een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd met behulp van gegevens uit het Registratie Netwerk Universitaire Huisartspraktijken Leiden en omstreken (RNUH-LEO). Dit is een longitudinaal gegevensbestand van de elektronische patiëntendossiers (EPD) van alle (ongeveer 30.000) ingeschreven patiënten van negentien huisartsenpraktijken (binnen vier gezondheidscentra) in het westen van Nederland.⁶

We selecteerden patiënten van 40 tot 65 jaar die gedurende heel het jaar 2011 antihypertensiva en/of lipidenverlagende

Wat is bekend?

- De herziening van de richtlijn Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) leidt soms tot verandering in de aanbevelingen voor primaire preventie van hart- en vaatziekten.

Wat is nieuw?

- Bij ongeveer 60% van de patiënten die reeds primair preventief behandeld worden met cardiovasculaire medicatie is volgens de meest recente versie van de richtlijn mogelijk sprake van onnodig medicatiegebruik.
- Voor ongeveer 20% van de patiënten die reeds primair preventief behandeld worden met cardiovasculaire medicatie verandert door de herziening de risicocategorie-indeling (hoger of lager) en bij zo'n 12% verandert het medicatieadvies.

Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden: C.H. Luymes, arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker; dr. W. de Ruijter, huisarts en onderzoeker; dr. R.K.E. Poortvliet, huisarts en onderzoeker; prof.dr. M.E. Numans, hoogleraar huisartsgeneeskunde, afdelingshoofd; dr. Y.M. Drewes, jurist, arts Maatschappij en Gezondheid en onderzoeker; dr. J.W. Blom, senior onderzoeker; prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Medische statistiek en bio-informatica, Leiden; prof. dr. H. Putter, hoogleraar medische statistiek. Zorggroep Katwijk langs de Rijn, Katwijk: dr. H.J. van Duijn, huisarts, NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. W. de Ruijter, wetenschappelijk medewerker. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde, afdelingshoofd • Correspondentie: c.h.luymes@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van: Luymes CH, De Ruijter W, Poortvliet RKE, Putter H, Van Duijn HJ, Numans ME, et al. Change in calculated cardiovascular risk due to guideline revision: a cross-sectional study in the Netherlands. *Eur J Gen Pract* 2015;21:217-23.

medicatie hebben gebruikt. We sloten alle patiënten uit die een ICPC-code hadden die past bij bestaande HVZ op basis van atherosclerose. Inclusie van patiënten met diabetes mellitus en/of reumatoïde artritis zou leiden tot een overschatting van verandering van risicocategorie, aangezien alleen de richtlijn CVRM uit 2012 deze ziekten als risicofactor meeneemt in de risicoschatting. Daarom hebben we ook patiënten met diabetes mellitus en reumatoïde artritis uitgesloten. Met deze in- en exclusiecriteria selecteerden we in totaal 2075 patiënten.

Risicoschatting

Met de gegevens uit de EPD's berekenden we van alle patiënten het tienjaarsrisico op HVZ vóór de start van de medicatie, volgens de richtlijnen CVRM uit 2006 en 2012. Voor de risicoberekening maakten we gebruik van leeftijd, geslacht, rookstatus, systolische bloeddruk (SBD) vóór de start van de medicatie en totaal cholesterol/HDL-cholesterol (TC/HDL) ratio vóór de start van de medicatie. Voor het berekenen van het risico gebruikten we dezelfde waarden van bovengenoemde determinanten voor beide richtlijnen. Het NHG leverde ons de onderliggende algoritmes voor de risicoberekening. Met behulp van dit berekende tienjaarsrisico op HVZ en eventuele bijkomende risicoverhogende factoren verdeelden we de patiënten over de bekende risicocategorieën (laag, midden en hoog risico) en analyseerden we hun medicatieadvies volgens beide versies van de richtlijn.

Statistische analyse

Voor de ontbrekende gegevens hebben we statistisch gecorrigeerd door middel van multiële imputatietechnieken met tien geïmputeerde gegevenssets.⁷ De risicoberekening was mogelijk voor alle patiënten die na multiële imputatie een SBD van 115-180 mmHg en een TC/HDL-ratio van 3,5-8 hadden, en daarmee aan de criteria van de richtlijnen voldeden.

De veranderingen van risicocategorie en van medicatieadvies hebben we beschreven aan de hand van frequentietabellen. Door middel van een onafhankelijke t-test hebben we de verschillende groepen met elkaar vergeleken (verandering versus geen verandering van risicocategorie of medicatieadvies). De oddsratio's van de risicofactoren voor het veranderen

in risicocategorie hebben we berekend met behulp van logistische regressieanalyse. Alle analyses hebben we uitgevoerd met SPSS, versie 20.

Sensitiviteitsanalyse

De analyse van de verandering van risicocategorie zoals hierboven beschreven hebben we ook uitgevoerd met een gegevensset van patiënten zonder ontbrekende waarden (*complete case-analyse*; n = 236).

RESULTATEN

Patiëntkenmerken

De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 55,4 jaar (sd 3,9) en 50,2% was man (spreiding geïmputeerde gegevenssets 49,2-51,2%). Gegevens van SBD ontbraken bij 48,3% van de patiënten, TC/HDL-ratio bij 50,2% en rookstatus bij 48,1%. Na imputatie was de gemiddelde SBD 153 mmHg (sd 16,7) en de gemiddelde TC/HDL-ratio 5,0 (sd 1,0); 16% was roker (15-18%).

Gemiddeld voldeden 827 (792-841) van de 2075 patiënten niet aan de richtlijncriteria. Daarmee bestond de onderzoekspopulatie uit 1248 patiënten (1234-1283).

Verandering van risicocategorie en medicatieadvies

Het percentage patiënten dat in dezelfde risicocategorie bleef was 80,0% (999/1248) [tabel]. Daarnaast hadden 726 patiënten (58,2%) een laag risico volgens de richtlijn CVRM uit 2012, terwijl hen wel preventieve medicatie was voorgeschreven.

In totaal kwamen 249 patiënten (20,0%) als gevolg van de richtlijnherziening in een andere risicocategorie terecht. Vergeleken met de patiënten die niet van risicocategorie veranderden, had deze groep volgens beide richtlijnen gemiddeld een hoger risico (beide $p < 0,0001$). Een verandering van medicatieadvies trad op bij 150 patiënten (12,0% van alle patiënten). Deze 150 patiënten hadden volgens beide richtlijnen een hoger risico dan de groep die niet veranderde van medicatieadvies (beide $p < 0,0001$). Bij 126 van deze 150 patiënten adviseerde de richtlijn CVRM uit 2006 om niet met medicatie te starten, terwijl de richtlijn CVRM uit 2012 aanraadde om dat juist wel te doen – bij de 24 andere patiënten luidde het advies om het omgekeerde te doen.

Tabel Patiënten (n = 1248), zowel verdeeld over de risicocategorieën (laag, midden of hoog) als over medicatieadvies (ja of nee) volgens de richtlijn Cardiovasculair risicomanagement uit 2006 en uit 2012 (absolute aantallen en percentages).

		2012											
		Laag risico				Midden risico				Hoog risico			
		ja		nee		ja		nee		Ja		nee	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2006	Laag risico	Ja	- ^o	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Nee	-	726 ^a	58,2 ^a	94	7,5	61	4,9	-	-	-	-
	Midden risico	Ja	-	5	0,4	108 ^a	8,7 ^a	17	1,4	55	4,4	2	0,2
		Nee	-	1	0,1	4	0,3	57 ^a	4,6 ^a	28	2,2	1	0,1
	Hoog risico	Ja	-	-	-	2	0,2	-	-	87 ^a	7,0 ^a	-	-
		Nee	-	-	-	-	-	-	-	-	-	- ^o	-

* De aanbevelingen uit beide richtlijnen komen overeen.

Als gevolg van afronding telt het totale percentage op tot 100,2%.

Voorspellers voor het veranderen van het medicatieadvies

De kans dat een patiënt een ander medicatieadvies kreeg hing samen met een hogere leeftijd, SBD of TC/HDL-ratio. Daarnaast hadden mannen een grotere kans op verandering van het medicatieadvies.

Sensitiviteitsanalyse

Toen we bovenstaande resultaten vergeleken met de complete case-analyse vonden we geen verschil in verandering van risicocategorie.

BESCHOUWING

In ons cohort uit de huisartsenpraktijk leidde herziening van de richtlijn CVRM tot een verandering van risicocategorie bij 20% van de patiënten en tot een verandering van medicatieadvies bij 12% van de patiënten. Onze bevinding dat ongeveer 60% van de deelnemers primair preventieve medicatie gebruikt terwijl zij een laag risico hebben, wijst er mogelijk op dat er sprake is van overbehandeling van laagrisicopatiënten.

Sterke en zwakke punten

De grootte van de patiëntenpopulatie waaruit wij onze onderzoekspopulatie hebben geselecteerd zorgt voor een goede externe validiteit. Bovendien is een betrouwbare patiëntselectie gewaarborgd doordat 96% van de in de EPD's geregistreerde problemen in het RNUH-LEO-gegevensbestand gekoppeld is aan een ICPC-code, hetgeen hoger is dan gemiddeld in de Nederlandse huisartsenpraktijken.⁸

De ontbrekende waarden in ons onderzoek zouden een ware reflectie kunnen zijn van de onvolledigheid van de gegevens voordat besloten wordt te starten met medicatie, maar kunnen ook het gevolg zijn van onvolledige, vertekende registratie in de EPD's. De complete case-gegevensset leverde echter hetzelfde percentage verandering van risicocategorie op als de geïmputeerde gegevensset.

Vergelijking met andere onderzoeken

Eerder hebben Scheltens en collega's een vergelijking gemaakt tussen het medicatieadvies op basis van de Framingham-risicoscore en dat op basis van de SCORE-risicofunctie.⁹ In ons onderzoek hebben we twee versies van de richtlijn CVRM met elkaar vergeleken en hebben we onderzocht welke determinanten samenhangen met een verhoogde kans op verandering van medicatieadvies; bij mannen was die hoger.

Implicaties voor de praktijk en vervolgonderzoek

Ons onderzoek bevestigt in een andere populatie het eerder gevonden resultaat van Van Duijn en collega's, dat 61,4% van

de patiënten die medicatie ter primaire preventie van HVZ gebruikten een laag risico heeft volgens de richtlijn CVRM 2006.¹⁰ Dit is mogelijk mede het gevolg van de eerdere richtlijnen die medicatieadvies gaven op basis van één enkele risicofactor. Op dit moment zijn we bezig met een analyse van de gegevens van het gerandomiseerde ECSTATIC-onderzoek (NTR3493), om te evalueren of een afbouwbeleid van preventieve medicatie bij deze laagrisicopatiënten veilig en (kosten-) effectief is.

CONCLUSIE

Er bestaat een groep patiënten waarvoor de aanbevelingen ten aanzien van primaire preventie van HVZ zijn veranderd door de herziening van de richtlijn CVRM. Bij sommige patiënten zou nu medicatie moeten worden gestart waar dat eerst niet het geval was en bij andere patiënten is juist mogelijk sprake van onnodig medicatiegebruik. Of het haalbaar, zinvol en veilig is om de medicatie bij laagrisicopatiënten te staken onderzoeken we momenteel in ons ECSTATIC-onderzoek (NTR3493). Het is voor de huisarts op dit moment nog onduidelijk wat in deze gevallen het aangewezen beleid is. Hopelijk kunnen hierover in de komende herziening van de richtlijn CVRM aanbevelingen worden opgenomen. ■

LITERATUUR

- Walma E, Thomas S, Prins A, Grundmeijer H, Van der Laan J, Wiersma T. NHG-Standaard Hypertensie. Huisarts Wet 2003;46:435-49.
- Thomas S, Van der Weijden T, Van Drenth B, Haverkort A, Hooij J, Van der Laan J. NHG-Standaard Cholesterol (eerste herziening). Huisarts Wet 1999;42:406-17.
- Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J 2003;24:987-1003.
- Burgers JS, Simoons ML, Hoes AW, Stehouwer CDA, Stalman WAB. Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement. Ned Tijdschr Geneesk 2007;151:1068-74.
- Wiersma T, Smulders YM, Stehouwer CD, Konings KT, Lanphen J. Samenvatting van de multidisciplinaire richtlijn 'Cardiovasculair risicomanagement' (herziening 2011). Ned Tijdschr Geneesk 2012;156:A5104.
- Van den Dungen C, Hoeymans N, Gijzen R, Van den Akker M, Boesten J, Brouwer H, et al. What factors explain the differences in morbidity estimations among general practice registration networks in the Netherlands? A first analysis. Eur J Gen Pract 2008;14:53-62.
- Schafer JL. Multiple imputation: a primer. Stat Methods Med Res 1999;8:3-15.
- Bij S, Biermans M, Khan N, Akkermans R, Peters H, Levelink H, et al. De kwaliteit van de verslaglegging in medische dossiers: uitbreiding van de EPD-scan. Regio Nijmegen, eerste meting. Utrecht: Nivel; 2013. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-kwaliteit-verslaglegging-medische-dossiers.pdf>
- Scheltens T, Verschuren WM, Boshuizen HC, Hoes AW, Zuihthoff NP, Bots ML, et al. Estimation of cardiovascular risk: a comparison between the Framingham and the SCORE model in people under 60 years of age. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2008;15:562-6.
- Van Duijn HJ, Belo JN, Blom JW, Velberg ID, Assendelft WJ. Revised guidelines for cardiovascular risk management - time to stop medication? A practice-based intervention study. Br J Gen Pract 2011;61:347-52.



Hoe goed volgen patiënten een verwijzing naar de specialist op?

Samenvatting

Van Dijk CE, De Jong JD, Verheij RA, Jansen T, Korevaar JC, De Bakker DH. Hoe goed volgen patiënten een verwijzing naar de specialist op? *Huisarts Wet* 2017;60(1):9-11.

ACHTERGROND Huisarts en patiënt beslissen samen of een verwijzing naar medisch-specialistische zorg nodig is, maar het is de patiënt die de beslissing neemt daadwerkelijk naar de specialist te gaan, of niet. Wij onderzochten hoe vaak patiënten de verwijzing naar een medisch specialist opvolgen en welke kenmerken van patiënt en huisartsenpraktijk hiermee samenhangen.

METHODE Op basis van de gegevens van 48.784 verwijzingen uit 58 huisartsenpraktijken in de periode 2008-2010 en de corresponderende declaratiegegevens voor medisch-specialistische zorg gingen we na in hoeverre de betrokken patiënten gehoor hadden gegeven aan de verwijzingen. Met behulp van meervoudige logistische regressieanalyse onderzochten we of het niet opvolgen van een verwijzing samenhang met kenmerken van de huisartsenpraktijk of met patiëntkenmerken, zoals leeftijd, geslacht, chronische aandoeningen, sociaal-economische status en afstand tot de dichtstbijzijnde specialist.

RESULTATEN In ons bestand werd 87% van de verwijzingen opgevolgd. Patiënten uit stedelijke achterstandswijken en in de leeftijd 18-44 jaar gaven minder vaak gehoor aan een verwijzing, patiënten van 65 jaar en ouder het vaakst. Praktijkenmerken waren niet van invloed.

CONCLUSIE Bijna 13% van alle verwijzingen wordt niet opgevolgd, en die kans is bij sommige patiënten groter dan bij andere. Wat precies de redenen zijn en welke gevolgen het kan hebben, moet nader onderzocht worden, maar we vermoeden dat een deel van de patiënten daardoor geen optimale zorg ontvangt.

Wat is bekend?

- Uit Amerikaans onderzoek is bekend dat 17-37% van de patiënten geen gevolg geeft aan een verwijzing naar een specialist.
- Redenen om geen gehoor te geven aan een verwijzing kunnen zijn: het verdwijnen van het gezondheidsprobleem, tijdsdruk, een te lange wachttijd of te hoge kosten.

Wat is nieuw?

- In een bestand van ruim 48.000 onderzochte verwijzingen bleek 13% niet te zijn opgevolgd.
- Patiënten uit stedelijke achterstandswijken volgden verwijzingen relatief minder vaak op.
- Patiënten in de leeftijd 18-44 jaar volgden verwijzingen minder vaak op, patiënten van 65 jaar en ouder juist vaker.
- Praktijkenmerken bleken niet van invloed op het al dan niet opvolgen van verwijzingen.

ACHTERGROND

De huisarts is de poortwachter voor medisch-specialistische zorg; patiënten worden in de eerste lijn behandeld als dat mogelijk is en naar een specialist verwezen wanneer het noodzakelijk is. Het is dus belangrijk dat de huisarts adequaat verwijst, maar even belangrijk is het dat de patiënt de specialist vervolgens daadwerkelijk consulteert.^{1,2} De meeste onderzoeken naar het opvolgen van verwijzingen komen uit de Verenigde Staten; ze laten zien dat 63-83% van de patiënten de verwijzing opvolgt.^{1,3,4} Ons onderzoek had tot doel te bepalen hoe vaak patiënten in Nederland een verwijzing naar medisch-specialistische zorg opvolgen en welke kenmerken van de patiënt (met name sociaal-demografische) en van de huisartsenpraktijk daarmee samenhangen.

METHODE

Onderzoeksopzet en populatie

De verwijsgegevens verkregen we uit de elektronische patiëntendossiers van huisartsenpraktijken die in 2008-2010 deelnamen aan NIVEL Zorgregistraties. Gegevens over gedeclareerde medisch-specialistische zorg in 2008-2011, in de vorm van diagnosebehandelingscombinaties (DBC's), verkregen we via het informatie- en standaardisatiecentrum voor zorgverzekeraars Vektis.

Tussen de beide gegevensbestanden brachten we op patiëntniveau een waarschijnlijkheidskoppeling aan op basis van postcodecijfer, geslacht en geboortedatum. Zo kon 80% van de verwijzingen worden gekoppeld. In onze analyses betrokken we alleen gegevens van huisartsenpraktijken die voldeden aan een aantal criteria omtrent gegevenskwaliteit; uiteindelijk hebben we de gegevens van 48.784 verwijzingen van 58 huisartsenpraktijken in de periode 2008-2010 geanalyseerd.

Afhankelijke variabele: opvolgen van verwijzing

Voor alle nieuwe verwijzingen naar medisch-specialistische zorg bepaalden we of binnen 6 maanden na verwijzing voor de betreffende patiënt een DBC was gedeclareerd vanuit het specialisme waarnaar was verwezen.

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; dr. C.E. van Dijk, onderzoeker; dr. J.D. de Jong, programmaleider Zorgstelsel en sturing; dr. R.A. Verheij, programmaleider NIVEL Zorgregistratie eerste lijn; T. Jansen, onderzoeker; dr. ir. J.C. Korevaar, programmaleider Huisartsgeneeskundige zorg; prof. dr. D.H. de Bakker, hoofd onderzoeksafdeling • Correspondentie: christelvdijk@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: het onderzoek werd financieel ondersteund door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Van Dijk CE, De Jong JD, Verheij RA, Jansen T, Korevaar JC, De Bakker DH. Compliance with referrals to medical specialist care: patient and general practice determinants; a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2016;17:11. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Tabel Associatie tussen patiënt- en praktijkkenmerken en opvolgen van verwijzingen, 2008-2010

Kenmerk	Opvolgen van verwijzing, OR (95%-BI)	
	model 1	model 2
Vrouw	0,99 (0,94-1,05)	0,99 (0,94-1,05)
Leeftijd (referentie = 0-17 jaar)		
18-24 jaar	0,74 (0,65-0,84)	0,74 (0,65-0,85)
25-44 jaar	0,79 (0,72-0,87)	0,79 (0,72-0,87)
45-64 jaar	1,01 (0,92-1,11)	1,01 (0,92-1,11)
65-74 jaar	1,22 (1,08-1,37)	1,22 (1,09-1,38)
≥ 75 jaar	1,15 (1,02-1,30)	1,16 (1,02-1,31)
Chronische ziekten (referentie = 0)		
1	1,02 (0,96-1,08)	1,02 (0,96-1,08)
2	1,01 (0,92-1,11)	1,01 (0,92-1,11)
≥ 3	1,04 (0,92-1,17)	1,04 (0,92-1,17)
Afstand tot dichtstbijzijnde specialistische zorg, per km	1,01 (1,00-1,02)	1,01 (1,00-1,02)
Woonachtig in stedelijke achterstandswijk	0,85 (0,76-0,95)	
Statusscore woonbuurt (referentie = Q4, -0,62 tot -2,86)		
Q1, -5,9 tot -0,9		0,95 (0,86-1,04)
Q2, -0,9 tot -0,2		1,02 (0,93-1,11)
Q3, -0,2 tot 0,62		1,03 (0,93-1,14)
Praktijkvorm (referentie = solopraktijk)		
duopraktijk	0,89 (0,74-1,06)	0,89 (0,73-1,07)
groepspraktijk of gezondheidscentrum	1,07 (0,93-1,24)	1,07 (0,92-1,24)
Aantal face-to-facecontacten met huisartsen	1,10 (0,92-1,30)	1,09 (0,91-1,30)
Volgen richtlijnen verwijzingen	1,00 (0,99-1,02)	1,00 (0,99-1,02)
Praktijkondersteuner	1,11 (0,94-1,32)	1,13 (0,95-1,36)

Cijfers zijn oddsratio's met 95%-betrouwbaarheidsinterval, berekend met meervoudige logistische regressie en gecorrigeerd voor verwijfsdiagnose (ICPC-code). Model 1 heeft als variabele 'stedelijke achterstandswijk', model 2 heeft als variabele 'statusscore per postcodegebied'. Significante verschillen ($p < 0,01$) zijn vetgedrukt.

Voorspellende variabelen: patiëntkenmerken

Als patiëntkenmerken namen we leeftijdscategorie, geslacht, aanwezigheid van chronische aandoeningen,⁵ sociaal-economische status (SES) van de woonbuurt en afstand tot de dichtstbijzijnde specialistische zorg. De SES van de woonbuurt bepaalden we op twee manieren: enerzijds of de buurt bekendstond als stedelijke achterstandswijk,⁶ anderzijds op basis van de statusscore die het Sociaal Cultureel Planbureau in 2010 toekende aan alle viercijferige postcodegebieden.⁷ Het belangrijkste verschil tussen beide indicatoren is de graad van stedelijkheid.

Voorspellende variabelen: praktijkkenmerken

We keken naar de volgende praktijkkenmerken: de praktijkvorm, de aanwezigheid van een praktijkondersteuner somatiek, het aantal persoonlijke contacten tussen patiënt en huisarts (algemeen in de praktijk) en in hoeverre de praktijk de verwijsrichtlijnen volgde.

Het volgen van richtlijnen met betrekking tot verwijzen analyseerden we aan de hand van vijf indicatoren die gebaseerd waren op de NHG-Standaarden, bijvoorbeeld dat patiënten met acute otitis media over het algemeen niet verwezen moeten worden naar een kno-arts.⁸ We bepaalden de gemiddelde score per indicator per jaar en namen vervolgens per praktijk het gemiddelde van alle indicatoren.

Statistische analyses

Op de aldus verzamelde gegevens pasten we meervoudige logistische regressieanalyses toe. De twee SES-indicatoren brachten we vanwege hun collineariteit onder in twee aparte modellen naast alle overige variabelen: model 1 met stedelijke achterstandswijken, model 2 met statuscores per postcodegebied.

RESULTATEN

Patiënten met een verwijzing waren vaker vrouw (58,7%) en waren gemiddeld 47,6 jaar oud. Bijna de helft van de verwijzingen betrof patiënten met een of meer chronische aandoeningen, bijna 60% van de verwezen patiënten was 45 jaar of ouder en 9% kwam uit een stedelijke achterstandswijk. De gemiddelde statusscore van de buurt was -0,30, wat lager is dan het Nederlandse gemiddelde van 0,17.

Van de geïncludeerde huisartsenpraktijken was meer dan de helft een groepspraktijk of gezondheidscentrum, en ook hadden de meeste praktijken (86,7%) een praktijkondersteuner. Het gemiddeld aantal persoonlijke patiëntcontacten was 2,63 en de naleving van verwijsrichtlijnen was hoog (90,0%).

De patiënten volgden 86,6% (SD 34,1) van de verwijzingen naar medisch-specialistische zorg op. Patiënten uit stedelijke achterstandswijken volgen een verwijzing relatief minder vaak op (OR 0,85; 95%-BI 0,76-0,95) [tabel]; de statusscore van de woonbuurt had geen invloed. Het hebben van een chronische aandoening leidde niet tot het vaker of minder vaak op-

volgen van een verwijzing, maar leeftijd was wel van invloed. Vergeleken met patiënten in de leeftijdscategorie 0-17 jaar volgden patiënten van 18-44 jaar een verwijzing minder vaak op en patiënten van 65 jaar en ouder juist vaker. We vonden geen associatie van enig praktijkenmerk met het al dan niet opvolgen van verwijzingen.

BESCHOUWING

In dit onderzoek bleek bijna 13% van alle patiënten een verwijzing naar de medisch specialist niet op te volgen. Patiënten van 0-17 jaar (of hun ouders) en patiënten van 65 jaar en ouder volgden een verwijzing vaker op. Voor de groep van 0-17 jaar kan dit mogelijk worden verklaard doordat het eigen risico niet op hen van toepassing is, voor 65-plussers is de hoge prevalentie (> 70%) van chronische ziekten wellicht een verklaring. Deze ziekten brengen vaak hogere zorgkosten met zich mee, waardoor het maximale eigen risico vaak al snel bereikt is.

Patiënten uit stedelijke achterstandswijken volgden hun verwijzingen minder vaak op, maar we vonden geen associatie met de statusscore van de woonbuurt. Het verschil tussen beide indicatoren is dat in de statuscores de factor 'stedelijkheid' niet wordt meegenomen. Een groot literatuuronderzoek heeft laten zien dat in therapietrouw bij medicatie veel verschillende determinanten een rol spelen, waaronder de overtuigingen van de patiënt met betrekking tot diagnose, medicatie, gezondheidsaanbevelingen en gezondheidsvaardigheden. Wellicht kan een verschil in gezondheidsovertuigingen en gezondheidsvaardigheden verklaren dat patiënten in stedelijke achterstandswijken verwijzingen minder vaak opvolgen. Eerder onderzoek heeft laten zien dat patiënten die een lager inkomen hebben of wonen in gebieden met een lager gemiddeld inkomen vaker afzien van zorg vanwege de eigen bijdrage.¹¹ Als een hoog eigen risico deze patiënten inderdaad doet afzien van zorg, zou dat onwenselijk zijn.

Geen van de onderzochte praktijkenmerken was geassocieerd met het opvolgen van verwijzingen. Een eerder onderzoek liet zien dat een langere relatie tussen patiënt en arts was geassocieerd met het vaker opvolgen van verwijzingen.¹ Dat de continuïteit van zorg in de Nederlandse huisartsenpraktijk hoog gewaardeerd wordt, verklaart mogelijk waarom wij geen associatie met praktijkenmerken vonden.¹²

Beperkingen

In de gegevensbestanden van NIVEL Zorgregistraties en Vektis konden wij 80% van de verwijzingen koppelen. De mogelijkheid om een verwijzing te koppelen hing samen met een aantal patiëntkenmerken, waaronder wonen in een stedelijke achterstandswijk. Dat in ons onderzoek een relatief laag aantal patiënten in stedelijke achterstandswijken woonde, heeft mogelijk gezorgd voor een overschatting van het opvolgen van verwijzingen. Dat wij alleen rekening hielden met DBC's van het specialisme waarnaar de patiënt was verwezen, kan hebben geleid tot onderschatting.

CONCLUSIE

Er kunnen verschillende redenen zijn om een verwijzing niet op te volgen, bijvoorbeeld de overtuiging dat het gezondheidsprobleem er niet meer is, tijdgebrek, een te lange wachttijd of te hoge kosten.^{1,11,13} Het komt ook voor dat de patiënt verwezen wordt voor nader onderzoek naar een nog onbekende onderliggende aandoening. Maar wij betwijfelen of dit alles volledig verklaart waarom 13% van de verwijzingen niet wordt opgevolgd. Wat de gevolgen hiervan zijn, is niet bekend, al heeft onderzoek in de Verenigde Staten laten zien dat uitstel van diagnose en behandeling, en daardoor slechtere gezondheidsuitkomsten, tot de mogelijke gevolgen behoort.⁴

Onze resultaten kunnen huisartsen helpen te beseffen dat patiënten niet altijd gehoor geven aan een verwijzing en dat die kans bij sommige patiënten groter is dan bij andere. Wat precies de redenen zijn en welke gevolgen het heeft, moet nader onderzocht worden, maar we vermoeden dat een deel van de patiënten daardoor geen optimale zorg ontvangt.

DANKBETUIGING

Wij danken de deelnemende huisartsen voor hun bijdrage aan dit onderzoek. Ook danken wij Lisette Gusdorf en Tijs van Gorp (Vektis) voor hun inbreng met betrekking tot de medisch-specialistische zorg. ■

LITERATUUR

- 1 Forrest CB, Shadmi E, Nutting PA, Starfield B. Specialty referral completion among primary care patients: results from the ASPN Referral Study. *Ann Fam Med* 2007;5:361-7.
- 2 Olivetto IA, Gomi A, Bancej C, Brisson J, Tonita J, Kan L, et al. Influence of delay to diagnosis on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. *Cancer* 2002;94:2143-50.
- 3 Bourguet C, Gilchrist V, McCord G. The consultation and referral process: A report from NEON. Northeastern Ohio Network Research Group. *J Fam Pract* 1998;46:47-53.
- 4 Byrd JC, Moskowitz MA. Outpatient consultation: interaction between the general internist and the specialist. *J Gen Intern Med* 1987;2:93-8.
- 5 van Oostrom SH, Picavet HS, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoeymans N, van Dijk CE et al. Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population - data from general practices. *BMC Public Health* 2012;12:715.
- 6 Devillé W, Wieggers TA. Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2012. Utrecht: NIVEL, 2012.
- 7 Knol F, Boelhouwer J, Veldheer V. Summary: Neighbourhood status development in the Netherlands 1998-2010. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2012.
- 8 Van Dijk CE, Verheij RA, Spreeuwenberg P, van den Berg MJ, Groenewegen PP, Braspenning J, et al. Impact of remuneration on guideline adherence: empirical evidence in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2013;31:56-63.
- 9 van Oostrom SH, Picavet HS, de Bruin SR, Stirbu I, Korevaar JC, Schellevis FG, et al. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Fam Pract* 2014;15:61.
- 10 ABC project team. Ascertaining barriers for compliance: policies for save, effective and costeffective use of medicines in Europe. Final report of the ABC-Project. Łódź: ABC Project, 2012.
- 11 Chernew M, Gibson TB, Yu-Isenberg K, Sokol MC, Rosen AB, Fendrick AM. Effects of increased patient cost sharing on socioeconomic disparities in health care. *J Gen Intern Med* 2008;23(8):1131-6.
- 12 Stokes T, Tarrant C, Mainous AG, Schers H, Freeman G, Baker R. Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and The Netherlands. *Ann Fam Med* 2005;3:353-9.
- 13 Mojtabai R. Compliance with mental health and other specialty care referrals among Medicare/Medicaid dual enrollees. *Community Ment Health J* 2005;41:339-44.



Zoekgedrag van aios huisartsgeneeskunde in de praktijk

Samenvatting

Bartelink MEL, Kortekaas MF, Boelman L, Hoes AW, De Wit NJ. Zoekgedrag van aios huisartsgeneeskunde in de praktijk. *Huisarts Wet* 2017;60(1):12-4.

ACHTERGROND Dokters hebben vaak vragen tijdens patiëntcontacten. Informatie over dergelijke vragen bij aios huisartsgeneeskunde is er nauwelijks. Wij onderzochten hoe vaak en hoe aios antwoorden zoeken op vragen in de praktijk.

METHODE Zes groepen derdejaars aios huisartsgeneeskunde vulden vragenlijsten in en hielden acht opeenvolgende praktijkdagen een logboek bij. Ze verzamelden informatie over het consult, klinische vragen, zoekgedrag en de impact van de gevonden antwoorden.

RESULTATEN Zesenzeventig aios rapporteerden 1533 vragen bij 7300 patiënten, dit zijn 0,2 (sd 0,1) vragen per patiënt. Voor de meeste vragen zochten ze naar een antwoord (gemiddeld 0,8 (sd 0,2) per vraag), meestal tijdens het consult (61% van de zoekacties). Ze vonden vaak een antwoord (gemiddeld 0,8 (sd 0,2) per zoekactie). In 28% van de gevallen raadpleegden ze daarvoor collega-huisartsen of hun opleider en in 26% NHG-Standaarden. Internet en andere bronnen gebruikten ze niet of nauwelijks.

CONCLUSIE Aios rapporteren één vraag per vijf patiënten, waarvoor ze meestal een antwoord zoeken en vinden. Ze gebruiken daarbij vooral collega-huisartsen en NHG-Standaarden.

INLEIDING

Tijdens de opleiding tot huisarts leren aios te werken volgens de principes van evidence-based medicine (EBM). Dat houdt in dat ze de eigen klinische expertise leren integreren met de kennis uit wetenschappelijk onderzoek en de wensen en verwachtingen van de patiënt.¹ Om EBM goed te kunnen toepassen leren aios een vraag vanuit de praktijk te formuleren, hierop een antwoord te zoeken, de aanwezige evidence te beoordelen en deze toe te passen. Uit de literatuur blijkt dat aios vaak vragen hebben: 0,7 tot 1,6 vragen per patiënt.²⁻⁵ We hebben onderzocht hoe vaak en op welke manier aios huisartsgeneeskunde zoeken naar antwoorden op klinische vragen.

METHODE

Onderzoeksontwerp

We hebben baseline-gegevens gebruikt van het PINET-onderzoek, een prospectieve, clustergerandomiseerde trial onder zes groepen derdejaarsaios van de Utrechtse huisartsoplei-

ding, per groep toegewezen aan praktijkgeïntegreerd of regulier EBM-onderwijs.⁶ Het primaire eindpunt was EBM-gedrag: het zoekgedrag en het handelen volgens de NHG-Standaarden (of het onderbouwd ervan afwijken) aan het einde van de opleiding en een jaar na het afronden daarvan. Secundaire eindpunten waren EBM-kennis en attitude. In dit descriptieve onderzoek maakten we gebruik van de gegevens over het zoekgedrag.

Onderzoekspopulatie en gegevensverzameling

Aan het begin van het opleidingsjaar hebben we alle derdejaars aios ($n = 82$) geïnccludeerd. Ze vulden een vragenlijst over demografische gegevens in en gaven op een vijfpuntslikert-schaal hun indruk van hun eigen EBM-kennis en -attitude. Ze hielden op acht opeenvolgende praktijkdagen logboeken bij van alle patiëntcontacten. Telefonische consulten hebben ze niet genoteerd. Ze verzamelden informatie over het consult (SOEP), vragen (ja/nee, beschrijving), zoekgedrag (ja/nee, duur, moment van zoeken, reden om niet te zoeken) en antwoorden (wel/niet, bronnen, impact).

We verkregen *informed consent* van alle deelnemende aios voor het gebruik van de vragenlijsten en logboeken. De gegevens in de logboeken zijn niet herleidbaar tot individuele patiënten.

Gegevensanalyse

We hebben frequenties en percentages, gemiddelden en standaarddeviaties (sd) of de mediaan en interkwartielranges (IQR) berekend. Zoekgedrag hebben we uitgedrukt als 1) het aantal vragen als proportie van alle patiëntcontacten, 2) het

Wat is bekend?

- Tijdens een consult hebben dokters vaak klinische vragen waarop ze het antwoord niet weten.
- Aios leren tijdens de opleiding te werken volgens de principes van evidence-based medicine (EBM; het integreren van evidence, klinische expertise en wensen van de patiënt).
- Er is steeds meer evidence-based informatie beschikbaar in richtlijnen en via internet.
- Er zijn geen gegevens uit de spreekkamer over het zoekgedrag van aios huisartsgeneeskunde.

Wat is nieuw?

- Aios huisartsgeneeskunde rapporteren één vraag per vijf patiënten.
- Ze zoeken vaak een antwoord, meestal tijdens het consult.
- Ze vinden vaak een antwoord op hun vraag.
- Ze vragen vooral collega's naar dat antwoord, of zoeken in de betreffende richtlijn.
- Ze gebruiken weinig andere informatie via internet.

UMC Utrecht, Julius Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. M.E.L. Bartelink, huisarts-epidemioloog; M.F. Kortekaas, arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker; L. Boelman, huisarts; prof.dr. A.W. Hoes, hoogleraar klinische epidemiologie; prof.dr. N.J. de Wit, hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: m.e.l.bartelink@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Kortekaas MF, Bartelink MEL, Boelman L, Hoes AW, De Wit NJ. General practice trainees' information searching strategies for clinical queries encountered in daily practice. *Fam Pract* 2015;32:533-7. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

aantal uitgevoerde zoekacties als proportie van alle vragen en 3) het aantal gevonden antwoorden als proportie van alle uitgevoerde zoekacties.

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie

Van de 82 aios die we hebben geïnccludeerd vielen er zes uit (onder andere vanwege verandering van opleiding, zwangerschapsverlof, persoonlijke omstandigheden); voor de analyses hebben we gegevens van 76 aios gebruikt. De gemiddelde leeftijd was 31 jaar en 72% was vrouw. De meeste aios vonden hun kennis van EBM slecht (score 2 van 5, 38%) of neutraal (score 3, 46%). Meer dan de helft (59%) vond het belangrijk om te werken volgens de principes van EBM.

Patiëntcontacten

In de vier tot tien dagen (gemiddelde 7,4 (sd 1,2)) dat de aios logboeken bijhielden rapporteerden ze over 7300 consulten met 7619 verschillende klachten. Ze zagen gemiddeld dertien (sd 3) patiënten per dag.

Zoekgedrag

De aios hebben in deze 7300 consulten 1533 klinische vragen gerapporteerd, gemiddeld 0,22 vragen per patiënt (sd 0,11). Op 1207 van deze 1533 vragen hebben ze geprobeerd een antwoord te vinden, gemiddeld 0,80 zoekacties per vraag (sd 0,21). Twintig aios (26%) gaven aan altijd te zoeken naar een antwoord. De belangrijkste reden om niet te zoeken was de keuze voor een pragmatische oplossing (ze baseerden hun beslissing op de reeds aanwezige informatie, 48%). Ook gebrek aan tijd (18%) en een lage relevantie (8%) speelden een rol. Andere redenen waren bijvoorbeeld verwijzing, aanvullende tests of het zoeken verschuiven naar een later tijdstip (22%). Als de aios informatie zochten waren de meestgebruikte bronnen collega's (35%) en de NHG-Standaarden (26%) [tabel]. Meestal (61%) zochten ze tijdens het consult naar informatie, in 17% van de gevallen deden ze dit direct na het consult en in 11% later op de dag. De mediane duur van de zoekactie was 4 minuten (IQR 3), in 30% van de gevallen duurde het minder dan 2 minuten. Slechts 1 op de 10 zoekacties (9%) duurde meer dan 10 minuten.

Bij 1003 van 1207 zoekacties vonden de aios een antwoord op de vraag (gemiddeld 0,83 antwoorden per zoekactie (sd 0,17); 19 aios vonden altijd een antwoord. Als ze collega's naar een antwoord vroegen, kwam dit er in 77% van de gevallen; bij het gebruik van de richtlijnen was dit 91%. De impact van de antwoorden was volgens de aios: een betere beslissing in 26%, bevestiging van het beleid in 23%, toename van kennis in 18% en het ophalen van vroegere kennis in 14%. Slechts weinig aios (4%) zeiden dat hun handelen niet werd beïnvloed. Bij therapeutische vragen vonden ze in 93% van de gevallen een antwoord, bij diagnostische vragen was dat 74%, bij prognostische 89% en bij etiologische 69%.

Tabel Gebruikte informatiebronnen

Gebruikte informatiebronnen	n	%
Andere huisarts	333	28
Specialist	86	7
NHG-Standaard	309	26
Farmacotherapeutisch Kompas	71	6
Andere richtlijnen	55	5
PubMed	10	1
Databases met samenvattingen van evidence (TRIP, Cochrane, Clinical Evidence)	6	1
Leerboeken	92	8
Andere bronnen	107	9
Verskillende bronnen	138	11
Ontbrekende informatie	2	0
Totaal	1209	100

BESCHOUWING

Aios hebben tijdens het spreekuur geregeld vragen, proberen die vragen meestal te beantwoorden en vinden dan vaak een antwoord. Ze geven dikwijls aan dat deze antwoorden de klinische besluitvorming hebben verbeterd. Ze vragen vooral informatie aan collega-huisartsen of specialisten en zoeken ook geregeld in de NHG-Standaarden en andere richtlijnen. In veel mindere mate maken ze gebruik van andere informatiebronnen of informatie op internet.

Hoewel het aantal zoekacties per vraag en de gevonden antwoorden per vraag juist hoger waren dan eerder onderzoek heeft beschreven, was het aantal vragen per patiënt lager.²⁻⁵ Dit kan betekenen dat aios niet altijd een vraag formuleren, maar wel goed in staat zijn een antwoord te zoeken. Het kan echter ook komen doordat ze bij het invullen van het logboek selectief hebben gerapporteerd en niet alle vragen uitgebreid hebben beschreven. Daarnaast hebben eerdere onderzoeken gebruikgemaakt van vragenlijsten of observaties, wat het verschil ook kan verklaren.

De kracht van ons onderzoek is de *power*: we hebben gegevens verzameld van een groot aantal aios over een groot aantal verschillende patiëntcontacten op meerdere dagen. Daarbij verliep de rapportage tijdens het consult via een logboek en niet retrospectief via een vragenlijst. Een beperking is dat het bijhouden van een dergelijk logboek tijd kost, wat kan hebben geleid tot een onderrapportage van vragen en zoekacties. De aios kunnen ook alleen vragen hebben genoteerd waarop ze verwachtten een antwoord te vinden. De redenen die aios aangeven om niet te zoeken komen overeen met die andere onderzoeken vermelden.⁷ Aios gebruiken veel evidence-based richtlijnen. Toch hebben ze vaak vragen die (nog) niet terug te vinden zijn in een richtlijn. Hoewel internet tegenwoordig alom aanwezig is, zoeken aios niet vaak in internetgegevensbestanden naar antwoorden, terwijl daar toch ook samengevatte, *pre-appraised evidence* voorhanden is, die ze tijdens het spreekuur kunnen gebruiken.

Collega's waren de meestgebruikte informatiebron voor de vele vragen tijdens patiëntcontacten. Het zou kunnen dat collega-huisartsen, opleiders en specialisten meer experi-

Wat betekent bovenstaande voor EBM in de huisarts(opleidings)praktijk?

M.E.L. Bartelink en M.F. Kortekaas

EBM is wereldwijd niet meer weg te denken uit de medische wereld, en daarmee ook niet uit de huidige geneeskundecurricula en de vervolgopleiding tot huisarts. Studenten en aios doen kennis op van klinische epidemiologie en leren vaardigheden om informatie te zoeken en te beoordelen. Daarbij is de nieuwe generatie dokters van jongs af aan gewend om te gaan met digitale informatie. Toch lijkt er een discrepantie te bestaan tussen de opgedane theorie en de toepassing van deze kennis en vaardigheden, en het gebruik van internet in de huisarts(opleidings)praktijk.

In discussies over het belang en de relevantie van EBM blijkt vaak dat er een misverstand bestaat: EBM zou alleen over evidence gaan. Bij EBM gaat het er echter juist om de wetenschap, de eigen klinische expertise en de wensen van de patiënt te integreren. EBM is allesbehalve kookboekgeneeskunde. Juist ook de wensen en behoeften van de patiënt, de gezamenlijke besluitvorming met die patiënt en de afweging die de huisarts daarbij maakt zijn belangrijk. Gemotiveerd afwijken van de richtlijn is ook EBM. Recente internationale discussies sluiten bij deze omschrijving aan en voeren een pleidooi om alle drie onderdelen een plek te geven.^{10,11}

Oudere huisartsen en opleiders gebruiken internet minder vaak dan aios en zijn niet altijd (goed) geschoold in het zoeken en interpreteren van wetenschappelijke literatuur. Hiermee zijn ze op dat gebied misschien niet het optimale rolmodel voor huisartsen-in-opleiding. Maar ervaren huisartsen liggen wat betreft praktijkervaring juist ruim voor op de beginnende huisarts-in-opleiding. Dat blijkt ook uit ons onderzoek: ze worden vaak als informatiebron gebruikt. Er is dan ook volop gelegenheid om van elkaar te leren hoe EBM beter in de praktijk kan worden toegepast.

Naast het perspectief van de patiënt en de ervaring van de opleider moet de evidence ter sprake komen tijdens leergesprekken en bij het bespreken van consulten. Vaak is deze evidence er niet, of niet overtuigend; in dat geval is er meer speelruimte om op de klinische expertise te varen. In de NHG-Standaarden in de huidige vorm is het *level of evidence* van de verschillende aanbevelingen niet altijd meteen duidelijk en wordt dit alleen beschreven in de noten. Het maakt uit of een aanbeveling gebaseerd is op een meta-analyse of op consensus tussen de werkgroepsleden. Huisartsen gebruiken de aanbevelingen

uit de NHG-Standaarden, maar realiseren zich onvoldoende dat daaraan vaak keuzen en discussies ten grondslag liggen of dat de evidence niet eenduidig of afwezig is, maar dat er sprake is van consensus binnen de werkgroep van de betreffende standaard. Ze voelen zich niet altijd capabel om de aanbeveling voor zichzelf ter discussie te stellen, omdat het hun aan klinisch-epidemiologische kennis ontbreekt en de betekenis van gevonden getallen voor de praktijk en de patiënt op het spreekuur niet meteen duidelijk is. Wanneer huisartsopleiders en aios samen dieper in de achtergronden van de NHG-Standaarden duiken, kunnen ze meer over de achterliggende evidence leren en de kennis en vaardigheden die hierbij nodig zijn verder ontwikkelen. Deze kennis en vaardigheden zijn onontbeerlijk in de academische opleiding die de huisartsopleiding is.

Het 'kritisch lezen' van een wetenschappelijk artikel roept aanvankelijk soms weerstand en cynisme op (*clever nihilism*)², maar ook dit is een goede methode om (samen) te leren wat nieuwe informatie kan betekenen voor de dagelijkse praktijk. Er zijn ook steeds vaker samenvattingen en beschouwingen van relevante onderzoeken te vinden, bijvoorbeeld in dit tijdschrift. Die kunnen helpen bij het in perspectief plaatsen en wegen van beschikbare literatuur voor het handelen in de praktijk. Aios werken in de praktijk een klinische vraag uit voor de opleiding (CAT, *critical appraisal topic*). Dit moet niet iets eenmaligs, maar een leermiddel zijn, zodat ze uiteindelijk vaker en snel iets op kunnen zoeken en die informatie kunnen integreren in de praktijkvoering.

Niet al onze klinische vragen kunnen we met behulp van Standaarden beantwoorden. Daarom is het belangrijk dat we zelf informatie kunnen opzoeken, bij voorkeur in de vorm van systematische reviews of meta-analyses, die de beschikbare evidence al samenvatten. Ook als patiënten met informatie op het spreekuur komen die zij op internet hebben gevonden en er mediahypes zijn waarover ze de mening van de dokter willen horen, kan dit nodig zijn.

Er ligt een uitdaging om samen met aios en collega's meer te leren over welke evidence er is, wat deze voor de dagelijkse praktijk betekent en samen te bediscussiëren hoe we deze (willen) laten meewegen in ons handelen. Een attitude van vragen stellen, met ruimte voor discussies waarin evidence, klinische ervaring en wensen van de patiënt een rol spelen, en daar samen van leren zal uitstekende rolmodellen opleveren en de evidence-based praktijkvoering verbeteren.

ence-based dan evidence-based informatie leveren.⁸ Huisartsopleiders, die voor aios een rolmodel vormen, ervaren zelf barrières bij het toepassen van EBM, en scoren matig op EBM-kennis, -vaardigheden en -attitude.⁹ Aan de andere kant ervaren ze aios in dit verband als motivator.⁹ Er lijken dus kansen in de opleidingspraktijk voor huisartsopleider en aios om samen met de integratie van klinische expertise en evidence in het patiëntcontact aan de slag te gaan.

CONCLUSIE

Aios huisartsgeneeskunde rapporteren één vraag per vijf patiënten. Ze zoeken vaak naar een antwoord op hun vraag en vinden dat ook vaak. Ze raadplegen vooral collega's of zoeken in de betreffende richtlijn en gebruiken weinig andere informatie via internet. ■

LITERATUUR

- 1 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-2.

- 2 Davies K, Harrison J. The information-seeking behaviour of doctors: a review of the evidence. *Health Info Libr J* 2007;24:78-94.
- 3 Green ML, Ciampi MA, Ellis PJ. Residents' medical information needs in clinic: are they being met? *Am J Med* 2000;109:218-23.
- 4 Allan GM, Ma V, Aaron S, Vandermeer B, Manca D, Korownyk C. Residents' clinical questions: how are they answered and are the answers helpful? *Can Fam Physician* 2012;58:e344-51.
- 5 McCord G, Smucker WD, Selius BA, Hannan S, Davidson E, Schrop SL et al. Answering questions at the point of care: do residents practice EBM or manage information sources? *Acad Med* 2007;82:298-303.
- 6 Kortekaas MF, Bartelink MEL, Zuithoff NPA, Van der Heijden GJMG, De Wit NJ, Hoes AW. Does integrated training in evidence-based medicine (EBM) in the general practice (GP) specialty training improve EBM behaviour in daily clinical practice? A cluster randomised controlled trial. *BMJ Open* 2016;6:9.
- 7 Van Dijk N, Hooft L, Wieringa-de Waard M. What are the barriers to residents' practicing evidence-based medicine? A systematic review. *Acad Med* 2010;85:1163-70.
- 8 Schaafsma F, Verbeek J, Hulshof C, Van Dijk F. Caution required when relying on a colleague's advice; a comparison between professional advice and evidence from the literature. *BMC Health Serv Res* 2005;5:59.
- 9 Te Pas E, Van Dijk N, Bartelink MEL, Wieringa-de Waard M. Factors influencing the EBM behaviour of GP trainers: a mixed method study. *Med Teach* 2013;35:e990-7.
- 10 Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014;348:g3725.
- 11 McCartney M. Have we given guidelines too much power? *BMJ* 2014;349:g6027.
- 12 Meserve C, Kalet A, Zabar S, Hanley K, Schwartz, MD. Clever nihilism: cynicism in evidence based medicine learners. *Med Educ Online* 2005;10:4.

Kindvriendelijke geneesmiddelen

Samenvatting

Van Riet-Nales DA, Schobben AFAM, Vromans H, Egberts ACG, Rademaker CMA. Kindvriendelijke geneesmiddelen. *Huisarts Wet* 2017;60(1):15-9.

Adequate farmacotherapie bij kinderen impliceert het gebruik van het juiste geneesmiddel, in de juiste dosis en in een toedieningsvorm die het kind kan, en ook wil, innemen. Lange tijd was er weinig bekend over de relatie tussen de farmaceutische ontwerpaspecten van een geneesmiddel, zoals de keuze van de toedieningsvorm, de aard van de hulpstoffen of de gebruiksinstructie, en de uitkomsten bij kinderen. Bovendien leidde het gebruik van de bestaande geneesmiddelen tot relatief veel problemen. Daarom is een promotieonderzoek uitgevoerd naar kindvriendelijke geneesmiddelen. In dit artikel lichten we de belangrijkste resultaten voor huisartsen toe. We vonden dat geneesmiddelen niet altijd geregistreerd en/of bruikbaar zijn voor kinderen. En dat er verschillen bestaan tussen de ontwerpaspecten van de diverse merken van hetzelfde geneesmiddel, bijvoorbeeld broomhexinedranken met en zonder alcohol. We hebben aangetoond dat jonge kinderen niet alleen met dranken of poeders kunnen worden behandeld, maar net zo goed, of wellicht beter, met kleine (mini)tabletten. We zagen ook dat ouders geneesmiddelen soms op een andere manier toedienden dan de bedoeling is, bijvoorbeeld door een minitabje of poeder te mengen met wat eten of drinken op een lepel. We vonden bovendien dat dit vaker gebeurde als het kind het geneesmiddel slecht accepteerde. Verder bleek dat veel tabletsplitters niet geschikt zijn om een tablet in twee gelijke helften te verdelen. Tabletten met een breukstreep kunnen daarom het beste met de hand worden gebroken.

De kern

- Geneesmiddelen zijn voor kinderen niet altijd leverbaar in de benodigde dosis, of in een toedieningsvorm die het kind kan, en ook wil, innemen.
- Veelgebruikte toedieningsvormen, zoals tabletten, capsules en zetpillen, kunnen niet of alleen onnauwkeurig worden opgedeeld in lagere doses.
- Jonge kinderen kunnen goed behandeld worden met kleine (mini)tabletten. Zo is aangetoond dat 2-mm-minitabje geschikt zijn voor pasgeborenen als ze binnen enkele seconden uiteenvallen in de wangzak. Minitabje die wat langzamer uiteenvallen zijn geschikt voor baby's vanaf zes maanden.
- Jonge kinderen gebruiken liever een minitabje dan een poeder of suspensie.
- Het gebruik van tabletsplitters kan leiden tot onnauwkeurige doseringen.

INLEIDING

Voor de farmacotherapie bij kinderen kan in de huisartsenpraktijk worden geleund op de informatie in de NHG-Standaarden, het *Farmacotherapeutisch Kompas* of het Kinderformularium. Voor nadere informatie over de farmaceutische eigenschappen van een geneesmiddel, zoals de variatie in toedieningsvormen, de samenstelling van een drank of een andere manier van toedienen, kan de huisartsenpraktijk contact opnemen met de apotheek of de geneesmiddelinformatiebank van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) raadplegen.¹

In de praktijk blijkt dat de apotheek een voorgeschreven geneesmiddel niet altijd kan leveren, of alleen in een hogere dosis of in een toedieningsvorm die slecht aansluit bij de leeftijd van het kind.^{2,3} Wanneer de arts op het recept ook de toedieningsvorm heeft vermeld, kan bij de apotheek bovendien blijken dat die vorm minder geschikt is voor het kind, bijvoorbeeld omdat de tablet te groot is. Het is ook mogelijk dat de voorgeschreven toedieningsvorm weliswaar geschikt is voor het kind, maar dat de ouders en/of het kind de voorkeur hebben voor een andere vorm, bijvoorbeeld een smelttablet in plaats van een drank. Wanneer huisartsen eventuele problemen niet kunnen oplossen door de keuze voor een andere toedieningsvorm of gebruiksinstructie, rest ze vaak weinig anders dan de keuze voor een andere behandeling.

Wanneer de apotheek een geneesmiddel wel in de benodigde dosis en in een geschikte toedieningsvorm kan leveren, dan betreft het mogelijk een geregistreerd geneesmiddel dat off-label wordt voorgeschreven wat betreft de dosis, indicatie en/of leeftijd, zoals vermeld in de bijsluiters. Het kan ook gaan om een eigen bereiding, dat wil zeggen een niet-geregistreerd geneesmiddel. Het gebruik van een off-label- of niet-geregistreerd geneesmiddel hangt echter samen met een grotere kans op een onverwacht hoge of lage klinische respons en/of een toename in de frequentie en/of de ernst van bijwerkingen. Zo bleek dat ziekenhuisopnamen ten gevolge van *adverse drug reactions* bij kinderen vaker optraden bij gebruik van off-label- en niet-geregistreerde geneesmiddelen (95%-BI relatief risico 1,38-2,02).⁴ Huisartsen weten echter lang niet altijd dat een kind wordt behandeld met een off-label- of niet-geregistreerd

College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG), Postbus 8275, 3503 RG, Utrecht; dr. D.A. van Riet-Nales, apotheker/senior beoordelaar; prof. dr. A.F.A.M. Schobben, oud-ziekenhuisapotheker, oud-collegelid. Universiteit Utrecht, Faculteit bètawetenschappen, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, afdeling Farmacoepidemiologie en Klinische Farmacologie; prof. dr. A.C.G. Egberts, hoogleraar klinische farmacologie; dr. D.A. van Riet-Nales, apotheker-onderzoeker (tot 2015); prof. dr. A.F.A.M. Schobben, emeritus-hoogleraar klinische farmacotherapie; prof. dr. H. Vromans, hoogleraar farmaceutische technologie. UMC Utrecht, afdeling klinische farmacologie; prof. dr. A.C.G. Egberts, hoofd apotheek; dr. C.M.A. Rademaker, ziekenhuisapotheker; prof. dr. H. Vromans, apotheker • Correspondentie: da.v.riet@cbg-meb.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: Diana van Riet-Nales is een expert van het Europees Agentschap voor de Geneesmiddelen (EMA).

Dit artikel is gebaseerd op: Van Riet-Nales DA. Child friendly medicines: availability, pharmaceutical design, usability and patient outcomes [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2014. De inhoud van dit artikel reflecteert niet noodzakelijkerwijs de mening van het EMA of het CBG.

geneesmiddel, deels omdat dit merkafhankelijk is. Zo mag bijvoorbeeld het ene merk amoxicilline 250 mg dispergeerbare tablet of enalapril 5 mg tablet volgens de bijsluiter wel worden gebroken voor het geven van de halve dosis, en is dit bij het andere merk niet toegestaan of niet bekend.¹

In de praktijk moet de 'standaard' gebruiksinstructie van een geneesmiddel geregeld worden aangepast om het mogelijk te maken dat een kind het geneesmiddel in de juiste dosis kan, en ook wil, innemen. Zo kunnen ouders al dan niet op advies van de huisarts of apotheek een tablet verkrummen en toedienen met wat voedsel of drinken, of een tablet verdelen met een tabletsplitter voor het geven van de halve dosis.⁵ Wanneer deze alternatieve gebruiksinstructies niet in de bijsluiter zijn opgenomen, betreft dit naar de mening van de registratieautoriteiten off-labelgebruik.⁶ Ook deze vormen van off-labelgebruik kunnen leiden tot afwijkende klinische effecten en/of een toename in de frequentie en/of de ernst van de bijwerkingen.

Het gebruik van geneesmiddelen kan ook tot andere praktische problemen of toedieningsfouten leiden. Zo is niet altijd duidelijk of een inhaler al dan niet nog een aantal doses bevat, laten sommige maatbekers zich lastig aflezen en is de verpakkingsgrootte van dranken niet altijd afgestemd op het benodigde aantal milliliters. Ook hebben ouders slecht toezicht op het gebruik van een geneesmiddel op het kinderdagverblijf of onder schooltijd.

In 2007 is met het oog op de problemen rondom het gebruik van geneesmiddelen bij kinderen een nieuwe Europese Verordening opgesteld, die is gericht op het beschikbaar krijgen van 'betere' geneesmiddelen voor kinderen.⁷ De verwachte toename in het aantal beoordelingen door het CBG is in samenhang met de gebrekkige kennis over de relatie tussen het farmaceutisch ontwerp van een geneesmiddel en de uitkomsten bij kinderen, aanleiding geweest voor een promotieonderzoek.⁸

We voerden de onderzoeken uit in een samenwerkingsverband tussen de afdeling Farmacoepidemiologie en Klinische

Farmacologie van het Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences (UIPS) van de Universiteit Utrecht, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de ziekenhuisapotheek van het UMC Utrecht.

In de onderstaande paragrafen beschrijven we de belangrijkste bevindingen die relevant zijn voor huisartsen.

PROBLEMEN BIJ HET GEBRUIK VAN DRANKEN

Lange tijd dacht men dat jonge kinderen vanwege het gemak van innamen en de flexibiliteit van de dosering het beste konden worden behandeld met een drank. Aan het gebruik van dranken kleven echter belangrijke nadelen.⁹ Zo bevatten heldere dranken soms potentieel gevaarlijke oplosmiddelen, zoals alcohol of propyleenglycol, om het werkzame bestanddeel in oplossing te brengen en/of te houden.^{10,11} Voorbeelden zijn broomhexinehoestdranken met 3% alcohol, ranitidinedrank (Zantac) met 7,5% alcohol en lopinavirdrank (Kaletra) met 42,4% alcohol en 15,3% propyleenglycol.¹ Hoewel men deze dranken in de aanbevolen dosering veilig bij kinderen binnen de aanbevolen leeftijdsgroep kan toepassen, moet men wel rekening houden met het stapelen van deze oplosmiddelen in geval van polyfarmacie en overdosering. Bij off-labelgebruik ten aanzien van de leeftijd moet men bovendien nagaan of de toegepaste dosis ook veilig is voor wat betreft de hulpstoffen. In sommige gevallen laten problemen zich gemakkelijk oplossen door de keuze voor een ander merk. Zo bevatten sommige broomhexinehoestdranken wel alcohol, en andere niet.²

Sommige werkzame bestanddelen zijn in drankvorm maar beperkt stabiel. Een geneesmiddel kan dan bijvoorbeeld alleen als poeder voor oplossing worden verhandeld, waarbij de apotheek het voor uitgifte aan de patiënt moet reconstitueren tot een drank. Dit geldt bijvoorbeeld voor veel antibiotica. Het is ook mogelijk dat dranken vanwege houdbaarheidsproblemen in de koelkast moeten worden bewaard. Wanneer dat niet gebeurt, is er kans op een relevante afname van het gehalte en daarmee de dosis, en/of een toename van schadelijke ontledingsproducten. Bovendien kan ontleding en/of de kans op microbiële verontreiniging reden zijn voor een beperkte houdbaarheid na openen. Zo zijn er geen beperkingen aan de houdbaarheid na openen van ranitidinedrank, maar bedraagt de houdbaarheid na openen van cetirizinedrank (Zyrtec) drie maanden, van de huidige desloratidinedrank twee maanden en van amoxicillinesuspensies twee weken bij bewaren in de koelkast.¹ Het is belangrijk dat (ouders van) patiënten duidelijk wordt gemaakt dat er een maximale termijn kan zijn waarbij dranken na openen mogen worden gebruikt, dat deze termijn tussen de diverse merken van hetzelfde geneesmiddel kan verschillen en dat de dranken daarna niet meer mogen worden gebruikt. Dit is de taak van de apotheek.

Sommige dranken smaken vies, bijvoorbeeld omdat de smaak van het werkzame bestanddeel zich lastig laat camoufleren of omdat de fabrikant maar beperkt aandacht aan de smaak heeft besteed. Vanwege het volume van de fles en de kans op breken laten dranken zich vaak ook lastig mee-

Abstract

Van Riet-Nales DA, Schobben AFAM, Vromans H, Egberts ACG, Rademaker CMA. Child-friendly medicines. *Huisarts Wet* 2017;60(1):15-9.

Adequate drug treatment in children implies the use of an appropriate medicine, in the correct dose and in a formulation that the child can and will accept. For a long time, little was known about the relationship between aspects related to the drug product design, such as the type of the dosage form, the excipients, the instructions for use, and treatment outcomes in children. Moreover, the currently available medicines may cause problems. This PhD research project investigated child-friendly medicines. Findings showed that medicines are not always licensed or appropriate for children, and that there are differences in drug form of different brands containing the same active ingredient, such as bromhexine syrups with or without alcohol. Young children can be treated not only with liquids and powders, but also, and perhaps even better, with small mini-tablets. This PhD study showed that parents often administer medicines in an incorrect manner, for example by mixing a mini-tablet or powder with food or liquid on a spoon. This occurs more often if the child does not readily take the medicine. As many tablet cutters do not cut tablets into equal halves, scored tablets can best be broken manually.

nemen.¹² Dit alles kan leiden tot een slechte therapietrouw. Daarnaast is er voor de toediening van dranken een doseerhulpmiddel nodig, zoals een maatlepel, maatbeker of doseerspuit.¹³ Dat gebruik impliceert een zekere onnauwkeurigheid van de dosis. Bovendien kan men fouten maken bij het aflezen van de schaalverdeling. Het is, zeker bij off-labelgebruik, belangrijk dat de apotheek controleert dat het maximale volume van het doseerhulpmiddel aansluit bij de voorgeschreven dosis. Toch is het raadzaam dat ook artsen patiënten wijzen op de noodzaak van een passend doseerhulpmiddel, om zo het risico op tienvoudige overdosering te voorkomen. Suspensies en emulsies moet men in tegenstelling tot stropen en oplossingen voor gebruik *altijd* goed schudden. Wanneer dat eenmalig niet goed gebeurt, heeft dat niet alleen consequenties voor de betreffende dosis, maar ook voor alle doses daarna.⁶ Het is daarom belangrijk dat de apotheek patiënten wijst op het belang (en ook het waarom) van het goed schudden van deze dranken. Wanneer de huisarts weet dat een suspensie of emulsie wordt afgeleverd, kan ook hij/zij de patiënt hierop wijzen.

WELKE TOEDIENINGSVORM IS HET MEEST GESCHIKT?

Lange tijd was er weinig bekend over de relatie tussen de aard en verdere kenmerken van een toedieningsvorm, zoals de grootte van een tablet en de smaak van een drank, en de uitkomsten bij patiënten.¹⁴ Daarom hebben we in 2011 een onderzoek gedaan naar de acceptatie van drie bekende placebo-toedieningsvormen bij kinderen van 1 tot 4 jaar oud: poeder, heldere, niet-zoete stroop en een suspensie.¹⁵ We hebben deze drie vormen vergeleken met een toedieningsvorm die nog niet als geneesmiddel bij kinderen werd toegepast, maar waar al wel veel ervaring mee was opgedaan als voedingssupplement voor de toediening van vitamine D en 0,1 mg melatonine, namelijk een minitablenet [figuur 1].

We vroegen de ouders om iedere toedieningsvorm twee keer op dezelfde dag aan te bieden aan hun kind en op een schaal van 0 tot 10 aan te geven wat het kind daarvan vond. We vroegen de ouders om aan het einde van het onderzoek (dus na acht doses) aan te geven aan welke toedieningsvorm het kind en zichzelf de voorkeur gaven. De acceptatie van de 4-mm-minitablenet was significant hoger dan die van de suspensie en er waren ook aanwijzingen dat de acceptatie beter was dan die van het poeder en de stroop. Kinderen en ouders gaven de voorkeur aan het gebruik van de minitablenet en de stroop boven het poeder en de suspensie, en aan het gebruik van een suspensie boven het poeder. Het percentage kinderen dat de minitablenet beide keren heel doorslikte bedroeg 95%; bij de poeder lag dat op 74%, bij de stroop op 91% en bij de suspensie op 81%. Iedere toedieningsvorm werd op zich dus goed geaccepteerd. Het percentage kinderen dat alle vier de vormen beide keren volledig doorslikte was 55%.¹⁵ Dit resultaat toont aan dat het belangrijk is dat geneesmiddelen voor kinderen in verschillende toedieningsvormen verkrijgbaar zijn.

Huisartsen en/of apotheken kunnen problemen bij het in-

Figuur 1 Acceptatie van vier placebotoedieningsvormen bij kinderen van 1 tot 4 jaar oud: 4-mm-minitablenet, suspensie, poeder in sachet, heldere (niet-zoete) stroop



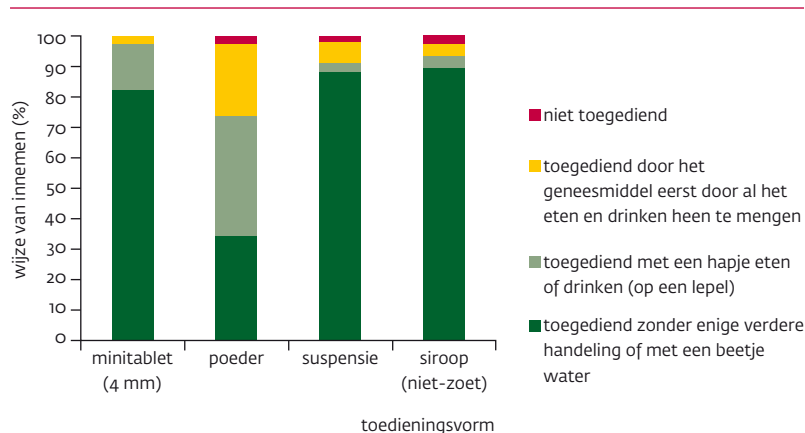
nemen van een geneesmiddel mogelijk oplossen door de keuze voor een andere toedieningsvorm. Het is belangrijk daarbij niet alleen te denken aan dranken, poeders en minitables, maar ook aan andere bekende toedieningsvormen, zoals dispergeerbare tabletten, smelttabletten, kauwtabletten en pleisters. Daarnaast zijn er nieuwere toedieningsvormen in ontwikkeling, zoals orodispergeerbare films.¹⁶ In sommige gevallen is het ook mogelijk om een andere toedieningsroute te kiezen. Het bekendste voorbeeld is wellicht rectale in plaats van orale toediening van paracetamol.

Minitables

De acceptatie van minitables is ook door andere onderzoekers geëvalueerd. Zo is aangetoond dat kinderen vanaf zes maanden oud 2-mm-minitables beter accepteren dan een stroop.¹⁷ Onderzoekers hebben ook aangetoond dat 2-mm-minitables bruikbaar zijn bij kinderen vanaf de geboorte wanneer ze snel uiteenvallen in de mond.¹⁸ Ander onderzoek heeft bovendien laten zien dat kinderen vanaf twee jaar goed in staat zijn om tegelijkertijd vijf of tien 2-mm-minitables in te nemen met een vruchtengelei.¹⁹ Op deze wijze kunnen minitables ook worden gebruikt voor variabele doseringen [figuur 1].

Het implementeren van wetenschappelijke onderzoeksresultaten naar nieuw beleid en het toepassen van nieuw beleid bij de ontwikkeling van een geneesmiddel door de industrie kosten tijd. Om die reden zijn er wereldwijd nog maar enkele geneesmiddelen als minitablenet in de handel. Op dit moment zijn minitables een geaccepteerde toedieningsvorm in het door de Europese registratieautoriteit (EMA) goed te keuren

Figuur 2 De wijze waarop ouders vier verschillende toedieningsvormen hebben toegediend aan kinderen van 1 tot 4 jaar oud



plan voor klinisch onderzoek bij kinderen (*paediatric investigation plan*; PIP), bijvoorbeeld lopinavir/ritonavir en melatonine.²⁰ Het is daarom aannemelijk dat er in de komende jaren meer geneesmiddelen als minitab in de handel zullen worden gebracht.

Het is op dit moment niet mogelijk om in databanken na te gaan welke geneesmiddelen als minitab in de handel zijn. Daarvoor zijn verschillende redenen, bijvoorbeeld omdat de Europese Farmacopee tot op heden niet akkoord is met een afzonderlijke standaardterm en omdat er nog geen definitie is van de grootte van een minitab (1 tot 5 mm?). Een en ander onderstreept de noodzaak tot goed overleg met de apotheek over een geschikte toedieningsvorm. Overigens kunnen minitablen ook worden ingezet bij volwassenen, bijvoorbeeld voor het toedienen van flexibele doses. Zo heeft de Zweedse geneesmiddelenautoriteit in 2014 3-mm-minitablen in dosisdispenser geregistreerd voor de behandeling van volwassenen met de ziekte van Parkinson.²¹

Mengen met voedsel

Wanneer kinderen een geneesmiddel niet kunnen of willen innemen kunnen ouders, al dan niet op advies van de apotheek of huisarts, overgaan tot een creatieve aanpak.^{5,22} Bijvoorbeeld door het kind een beloning in het vooruitzicht te stellen, of door het geneesmiddel te mengen met wat voedsel of drinken. Wanneer de resulterende wijze van toedienen niet in de bijsluiters is *aanbevolen*, vinden de registratieautoriteiten dat er sprake is van off-labelgebruik. Het is belangrijk dat apothekers en huisartsen zich realiseren dat dergelijk off-labelgebruik een verklaring kan zijn voor onverwachte klinische effecten en bijwerkingen.^{4,22}

Patiënten (en ook sommige zorgverleners) redeneren overigens vaak 'andersom', dat wil zeggen dat het ontbreken van een *waarschuwing* voor een bepaalde wijze van gebruik, zoals het breken of verkruimelen van tabletten, zou betekenen dat dat gebruik daarmee ook is toegestaan. Dit is niet juist. We

hebben daarom ook onderzocht hoe de ouders de minitab, het poeder, de suspensie en de stroop aan hun kind hebben aangeboden. En of onze conclusie over de acceptatie van deze vier toedieningsvormen was beïnvloed door de wijze van toedienen.²³ De gebruiksinstructie bevatte namelijk geen advies voor het innemen met voedsel en/of drinken, zodat de toedieningsvormen formeel alleen met wat water mochten worden ingenomen. We vonden dat de minitab, stroop en suspensie in meer dan 80% van de gevallen waren gegeven zoals bedoeld. Poeders werden echter geregeld door de hele maaltijd gemengd of met een vol glas drinken gegeven.

Van sommige geneesmiddelen is bekend dat deze tijdens of direct na de maaltijd moeten worden ingenomen. De reden heeft vaak te maken met de beoogde absorptie, bijvoorbeeld in het geval van itraconazolcapsules, of het voorkomen van bijwerkingen. Voor veel geneesmiddelen geldt echter dat ze zonder eten of drinken moeten worden ingenomen. Daarbij kunnen er relevante verschillen zijn tussen de diverse toedieningsvormen van hetzelfde geneesmiddel. Zo moet de itraconazol drank juist zonder voedsel worden ingenomen, om een maximale absorptie te garanderen, en mogen patiënten tot een uur na de inname niet eten.¹

Het is in bijna alle gevallen beter om een geneesmiddel op een lepel met wat eten of drinken toe te dienen dan het door de hele portie eten of een heel glas drinken te mengen. Er is dan namelijk een grotere kans dat het kind niet de volledige dosis 'opeet' of 'opdrinkt'. Wanneer het niet is toegestaan om het geneesmiddel met eten of drinken in te nemen, geldt bovendien dat de contacttijd tussen het geneesmiddel en het eten en drinken toeneemt, en daarmee de kans op ongewenste interacties. We vonden dat de wijze van toedienen niet van invloed is geweest op onze eerdere conclusie ten aanzien van de goede acceptatie van minitablen door jonge kinderen. Verder vonden we dat veel ouders het geneesmiddel mengden met (meer) eten of drinken als het kind het geneesmiddel niet goed (genoeg) wilde innemen [figuur 2].²³ Wij pleiten er daarom voor om in alle bijsluiters informatie op te nemen over het al dan niet mogen innemen van een geneesmiddel met eten of drinken, en op welke wijze dat moet gebeuren. Daarnaast is het belangrijk dat artsen en apothekers bij ouders navragen of er sprake is van problemen met het gebruik van het geneesmiddel, en hoe de ouders die problemen oplossen. Wellicht is het mogelijk om de behandeling voort te zetten met een ander merk (smaak), een andere toedieningsvorm of een andere toedieningsroute van hetzelfde geneesmiddel. Op basis van de informatie van de ouders kunnen artsen en apothekers ook bepalen of ze de behandeling voortzetten, met alle risico's van gebrekkige therapietrouw en een afwijkende gebruiksinstructie, of voor een andere behandeling kiezen.

TABLETSPLITTERS

Kinderen worden geregeld met halve tabletten behandeld, bijvoorbeeld wanneer er geen andere toedieningsvorm beschikbaar is. Vanwege klachten over het functioneren van breukstrepen en tabletsplitters hebben we onderzocht welke

breekmethodiek (met de hand, een tabletsplitter of een keukenmesje) het nauwkeurigst is.²⁴ We hebben het onderzoek uitgevoerd met behulp van een 500 mg paracetamoltablet met breukstreep en alle tabletsplitters die in Utrecht commercieel verkrijgbaar waren bij meer dan een apotheek en/of drogist (n = 6).

We hebben onderzocht of er bij breken met de hand, een keukenmesje of een tabletsplitter werd voldaan aan de eisen die er binnen de farmacie worden gesteld aan de nauwkeurigheid van het breken, het gehalte en het massaverlies na breken (eis aan de nauwkeurigheid van het breken: breek dertig tabletten, neem van elke tablet een willekeurig gekozen helft en verwerp de andere helft, bepaal het gemiddeld gewicht van de resterende tablethelften, alle helften vallen binnen 75% en 125% van het gemiddelde gewicht en maximaal één tablethelft binnen 75-85% of 115-125%; eis aan het geschat gehalte op basis van gewicht: 95-105%; eis aan het massaverlies bij breken: maximaal 3%).

Bij breken met de hand voldeden de tabletten wel aan de

bovengenoemde drie eisen, maar niet bij breken met een keukenmesje of de tabletsplitters. De HealthCare Logistics- en PillTool-tabletsplitter gaven de beste resultaten. Bij het splitsen van 300 tabletten waren er geen tablethelften met een gewicht lager dan 75% of hoger dan 125% en bij beide tabletsplitters twee tabletten buiten 85-115% (1%). De Fit&Healthy-, Lifetime-, Pillaid- en Pilomat-splitters waren minder nauwkeurig. Het aantal tabletten buiten 75-125% bedroeg respectievelijk 136 (22%); 210 (35%); 272 (45%); 1 (0%); buiten 85-115% respectievelijk 240 (40%); 427 (71%); 451 (75%); 16 (3%) [figuur 3].

Ouders kunnen tabletten dus het beste met de hand breken. Het is belangrijk dat apotheek en huisarts patiënten daar zo veel mogelijk op wijzen en hun aanbevelen de beide helften als twee opeenvolgende doses in te nemen. Het is belangrijk dat patiënten weten dat ze contact kunnen opnemen met de apotheek wanneer het niet lukt om een tablet handmatig te breken. Er kan dan bijvoorbeeld worden gezocht naar een ander merk van hetzelfde geneesmiddel dat ze wel met de hand kunnen breken, een andere toedieningsvorm of in het uiterste geval een tabletsplitter waarvan duidelijk is dat die de tablet voldoende nauwkeurig deelt.

Figuur 3 Het gebruik van een tabletsplitter kan leiden tot twee ongelijke helften, en daarmee tot over-/onderdosering



CONCLUSIE

Hoewel er meer onderzoek wordt gedaan naar kindvriendelijke geneesmiddelen is er nog een tekort aan informatie over een effectieve en veilige toepassing van veel producten. Het is daarom belangrijk dat de apotheek en huisarts bij onverwachte klinische effecten en/of het optreden van bijwerkingen beseffen dat problemen mogelijk het gevolg zijn van een slechte acceptatie van het product, en daarmee een slechte therapietrouw, en/of off-labelgebruik. Adequate voorlichting en instructie door de apotheek aan kinderen en/of ouders over de gewenste wijze van gebruik is essentieel. Daarbij dient men rekening te houden met eventuele verschillen tussen de diverse merken en toedieningsvormen van hetzelfde geneesmiddel, bijvoorbeeld voor wat betreft de smaak, de functionaliteit (nauwkeurigheid) van de breukstreep of het al dan niet mogen innemen met wat eten of drinken. In alle gevallen is het belangrijk om actief te vragen naar eventuele problemen bij het toedienen, en hoe de ouders die oplossen. Er kan dan worden nagegaan of die aanpak acceptabel is of dat er beter kan worden overgestapt op een andere toedieningsvorm, toedieningsroute of behandeling. Overleg tussen voorschrijvend (huis)arts en apotheek is daarbij essentieel. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst kunt u vinden op www.henw.org/archief, rubriek Beschouwing.



Vacature H&W

Leden gevraagd voor de Raad van Advies van Huisarts en Wetenschap

H&W is het door huisartsen en aios meest gelezen en hoogst gewaardeerde communicatiemedium over wetenschap en de huisartsgeneeskundige praktijk, met een oplage van 13.000. Om de onafhankelijkheid en kwaliteit van H&W te borgen is er een Raad van Advies. Deze adviseert gevraagd en ongevraagd over het gevoerde en te voeren inhoudelijke beleid, ziet toe op het functioneren van de hoofdredacteur en redactie van H&W en kan het NHG-bestuur adviseren over belangrijke beleidsbesluiten van en ten aanzien van de redactie. Zij functioneert als klankbord voor de hoofdredacteur en bewaakt inhoudelijk de koers van het blad. De Raad vergadert in principe tweemaal per jaar, of vaker als dat nodig is. Zij treedt op bij conflicten tussen de redactie van H&W en het bestuur van het NHG. De Raad bestaat uit zeven leden.

In verband met het reguliere rooster van aftreden is de Raad op zoek naar een lid (per direct) en een aiotholid (per 1 juli 2017).

WE ZOEKEN IEMAND MET:

- Affiniteit met (wetenschappelijk) publiceren
- Enig inzicht in communicatie via wetenschappelijke tijdschriften
- Affiniteit met de toepassing van moderne media (internet)
- Goede contactuele eigenschappen
- Creativiteit
- Ruime ervaring als huisarts
- Bestuurlijke en/of universitaire ervaring (strekt tot aanbeveling).

Op de leden van Raad van Advies H&W is de regeling 'Vacatie- en bestuursvergoeding' van het NHG van toepassing.

PROCEDURE

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, een door de verenigingsraad aangewezen lid, een lid van de Raad van Advies en een lid namens de directie van het NHG. Leden van de Raad van Advies hebben een zittingstermijn van tweemaal drie jaar die ingaat na officiële benoeming door de algemene ledenvergadering.

Verdere informatie kunt u krijgen bij hoofdredacteur Ivo Smeele (telefoon 030-2823561 of per e-mail: i.smeele@nhg.org). Sollicitatiebrieven voorzien van een curriculum vitae kunt u voor 15 februari 2017 sturen aan Redactie H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht of per e-mail: redactie@nhg.org. ■

Hoort lumbale MRI thuis in de eerste lijn?

Samenvatting

De Schepper E. Hoort lumbale MRI thuis in de eerste lijn? *Huisarts Wet* 2017;60(1):21-3.

Huisartsen in Nederland kunnen tegenwoordig patiënten doorverwijzen voor een MRI van de lumbale wervelkolom. Gegevens over het gebruik hiervan ontbraken echter nog. Dit was voor ons een reden om een cohortonderzoek op te zetten naar het gebruik van lumbale MRI door de Nederlandse huisarts. Een van de meest opvallende resultaten van ons onderzoek was dat het merendeel van de patiënten op het moment van verwijzen al langdurige, ernstige klachten had. Daarnaast werd er in de MRI-verslagen een relatief groot aantal discuspathologieën gerapporteerd. De beslissing van de huisarts om een patiënt al dan niet te verwijzen naar een specialist bleek niet afhankelijk van deze MRI-bevindingen. Ook bleken de MRI-bevindingen geen rol te spelen bij het voorspellen van herstel. In een klinisch perspectief roepen deze resultaten een aantal vragen op over het nut van de lumbale MRI in de huisartsenpraktijk. Om te beoordelen of een MRI van de lumbale wervelkolom moet worden behouden in het diagnostisch traject van de eerstelijnszorg of tot de tweede lijn moet worden beperkt, is een goed ontworpen gerandomiseerde trial naar de diagnostische nauwkeurigheid en kosteneffectiviteit ervan vereist. Tot die tijd luidt het advies om zo veel mogelijk de NHG-Standaard, die beeldvormende diagnostiek door de huisarts ontraadt, te volgen.

INLEIDING

De huisarts is de zorgverlener die het vaakst wordt bezocht vanwege rugpijn.^{1,3} Bij lagerugpijn maakt men doorgaans onderscheid tussen specifieke en aspecifieke lagerugpijn.⁴ Specifieke lagerugpijn betreft klachten die worden veroorzaakt door een specifiek pathofysiologisch mechanisme, zoals een hernia nucleï pulposi, infectie, fractuur of tumor. Bij aspecifieke lagerugpijn gaat het om rugpijn waarvoor geen specifieke oorzaak aantoonbaar is.⁴ Bij ongeveer 80 tot 95% van de mensen met lagerugpijn vindt men geen specifieke oorzaak.

Een adequate behandeling van patiënten met lagerugpijn begint met het stellen van de juiste werkdiagnose. Deze

bepaalt het gewenste vervolgtraject, bijvoorbeeld geruuststelling en advisering bij onschuldige aspecifieke rugpijn, maar ook verwijzing naar de tweede lijn voor aanvullende diagnostiek of behandeling bij verdenking op een specifieke oorzaak. Maar hoe kunnen we een onderscheid maken tussen de kleine groep rugpijnpatiënten met een specifieke aandoening en de grote groep patiënten met aspecifieke lagerugpijn?

In Nederland wordt dit onderscheid vooral gemaakt door de huisarts, en vrijwel uitsluitend op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Uiteindelijk blijkt bij een klein aantal patiënten ook diagnostische beeldvorming nodig.

In deze beschouwing presenteer ik de bevindingen uit het onderzoek naar het gebruik van lumbale MRI door Nederlandse huisartsen, dat we hebben uitgevoerd in het kader van mijn proefschrift.⁵ Tevens ga ik in op de adviezen uit de recentelijk herziene NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom.⁶

MRI IN DE EERSTE LIJN

De laatste jaren zijn de technieken om de anatomie van de onderrug te visualiseren aanzienlijk verbeterd en zijn ze ook algemeen beschikbaar. Over de hele wereld gebruiken artsen in veel gevallen geavanceerde beeldvorming met MRI. Ook huisartsen in Nederland kunnen tegenwoordig patiënten doorverwijzen voor een MRI van de lumbale wervelkolom. Ongeveer zes jaar geleden besloot de Nederlandse Zorgautoriteit dat zorgverzekeraars voortaan ook lumbale MRI's moeten vergoeden die zijn aangevraagd door huisartsen. De meeste zorgverzekeraars doen dat inmiddels ook. Bij een van de grootste MRI-centra van Nederland, dat een adherentiegebied heeft van ongeveer 1000 huisartsenpraktijken verspreid over heel Nederland, worden jaarlijks 2600 lumbale MRI's gemaakt. Dit lijkt niet in overeenstemming met de richtlijnen van de NHG-Standaarden Aspecifieke lagerugpijn en Lumbosacraal radiculair syndroom, vanwege de geringe toegevoegde waarde ten opzichte van anamnese en lichamelijk onderzoek.

Omdat gegevens over het exacte gebruik van lumbale MRI door Nederlandse huisartsen ontbraken, hebben wij daar een observationeel, prospectief cohortonderzoek naar uitgevoerd. We hebben patiënten met lagerugpijn die door hun eigen huisarts voor een MRI van de rug waren verwezen geïncludeerd bij verschillende vestigingen van het MRI-Centrum, die verspreid door heel Nederland liggen. Vervolgens hebben we de geïncludeerde patiënten twaalf maanden gevolgd. We

De kern

- Veel zorgverzekeraars vergoeden lumbale MRI's die huisartsen aanvragen, en er zijn aanwijzingen dat huisartsen op grote schaal van deze mogelijkheid gebruikmaken.
- MRI-bevindingen spelen geen rol bij het voorspellen van het herstel of bij de beslissing om te verwijzen.
- De kosteneffectiviteit van lumbale MRI's in de eerste lijn is nog niet bekend; een gerandomiseerde trial is vereist.
- Voorlopig luidt daarom het advies om zo veel mogelijk de richtlijnen te volgen en geen MRI-onderzoek te laten doen bij klachten van de lumbale wervelkolom.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; dr. E.I.T. de Schepper, huisarts en epidemioloog • Correspondentie: e.deschepper@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is gebaseerd op het proefschrift: De Schepper EIT. Diagnostics in low back pain. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2016.

Tabel Baselinekenmerken van de geïncludeerde 683 patiënten

Kenmerken	Populatie (n = 683)	
Leeftijd, gemiddeld (sd)	49,9 (12,5)	–
Man	365	53%
Chronische rugpijn (> 3 maanden)	455	67%
Ernst rugpijn (NRS), gemiddeld (sd)	6,6 (2,0)	–
Uitstraling tot onder de knie	450	66%
Invaliditeit (RDQ), gemiddeld (sd)	13,5 (5,2)	–
Discushernia	492	72%
Wortelcompressie	472	69%
Ernstige oorzaak*	22	3%

*Ernstige oorzaak: fractuur, maligniteit en/of discitis

sd: standaarddeviatie; NRS: numeric rating scale (spreiding 0-10); RDQ: Roland Disability Questionnaire (spreiding 0-24)

hebben de MRI-rapporten gescoord en informatie over de kenmerken van de patiënt, kenmerken van de klacht en eventuele rode vlaggen verzameld op baseline, en na drie en twaalf maanden follow-up.

COHORT

In totaal hebben we 683 patiënten geïncludeerd (53% man), met een gemiddelde leeftijd van 50 jaar (spreiding 19-80 jaar). Een van de eerste, meest opvallende resultaten van ons onderzoek was dat het merendeel van de patiënten op het moment van verwijzen al langdurige, ernstige lagerugklachten had. Deze patiënten gaven hun rug- en/of beenpijn een hoge score en scoorden hoog op invaliditeit [tabel]. Bovendien werd er in de MRI-verslagen een relatief groot aantal discuspathologieën gerapporteerd; bij 72% van de patiënten was er sprake van een hernia en bij 69% was er een compressie van de zenuwwortel te zien [tabel]. Deze prevalenties zijn veel hoger dan bij eerdere rugpijncohorten het geval is.⁷⁻¹⁰

Heeft de uitslag van de MRI gevolgen gehad voor het beleid van de huisarts, of anders gezegd: wat heeft de huisarts met de uitslagen van de MRI gedaan?

Van de 683 geïncludeerde patiënten rapporteerden 301 (55%) een bezoek aan een specialist in de eerste drie maanden follow-up.

den follow-up. In een multivariaat model bleken vier items gerelateerd aan een verwijzing naar een specialist: ernstige beenpijn, een hoge score op invaliditeit, een rugoperatie in de voorgeschiedenis en lumbale stenose op de MRI (AUC = 0,70). Lumbale stenose was de enige MRI-bevinding die gerelateerd was aan een verwijzing naar een specialist.

Wanneer we echter een model maakten zonder de MRI-uitslagen, bleek dit net zo goed een verwijzing naar de specialist te kunnen voorspellen (AUC = 0,69). Met andere woorden, de beslissing van de huisarts om een patiënt al dan niet te verwijzen naar een specialist was niet afhankelijk van de resultaten van de MRI. Een mogelijke reden hiervoor kan zijn dat huisartsen de MRI in bepaalde gevallen niet louter hadden aangevraagd voor het ondersteunen van de beslissing om te verwijzen, maar bijvoorbeeld ter geruststelling van de patiënt en/of de huisarts zelf. Daarnaast zien we dat de voorspellende waarde van beide modellen niet groot was. Een mogelijke reden hiervoor is dat andere determinanten invloed hadden op de beslissing om te verwijzen, zoals het verzoek van de patiënt zelf.

Het uiteindelijke doel van een diagnostische test is om de klinische uitkomst van de patiënt te verbeteren. Momenteel staan goed uitgevoerde gerandomiseerde onderzoeken bovenaan in de onderzoekshierarchie. In de praktijk gaan de meeste onderzoeken naar de waarde van MRI-diagnostiek bij lage-rugklachten over de nauwkeurigheid van een diagnostische test om een aandoening aan te tonen of over de mate waarin de MRI prognostische informatie oplevert. Wij onderzochten de toegevoegde prognostische waarde van de MRI-bevindingen ten opzichte van bekende prognostische factoren voor herstel. Een lagere leeftijd, een betere kennis/opvatting over rugpijn, acute rugpijn, neurologische symptomen van het been en het ontbreken van aanhoudende klachten hingen significant samen met herstel. Toevoeging van de MRI-bevindingen leidde niet tot een betere voorspelling van herstel.

Vanuit klinisch perspectief roepen deze resultaten een aantal vragen op over het nut van de lumbale MRI in de huisartsenpraktijk bij patiënten met (a)specifieke lagerugklachten. Verdient de lumbale MRI nu wel of niet een plek binnen de eerste lijn?

RICHTLIJNEN

Internationale richtlijnen raden aan om diagnostische beeldvorming alleen te gebruiken bij het vermoeden van ernstige pathologie (fractuur, maligniteit of discitis) of bij patiënten met ernstige radiculair klachten voor wie een operatie wordt overwogen omdat ze gedurende ten minste zes tot acht weken niet hebben gereageerd op conservatieve zorg.^{11,12} Op dit moment bestaat er een brede consensus: er is geen indicatie voor diagnostische beeldvorming bij patiënten met aspecifieke lagerugpijn.

In een recente update van de NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom adviseert het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) huisartsen om geen geavanceerde beeldvorming bij patiënten met lagerugpijn te laten uitvoeren, maar om patiënten naar een specialist te verwijzen wan-

Abstract

De Schepper E. Usefulness of lumbar MRI in general practice. Huisarts Wet 2017;60(1):21-3. General practitioners (GPs) in the Netherlands can now refer patients for MRI of the lumbar spine, but as yet there are no data on its use. For this reason, this cohort study investigated the use of lumbar MRI by Dutch GPs. One of the most striking findings was that at the time of referral most patients had had lasting symptoms and complaints for a long time. Furthermore, the MRI reports indicated that there were a relatively high number of disc pathologies. The MRI findings did not influence the GP's decision to refer a patient to a specialist or the prognosis regarding recovery. From a clinical perspective, these results raise a number of questions about the usefulness of lumbar MRI in general practice. In order to establish whether MRI of the lumbar spine should be used as diagnostic instrument in primary care or restricted to secondary care, a well-designed randomized trial of diagnostic accuracy and cost-effectiveness is required. Until then, GPs are advised to follow the recommendations of the relevant Dutch College of General Practitioner's guideline, which advises against diagnostic imaging in primary care.



neer zij een verhoogde kans hebben op een specifieke oorzaak en wanneer er na zes tot acht weken nog geen sprake is van een voldoende afname van de radriculaire klachten.⁶ Hiermee distantieert het NHG zich van de beslissing van de Nederlandse Zorgautoriteit, die vindt dat MRI-onderzoek van de lumbale wervelkolom aangevraagd door de huisarts wel vergoed moet worden. Is dit een goede ontwikkeling of schieten we tekort als we de huisarts de mogelijkheid van een lumbale MRI onthouden?

De NHG-werkgroep geeft verschillende redenen voor de aanbeveling. Ten eerste verwacht de werkgroep dat het inzetten van MRI-diagnostiek door de huisarts niet zal leiden tot een afname van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn. De prevalentie van afwijkingen bij MRI-diagnostiek is aanzienlijk en deze hebben over het algemeen geen klinische consequenties. De ervaring leert dat een aanzienlijk deel van de huisartsen moeite heeft met het interpreteren van de gevonden MRI-bevindingen.

Ten tweede acht de werkgroep het voorstelbaar dat indien huisartsen binnen de eerste lijn laagdrempelig MRI-diagnostiek kunnen aanvragen, ze dit eerder in het beloop zullen aanvragen, al dan niet op verzoek van de patiënt. Onderzoek heeft nooit aangetoond dat vroege diagnostiek een gunstige invloed heeft op het beloop van de klachten, angstreductie of arbeidsverzuim.

We weten inderdaad van een aantal gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken dat onmiddellijke routinematige beeldvorming van de lumbale wervelkolom bij patiënten met lagerugpijn zonder alarmsymptomen, geen betere klinische resultaten geeft in vergelijking met de gebruikelijke klinische zorg zonder onmiddellijke beeldvorming.¹³ Het is hierbij wel belangrijk om te bedenken dat deze conclusies voornamelijk zijn gebaseerd op onderzoeken met patiënten met acute of subacute, aspecifieke lagerugpijn. In ons cohort hebben we vastgesteld dat huisartsen vooral patiënten verwijzen met langdurige rugklachten en/of ernstige radriculaire klachten. Tot op heden zijn er in deze specifieke groep patiënten geen gecontroleerde onderzoeken gedaan naar de kosteneffectiviteit van MRI.

Het gebruik van MRI door huisartsen voor diagnostisch onderzoek bij en de behandeling van patiënten met lagerugpijn zou inderdaad kunnen leiden tot meer fout-positieve resultaten en tot hogere medische kosten. Aan de andere kant is het ook mogelijk dat het kan bijdragen tot snellere diagnostiek en minder ongerustheid bij de patiënt, en dat het overbodige verwijzingen naar de tweede lijn kan voorkomen. In ons co-

hort zagen we dat 55% van de patiënten uiteindelijk na de MRI werd doorverwezen naar een specialist. Het is dus mogelijk dat het gebruik van MRI door de huisarts bij maximaal 45% van de patiënten heeft geresulteerd in minder verwijzingen naar het ziekenhuis.

CONCLUSIE

We kunnen concluderen dat we nog niet weten wat de echte kosteneffectiviteit van lumbale MRI in de eerste lijn is. Om te beoordelen of een MRI van de lumbale wervelkolom moet worden behouden in het diagnostisch traject van de eerste-lijnszorg of moet worden beperkt tot de tweede lijn, is een goed ontworpen gerandomiseerde trial naar de diagnostische nauwkeurigheid en kosteneffectiviteit ervan vereist. Tot die tijd luidt het advies om zo veel mogelijk de NHG-Standaard te volgen, die beeldvormende diagnostiek door de huisarts ontraadt. Bespreek met de patiënt de beperkte waarde van MRI bij de diagnostiek en maak duidelijk dat het verrichten van een MRI niet tot een sneller herstel leidt. Leg daarnaast ook uit dat het verrichten van een MRI geen consequenties heeft voor het beleid indien er geen vermoeden bestaat van een ernstige oorzaak voor de klachten. ■

LITERATUUR

- 1 Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Schersten B. Impact of chronic pain on health care seeking, self care, and medication. Results from a population-based Swedish study. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:503-9.
- 2 Molano SM, Burdorf A, Elders LA. Factors associated with medical care-seeking due to low-back pain in scaffolders. *Am J Ind Med* 2001;40:275-81.
- 3 Waxman R, Tennant A, Helliwell P. Community survey of factors associated with consultation for low back pain. *BMJ* 1998;317:1564-7.
- 4 Koes BW, Van Tulder MW. Evidence-based handelen bij lage rugpijn. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2013.
- 5 De Schepper EIT. Diagnostics in low back pain [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2016.
- 6 Schaafstra A, Spinnewijn W, Bons S, Borg M, Koes B, Ostelo R, et al. NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom (Tweede herziening). *Huisarts Wet* 2015;58:308-20.
- 7 Campbell P, Foster NE, Thomas E, Dunn KM. Prognostic indicators of low back pain in primary care: five-year prospective study. *J Pain* 2013;14:873-83.
- 8 Hill JC, Konstantinou K, Egbewale BE, Dunn KM, Lewis M, Van der Windt D. Clinical outcomes among low back pain consulters with referred leg pain in primary care. *Spine (Phila Pa 1976)* 2011;36:2168-75.
- 9 Jarvik JG, Hollingworth W, Martin B, Emerson SS, Gray DT, Overman S, et al. Rapid magnetic resonance imaging vs radiographs for patients with low back pain: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;289:2810-8.
- 10 Mehling WE, Gopisetty V, Bartmess E, Acree M, Pressman A, Goldberg H, et al. The prognosis of acute low back pain in primary care in the United States: a 2-year prospective cohort study. *Spine (Phila Pa 1976)* 2012;37:678-84.
- 11 Chou R, Deyo RA, Jarvik JG. Appropriate use of lumbar imaging for evaluation of low back pain. *Radiol Clin North Am* 2012;50:569-85.
- 12 Koes BW, Van Tulder MW, Peul WC. Diagnosis and treatment of sciatica. *BMJ* 2007;334:1313-7.
- 13 Chou R, Fu R, Carrino JA, Deyo RA. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2009;373:463-72.



Proactiever testen op hiv is nodig

Samenvatting

Joore IK, Op de Coul ELM, Bom BCJ, Van Sighem AI, Geerlings SE, Prins JM, Van Bergen JEAM. Proactiever testen op hiv is nodig. *Huisarts Wet* 2017;60(1):24-6.

Elk jaar worden in Nederland ongeveer 1000 nieuwe hiv-diagnoses gesteld. Bij een groot deel van deze patiënten (44%) gebeurt dat relatief laat in het ziektebeloop. Vroegtijdige behandeling van hiv na diagnose heeft grote voordelen, voor de patiënt én voor de volksgezondheid. Vroegtijdige opsporing is dus van groot belang. Vooralsnog heeft het testen van risicogroepen onvoldoende geleid tot kentering van de hiv-epidemie in Nederland. Twee nieuwe teststrategieën, naast het testen binnen risicogroepen, zijn het aanbieden van hiv-tests aan patiënten met hiv-gerelateerde aandoeningen ('hiv-indicatoraandoeningen') en het routinematig proactief aanbieden van hiv-tests in gebieden waar de hiv-prevalentie hoger is dan 2 per 1000 inwoners. Het voordeel is dat de hiv-test in deze nieuwe strategieën niet langer gekoppeld is aan seksueel risicogedrag of etniciteit, wat ertoe kan bijdragen dat hij genormaliseerd wordt.

HET EINDE VAN HIV EN AIDS

Het Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), waarin de Wereldgezondheidsorganisatie participeert, heeft zich in 2014 als doel gesteld dat vóór het jaar 2020 90% van de mensen met hiv hun hiv-status kent, 90% van de bekende hiv-positieve patiënten wordt behandeld en bij 90% van hen geen virus meer detecteerbaar is in het bloed.¹ Eind 2014 waren in Nederland 19.382 mensen met hiv gediagnosticeerd, naar schatting 88% van het totaal aantal personen met hiv in Nederland. Van hen waren er 16.821 (87%) gestart met therapie en bij 15.463 personen (92%) was het virus niet meer detecteerbaar.² Hoewel het aantal nieuwe hiv-diagnoses de laatste jaren een licht dalende trend laat zien, komt nog steeds een groot deel (44%) van de patiënten laat in zorg: als zij al aids hebben of wanneer het aantal CD4-positieve T-lymfocyten gedaald is tot < 350/mm³.² Het percentage is het hoogst bij vrouwen (53%) en heteroseksuele mannen (66%) uit gebieden waar hiv endemisch is. Bij mannen die seks hebben met mannen (MSM) is het minder hoog (36%) en daalt het, maar het terug-

dringen in andere groepen lukt niet goed.^{2,3} Dat het belangrijk is direct na de diagnose te starten met behandelen, ongeacht het aantal CD4+-T-cellen, is inmiddels aangetoond.^{4,5} Direct behandelen leidt tot een significant lager risico op ziekte en overlijden vergeleken met mensen die wachten met behandeling, maar verkleint ook de kans op transmissie. Mensen die niet op de hoogte zijn van hun hiv-infectie spelen een grote rol bij het in stand houden van de hiv-epidemie.^{6,7} Een succesvolle behandeling verlaagt het transmissierisico met 96%.⁸ Vroegtijdige opsporing en behandeling hebben dus niet alleen voordelen voor de patiënt, maar ook voor de publieke gezondheid.

TESTEN BIJ RISICOGROEPEN

In Nederland speelt de huisarts een grote rol in de opsporing van hiv: meer dan 30% van de mensen met hiv wordt door de huisarts gediagnosticeerd.² De NHG-Standaard adviseert laagdrempelig een hiv-test uit te voeren bij patiënten uit risicogroepen, zoals MSM en personen afkomstig uit een gebied waar hiv endemisch is.⁹ In de dagelijkse praktijk blijkt deze aanbeveling lastig uitvoerbaar: huisartsen vinden het soms moeilijk naar seksueel risicogedrag te vragen en ook bij patiënten bestaat daar weleens weerstand tegen.¹⁰⁻¹² In Nederlandse huisartsenpraktijken wordt informatie over de seksuele identiteit en etniciteit niet routinematig verzameld. Registratie van deze informatie ligt vaak gevoelig en het is niet altijd duidelijk hoe en waar je deze gegevens moet registreren in het elektronisch medisch dossier.^{10,11} Het is niet vanzelfsprekend dat huisartsen informatie over de seksuele identiteit van hun patiënten zouden moeten onthouden, maar correcte en goede registratie is een randvoorwaarde om zorg op maat te kunnen bieden. Vooralsnog heeft het testen van risicogroepen onvoldoende geleid tot terugdringing van de hiv-epidemie in Nederland. Daarom zijn nieuwe strategieën nodig om op hiv te testen.

TESTEN BIJ INDICATORAANDOENINGEN

In Europese richtlijnen is een nieuwe teststrategie vastgelegd die kort beschreven wordt in de NHG-Standaard Het soa-con-

Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 9, 1100 DE Amsterdam: I.K. Joore, MSc, arts-onderzoeker; prof dr. J.E.A.M. van Bergen, huisarts, tevens programmaleider Soa Aids Nederland, AMC/UvA, afdeling Inwendige Geneeskunde, Amsterdam; prof. dr. S.E. Geerlings, internist-infectioloog; prof. dr. J.M. Prins, internist-infectioloog, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Infectieziektebestrijding, Bilthoven; dr. ir. E.L.M. Op de Coul, epidemioloog, RIVM, afdeling Rekenen, Data en GIS De Bilt; B.C.J. Bom, GIS-specialist, Stichting HIV Monitoring (SHM), ATHENA national observational HIV cohort, Amsterdam; dr. A.I. van Sighem, onderzoeker • Correspondentie: i.k.joore@amc.uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het Aidsfonds Amsterdam verstrekte financiering voor het onderzoek (subsidienummer 2012074). J. van Bergen werkt in deeltijd bij Soa Aids Nederland, een niet-gouvernementele organisatie die fondsen ontvangt van private organisaties en farmaceutische bedrijven. Voor de gedragscode zie http://www.soaids.nl/sites/default/files/documenten/Corporate/partnership_guidelines.pdf. A. van Sighem ontving gedurende de looptijd van het onderzoek subsidies van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport en buiten het onderhavige onderzoek persoonlijke financiering van het European Centre for Disease Prevention and Control, Gilead Sciences, ViiV Healthcare, Bristol-Myers Squibb en Janssen-Cilag.

De kern

- Vroegtijdige opsporing en behandeling van hiv heeft grote voordelen voor de patiënt en voor de volksgezondheid.
- Vooralsnog heeft het aanbieden van hiv-tests aan patiënten uit risicogroepen onvoldoende geleid tot een kentering in de hiv-epidemie in Nederland. Andere teststrategieën zijn nodig.
- Twee veelbelovende teststrategieën zijn het aanbieden van hiv-tests aan patiënten met hiv-gerelateerde aandoeningen en een proactief beleid van routinematig testen in gebieden waar de hiv-prevalentie hoger is dan 2 per 1000 inwoners.

sult.⁹ Een hiv-test is in deze strategie geïndiceerd bij de diagnose 'hiv-indicatoraandoening'. Hiv-indicatoraandoeningen zijn aandoeningen die mogelijk aids als onderliggende oorzaak hebben en aandoeningen met een prevalentie > 0,1% van (niet-gediagnosticeerde) hiv-infecties; er is een lijst gepubliceerd (de [tabel] geeft een uittreksel) waarop elders in dit nummer uitgebreider wordt ingegaan.^{13,14} Het routinematig aanbieden van een hiv-test bij hiv-indicatoraandoeningen met een prevalentie > 0,1% is kosteneffectief.¹⁴ Uit eerder onderzoek in Amsterdam bleek dat van de patiënten met een hiv-diagnose 59% in de 5 jaar daaraan voorafgaand met een meer hiv-indicatoraandoeningen bij de huisarts was geweest, tegenover 7% in de controlegroep die geen hiv-infectie had.¹⁶ Bovendien liet een Spaans onderzoek zien dat bij de meeste in de huisartsenpraktijk gediagnosticeerde hiv-indicatoraandoeningen de prevalentie van hiv-infectie > 0,1% was. Uit het Spaanse onderzoek kwam ook naar voren dat de huisartsen slechts 19% van de patiënten met een hiv-indicatoraandoening routinematig een hiv-test hadden aangeboden.¹⁷

Een groot voordeel van een strategie die uitgaat van indicatoraandoeningen is dat de hiv-test niet gekoppeld is aan seksueel risicogedrag, seksuele oriëntatie of etniciteit, maar aan klinische verschijnselen. Dat kan het bespreekbaar maken van de hiv-test vergemakkelijken.

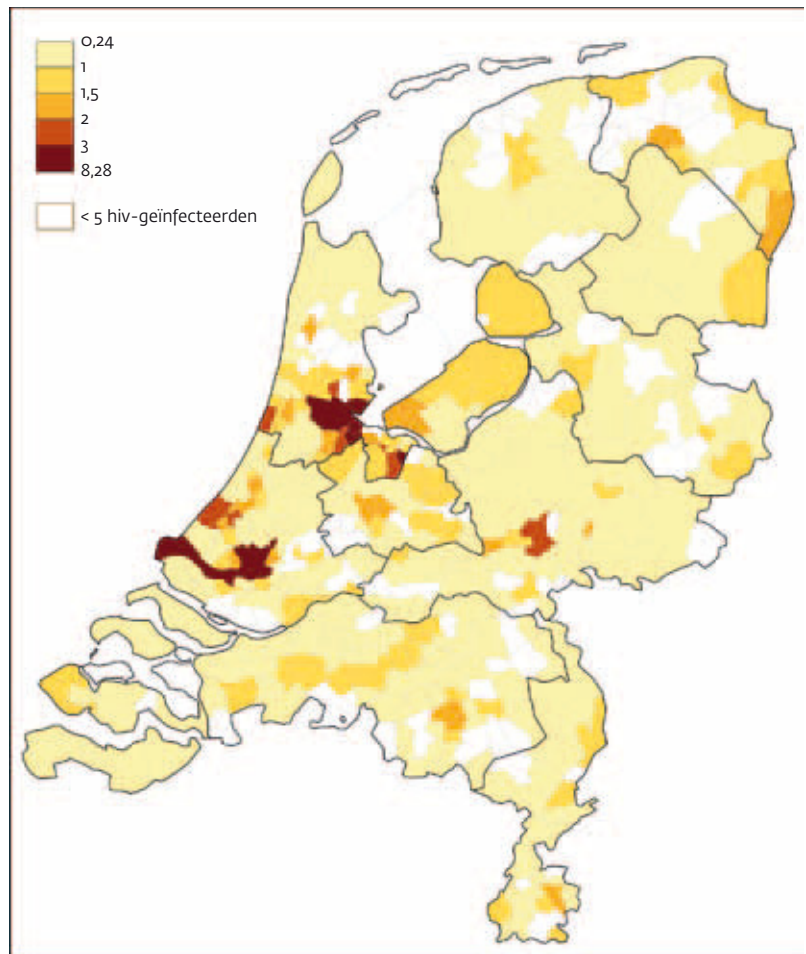
DE HIV-PREVALENTIE IN KAART GEBRACHT

Naast het aanbieden van testen bij risicogroepen kan steviger ingezet worden op nieuwe, kosteneffectieve interventies op locaties waar de hiv-epidemie zich concentreert. UNAIDS adviseert om wereldwijd de hotspots van de hiv-epidemie in kaart te brengen om interventies doelgerichter te kunnen inzetten.^{18,19}

Engelse richtlijnen adviseren huisartsen in gebieden met een hiv-prevalentie > 2 per 1000 inwoners van 15-59 jaar een routinematig hiv-testbeleid in te stellen.²⁰⁻²² Dit houdt in dat alle nieuw geregistreerde patiënten en patiënten bij wie een bloedafname wordt afgesproken standaard een hiv-test wordt aangeboden. Deze strategie is ook opgenomen in het verdiepingsdocument dat aan de NHG-Standaard Het soa-consult is toegevoegd.²³ Een hoge hiv-prevalentie in een gebied wordt als voorspeller gezien voor niet-gediagnosticeerde hiv-infecties.²²

In Nederland heeft Stichting HIV Monitoring in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu het aantal hiv-diagnoses per gemeente in kaart gebracht

Figuur 1 Prevalentie van hiv in Nederland, per gemeente: aantal hiv-patiënten in zorg per 1000 inwoners in de leeftijd 15-60 jaar



en gevisualiseerd. Gebieden met een hoge hiv-prevalentie zijn met name de drie grote steden Amsterdam, Rotterdam en Den Haag ([figuur 1]). Een soortgelijke visualisatie is gemaakt voor Amsterdam, in het kader van het onderzoeksproject Proac-

Abstract

Joore IK, Op de Coul ELM, Bom BCJ, van Sighem AI, Geerlings SE, Prins JM, van Bergen JEAM. Proactive HIV testing required. *Huisarts Wet* 2017;60(1):24-6.

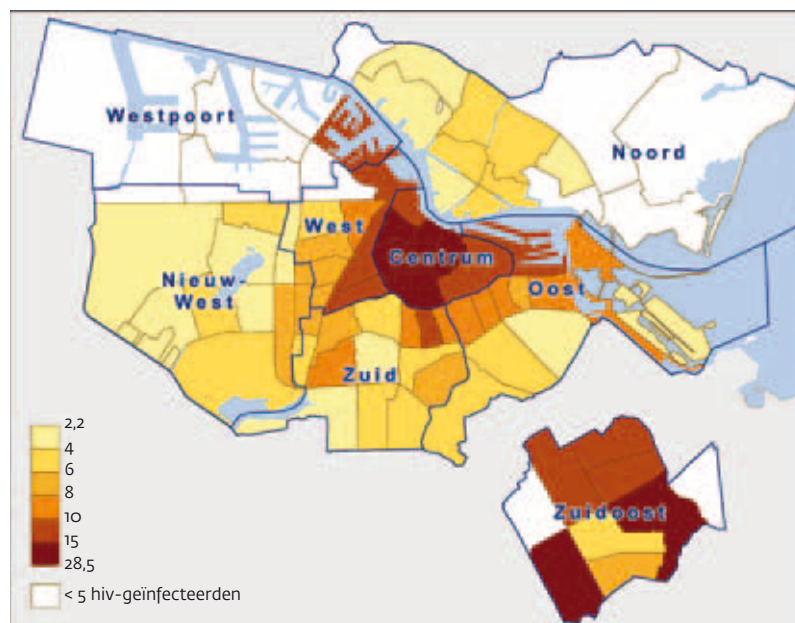
Approximately 1000 patients are diagnosed with HIV in the Netherlands annually. In 2014, 44% of newly diagnosed patients presented relatively late in the disease course. Early detection and treatment of HIV infection is beneficial not only for the individual but also for public health. Thus early detection is essential, but to date HIV testing of high-risk groups has not halted the progress of the epidemic in the Netherlands. Two new strategies have been proposed, besides the testing of risk groups: 1) offering HIV testing to all individuals with HIV indicator conditions, and 2) routinely offering HIV testing in primary care settings where the HIV prevalence exceeds 2/1000 residents between 15 and 59 years. The advantage of both strategies is that HIV testing is not associated with risky sexual behaviour or with ethnicity, which could contribute to testing acceptance.

Tabel Enkele belangrijke hiv-indicatoraandoeningen

■ Gonorrhoe, syfilis
■ Hepatitis B en C
■ Mononucleose (pfeifferachtig beeld dat kan wijzen op een acute hiv-infectie)
■ Herpes zoster
■ Recidiverende pneumonie
■ Onverklaarde klachten, zoals chronische diarree of gewichtsverlies

Bron: HIV indicator conditions.¹⁴

Figuur 2 Prevalentie van hiv in Amsterdam, per stadswijk: aantal hiv-patiënten in zorg per 1000 inwoners in de leeftijd 15-60 jaar



tiever opsporen van hiv ter preventie van late presentatie in hogere hiv-prevalentiegebieden (PRO-test). Nagenoeg de gehele stad voldoet aan de norm van 2 hiv-geïnfecteerden per 1000 inwoners van 15-60 jaar, maar de stadsdelen Centrum en Zuidoost springen eruit met prevalenties > 15 per 1000 [figuur 2]. Het in kaart brengen van gebieden met een hoge hiv-prevalentie kan helpen de wijkgerichte zorg te verbeteren.^{24,25} Huisartsen in wijken met een hoge prevalentie zouden bijvoorbeeld nascholing kunnen krijgen om bij risicogroepen laagdrempelig op hiv te testen.

Het operationaliseren van routinematige hiv-tests blijft een uitdaging, mede door knelpunten zoals angst van de huisarts om de relatie met de patiënt op het spel te zetten.^{26,27} Bemoedigend is dat in een Engels kwalitatief onderzoek bleek dat de bevolking het acceptabel vond routinematig een hiv-test aangeboden te krijgen als men zich registreerde bij een praktijk in een gebied met een hoge prevalentie van hiv.²⁸ Nederlandse huisartsen hebben geopperd de hiv-test routinematig te combineren met andere bloedtests.²⁶ Zowel de NHG-Standaard Het soa-consult als de onlangs verschenen NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen geeft huisartsen als kernboodschap de overweging mee om bij spreekuurbezoekers die tot een risicogroep behoren, ongeacht de reden van het consult, proactief het testen op hepatitis of hiv te bespreken.^{9,29} Momenteel wordt in Amsterdam het beleid om routinematig hiv-tests uit te voeren ingepast en onderzocht door H-TEAM, onder meer via een stedelijk diagnostisch toetsoverleg.³⁰

BEVORDERENDE EN BELEMMERENDE FACTOREN BIJ NIEUWE TESTSTRATEGIEËN

Een recent kwalitatief onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren die Nederlandse huisartsen ervaren bij het implementeren van nieuwe hiv-teststrategieën wees uit dat huisartsen de Europese lijst van hiv-indicatoraandoeningen te lang vinden en dat niet alle aandoeningen relevant zijn voor de huisartsenpraktijk.²⁶ Ons advies luidt dan ook de lijst beter uit te werken en relevante hiv-indicatoraandoeningen te integreren in de betreffende NHG-Standaarden, en bijvoorbeeld ook in scholingsprogramma's.

In het aangehaalde onderzoek noemden huisartsen tijdgebrek en de eigen financiële bijdrage van patiënten als barrières om de hiv-test daadwerkelijk uit te voeren. Het dilemma van wel of niet testen als gevolg van een kostenafweging door patiënten zal onder de aandacht moeten worden gebracht bij zorgverzekeraars en de overheid, gezien de mogelijke consequenties van het achterwege laten van een test – voor de patiënt zelf, maar ook voor de volksgezondheid. Dat het laten doen van een hiv-test niet gekoppeld is aan demografische of gedragskenmerken van de patiënt maar aan een indicatoraandoening, vergemakkelijkt het bespreekbaar maken van de test. De huisarts zou bijvoorbeeld kunnen zeggen: 'Bij deze klachten wordt standaard een hiv-test verricht', zoals dat ook al het geval is bij gonorroe of syfilis.

Een ander punt waarover bij de huisartsen onduidelijkheid bestond, was op welk moment de hiv-test herhaald zou moeten worden in de nieuwe teststrategie. In de eerstvolgende herziening van de NHG-Standaard Het soa-consult zal hiervoor meer aandacht moeten komen.

Het in kaart brengen van de hiv-prevalenties per gemeente of stadswijk kan een eerste stap zijn naar inzicht in de kenmerken van een gemeente of buurt die van invloed zijn op ziektepatronen. Dit kan dan onder de aandacht worden gebracht in scholingsprogramma's voor huisartsen.

CONCLUSIE

Huisartsen zijn essentiële spelers in het vroegtijdig opsporen van hiv-infecties. Om de hiv-epidemie in ons land een halt toe te roepen is meer aandacht nodig voor het testen van risicogroepen op basis van risicogedrag en voor nieuwe teststrategieën voor hiv. Van huisartsen wordt een meer proactieve aanpak verwacht.

DANKWOORD

De auteurs danken de hiv-behandelteams en alle medewerkers van de Stichting HIV Monitoring, in het bijzonder Mariska Hiltebregt, voor hun hulp bij de dataverzameling voor de kaarten. ■

LITERATUUR

De literatuurlijst kunt u vinden op www.henw.org/archief, rubriek Beschouwing.

Op pagina 42 in dit nummer leest u meer over hiv anno 2016.

ECG-casus: 'Twee dagen pijn op de borst'

Casus

Patiënt:

Man, 42 jaar.

Voorgeschiedenis:

Effectief behandeld in verband met alcoholverslaving.

Medicatie:

Geen.

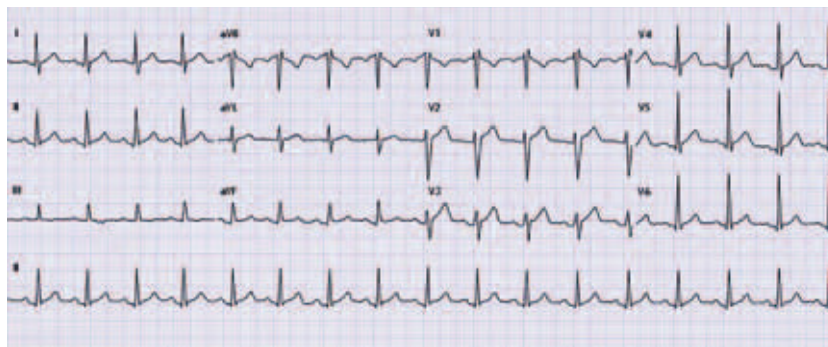
Anamnese:

Sinds twee dagen pijn op de borst. De hele dag door een drukkend gevoel. Voorover leunen leidt tot afname van de pijn. De hele week al een grieperig gevoel. Geen dyspneu, orthopnoe, collapsneiging of oedeem.

Lichamelijk onderzoek:

Temperatuur 37,9 °C, bloeddruk 138/78 mmHg, pols 80/min regulair. Auscultatie hart en longen: geen afwijkingen, geen pericardwrijven. Centraal veneuze druk niet verhoogd.

ECG



OPGAVE

De huisarts denkt aan een pericarditis in verband met de continue, houdingsafhankelijke pijn. Hij maakt een ECG.

1. Beschrijf het ECG systematisch volgens ECG-10⁺.¹
2. Wat is uw beleid?

Het juiste antwoord vindt u op www.henw.org/oplossingcasus. ■

1 Konings KTS, Willemsen RTA. ECG10+: systematisch ECG's beoordelen. Huisarts Wet 2016;59:166-70.

Nico van Duijn

Diagnose gemist, vijftig jaar lang

Man hypochondert zeven dagen per week van 10.00 tot 23.50 uur. Vele telefoontjes, allemaal spoed, vele huisbezoeken. Maar niet 's nachts, want

dokters moeten ook kunnen slapen vond deze vriendelijke man. Dan krijgt hij maagkanker. Dat hadden we eerst niet zo door, want die berichten over bloed spugen, klam zweet en bewusteloos neerstorten waren we van hem gewend. Toen de diagnose maagkanker eenmaal vastgesteld was, zei hij opgelucht: "Zie

je wel, al die dokters hebben vijftig jaar lang ongelijk gehad. Ik heb gewoon kanker." Hij stopte met dokters bellen en ging tevreden in zijn bed liggen. Weg was de ziekteangst. Hij is genoeglijk doodgegaan, een steun voor zijn droevige familie. ■

Mind the gap

Richtlijnen hebben hun intrede gedaan om het gat tussen wetenschap en praktijk te dichten. Bij de vertaling van richtlijnen naar de dagelijkse praktijk zijn er echter nogal eens implementatieproblemen. Het duurt even voordat de nieuwe werkwijze is ingeslepen. Tevens kunnen herzieningen, waarbij reeds ingeslepen werkwijzen opnieuw aangepast moeten worden, zorgen voor nieuwe problemen die tot nu toe niet goed in kaart zijn gebracht.

TERUGBLIK

Tien jaar geleden werd in Nederland de eerste gecombineerde preventieve risicotabel voor hart- en vaatziekten geïntroduceerd. Daarbij deed ook het denken in risicomanagement zijn intrede in het werkveld van de huisarts.¹ Dat ging niet zonder slag of stoot.

Binnen onze eigen praktijk merkten we dat het moeilijk was om over te stappen naar dit risicodenken. Herkent u de volgende afweging nog: hoe leg je de tabel goed uit aan de patiënt, die niet gewend is aan statistieken, maar dichotoom denkt?

Daarnaast waren er vragen over het gebruik van de tabel zelf, want wat doe je met een patiënt die net 57 jaar is en dus valt tussen de groep tot 55 en de groep boven de 60? Hoe rond je deze leeftijd af? Een andere ommezwaai in het denken was het gebruik van de cholesterolratio als risicofactor in de risicotabel en het gebruik van de LDL-cholesterolwaarde als streefwaarde voor het meten van het effect van je behandeling. Dat was niet alleen pittig voor de huisarts, maar zeker ook voor de praktijkondersteuners en doktersassistenten. De nieuwe aanpak vergde veel uitleg en herhaling.

Er waren echter gegronde redenen om dit risicodenken te implementeren. Bij onderzoek bleek dat ongeveer 40% van de patiënten die volgens de oude richtlijnen antihypertensiva of cholesterolremmers kregen volgens de nieuwe richtlijn van 2006 overbehandeld werd.²

ACTUALISERING

Dit risicomanagement is inmiddels ingeburgerd in de huisartsenpraktijk en bij patiënten. De afgelopen jaren zijn er wereldwijd updates geweest van cardiovasculaire risicomanagementrichtlijnen, die op verschillende manieren impact hadden op praktijkniveau. Recent verscheen de herziene Europese cardiovasculaire preventierichtlijn, hetgeen wellicht betekent dat de Nederlandse richtlijn op niet al te lange termijn ook wordt aangepast.

Enerzijds is het vanzelfsprekend dat richtlijnen geactualiseerd worden op basis van nieuwe kennis. Anderzijds is het de vraag of er voldoende rekening wordt gehouden met het

doorwerken van nieuw gedachtegoed binnen de dagelijkse praktijk. De afweging die gemaakt moet worden, is voor welke patiënten de nieuwe richtlijnen precies gelden en hoe je daarover correcte uitleg geeft aan de patiënt. In het commentaar 'Schuivende panelen' in het NTvG wordt hieraan ook al gerefereerd.³

RICHTLIJNWIJZIGING IN 2011

Het artikel 'Verandering cardiovasculair medicatieadvies door herziening richtlijn' elders in dit blad behandelt de impact van de richtlijnrevisie CVRM in 2011.⁴ Het percentage patiënten dat naar een andere risicocategorie verschoof op grond van deze nieuwe richtlijn was 20% (249 patiënten).

Bij bijna tweederde van deze groep (150 patiënten) veranderde ook de indicatie voor medicatie. Als je dit verder specificceert, had ongeveer de helft (126 patiënten) van de groep volgens de nieuwe richtlijn wel een indicatie voor medicatie, terwijl de eerdere richtlijn dit niet adviseerde. Andersom geldt dat er ook 24 patiënten (bijna 10%) geen medicatie meer nodig hadden, in tegenstelling tot het eerder gegeven advies. Opgeteld is dat een fors aantal patiënten die naast wijziging in het beleid ook uitleg behoeven over de achtergrond van deze wijziging. De vraag voor de individuele huisarts is: hoe pak je dit allemaal aan?

Daarnaast neemt, blijkens het artikel, ongeveer 60% van de patiënten preventieve medicatie, ondanks een laag risico. Dit suggereert een behoorlijke overbehandeling van deze groep patiënten, van wie de auteurs aangeven dat dit waarschijnlijk te maken heeft met de erfenis van het disease-management dat werd gevoerd voordat de CVRM-risicotabel werd geïmplementeerd. Deze groep behoort eigenlijk nagekeken te worden.

GEDRAGSVERANDERING

Binnen de dagelijkse praktijk is het wijzigen van een richtlijn geen sinecure. Juist als alle medewerkers gewend zijn geraakt aan een bepaalde werkwijze die hoort bij de richtlijn, vereist de herziening een aanpassing in denken en handelen. Om nog maar te zwijgen over de patiënten die, na jarenlange behandeling volgens een vast stramien, plotseling te horen krijgen dat het anders moet.

Uit enkele onderzoeken blijkt dat gedragsverandering bij hulpverleners moeilijk is en ook hoe gering de opbrengsten hiervan zijn. Zelfs met goede scholing van huisartsen en praktijkondersteuners, en hulp bij de implementatie van de nieuwe richtlijn, blijkt dat meer dan de helft van deze zorgverleners zich na een half jaar nog niet vertrouwd genoeg voelde met de nieuwe werkwijze.⁵

Daarnaast lijkt het effect van de implementatie van een nieuwe werkwijze in de loop van jaren uit te doven. Hierover is de evidence nog gering.⁶

Bovenstaande onderzoeken gaan bovendien alleen over de

Huisartsenpraktijk Evers-Roeten, Lindonk 153, 4761 NG Zevenbergen; B.M. Evers-Roeten, kaderhuisarts HVZ; Huisartsenpraktijken Lorentz, Den Helder; J. Levert, kaderhuisarts HVZ • Correspondentie: bm_roeten@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



moeilijkheden van een andere werkwijze en de tijdrovende klus van de implementatie van veranderende richtlijnen binnen de huisartsenpraktijk. Vooral het gedrag van de zorgverleners die de nieuwe richtlijn moeten uitvoeren en uitleggen aan de patiënt wordt besproken. Maar wat voor invloed heeft deze wijziging op de groep patiënten die reeds onder behandeling is? Een nieuw medicament starten zal wellicht nog gaan, maar hoe leg je je patiënt uit dat het middel dat hij al jaren slikt volgens de huidige inzichten overbodig is? En is het wel zo verstandig om goed ingestelde patiënten van reeds jaren gebruikte medicatie af te halen? Wat is daarvan het gezondheidseffect? De literatuur geeft geen richtlijnen over het beleid bij eerder geïncludeerde patiënten.

Wat de patiënten zelf betreft laat het effect op de therapietrouw, de ziektekennis en het vertrouwen in de medische aanbevelingen zich raden. Maar ook hierover zijn nog geen onderzoeken bekend.

MIND THE GAP

Er zit dus een gat tussen de wetenschap en de praktijk en het is belangrijk dat we ons dat realiseren.⁷ Dit gat wordt maar ten dele gedicht door richtlijnen. Aangezien een richtlijn uit een veel onderzocht vakgebied zijn waarde eigenlijk al na twee jaar verliest, betekent dit dat er regelmatig updates zullen komen.⁸ Dit heeft grote impact op de praktijk van alledag, want daar moet gekeken worden wat we wel en niet kunnen veranderen en op welke wijze dit dan moet gebeuren.

De arts zal zich bewust moeten zijn van de relativiteit van de huidige stand van kennis rondom de aandoening. Wat we tegenwoordig als beste behandeling zien, is ongetwijfeld over

tien jaar hopeloos achterhaald. We hebben nu eenmaal te maken met voortschrijdend inzicht. Tot die tijd moeten we het doen met 'de kennis van nu'. Een begrip dat ook aan de patiënt, en in het huidige klimaat zeker aan de zorgverzekeraar, uitgelegd moet worden.

Het belangrijkste dat wij ons als huisarts moeten realiseren is dat een richtlijn is bedoeld als een hulpmiddel en niet als wet. De huisarts neemt uiteindelijk zijn beslissing niet alleen op basis van de richtlijn, maar weegt alle factoren die horen bij de patiënt die voor hem zit. ■

LITERATUUR

- 1 Burgers JS, Simoons ML, Hoes AW, Stehouwer CD, Stalman WA. Richtlijn 'Cardiovasculair risicomanagement'. Ned Tijdschr Geneesk 2007; 151:1068-74.
- 2 Van Duijn HJ, Belo NJ, Blom JW, Velberg ID, Assendelft WJ. Revised guidelines for cardiovascular risk management - time to stop medication? A practice-based intervention study. Br J Gen Pract 2011;61:e347-52.
- 3 Opstelten W, Hendriks A. Schuivende panelen. Gevolgen van richtlijnaanpassing voor de individuele patiënt. Ned Tijdschr Geneesk 2015;159:A9676.
- 4 Luymes CH, De Ruijter W, Poortvliet RKE, Putter H, Van Duijn HJ, Numan ME, et al. Verandering cardiovasculair medicatieadvies door herziening richtlijn. Huisarts Wet 2017;60:6-8.
- 5 Harris MF, Parker SM, Litt J, Van Driel M, Russel G, et al. Implementing guidelines to routinely prevent chronic vascular disease in primary care: the Preventive Evidence into Practice cluster randomised controlled trial. BMJ Open 2015;5:e009397.
- 6 Ament SM, De Groot JJ, Maessen JM, Dirksen CD, Van der Weijden T, et al. Sustainability of professionals' adherence to clinical practice guideline in medical care: a systemic review. BMJ Open 2015;5:e008073.
- 7 Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Treweek S, et al. Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. Implement Sci 2016;11:40.
- 8 Martínez García L, Sanabria AJ, García Alvarez E, Trujillo-Martín MM, Extencia-Ikobaltzeta I, et al. The validity of recommendations from clinical guidelines: a survival analysis. CMAJ 2014;186:1211-9.

Belangrijkste wijzigingen

- Deze standaard besteedt meer aandacht aan de mogelijkheid van een extra-uteriene graviditeit (EUG) als oorzaak van vaginaal bloedverlies en/of buikpijn.
- Bij een zwangerschapsduur korter dan zes weken is echoscopie onvolledig betrouwbaar om een intacte zwangerschap aan te tonen en wordt bij een vermoeden van een miskraam geadviseerd het spontane beloop van vaginaal bloedverlies af te wachten tot de termijn van zes weken; bij een zwangerschapsduur vanaf zes weken wordt in overleg met de vrouw een transvaginale echoscopie verricht.
- Bij een niet-vitale zwangerschap is medicamenteuze behandeling mogelijk in de tweede lijn; deze behandeling kent op lange termijn minder bijwerkingen dan curettage.
- Bij vrouwen met herhaalde miskramen is chromosoomonderzoek in de eerste lijn niet meer geïndiceerd; dit onderzoek vindt alleen in de tweede lijn plaats op strikte indicatie.
- Deze standaard bevat afspraken over de samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen.

Kernboodschappen

- Bij bloedverlies in het eerste zwangerschapstrimester blijft bij ongeveer de helft van de vrouwen de zwangerschap intact.
- Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek gaat de huisarts bij vrouwen met vaginaal bloedverlies en/of buikpijn na of er een vermoeden is van een EUG.
- Bij een vermoeden van een EUG is verwijzing naar de gynaecoloog geïndiceerd en overlegt de huisarts over de mate van spoed.
- Als er echoscopisch sprake blijkt te zijn van een niet-vitale zwangerschap, maakt de huisarts met de patiënte de

keuze om het spontane beloop gedurende een tot twee weken af te wachten of voor behandeling te verwijzen naar de gynaecoloog.

- Toediening van antiresus(D)-immunoglobuline is geïndiceerd bij alle resus(D)-negatieve vrouwen die na een zwangerschapsduur vanaf tien weken een miskraam hebben doorgegaan. Dit is in principe de taak van de verloskundig hulpverlener. Indien een vrouw (nog) geen verloskundig hulpverlener heeft, is bepaling van de bloedgroep en toediening van antiresus(D)-immunoglobuline door de huisarts noodzakelijk.

INLEIDING

De NHG-Standaard Miskraam geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij zwangere vrouwen met vaginaal bloedverlies en/of buikpijn tot en met de eerste zestien weken van de zwangerschap. De focus in deze standaard ligt op de diagnostiek en het beleid bij een vroege miskraam. Daarnaast is er aandacht voor de tijdige herkenning van extra-uteriene graviditeit (EUG). Omdat een zwangere vrouw meestal al vóór een zwangerschapsduur van negen weken contact heeft met een verloskundige, verloskundig actieve huisarts of gynaecoloog (verloskundig hulpverleners), is deze zorg grotendeels buiten het domein van de niet-verloskundig actieve huisarts komen te liggen.

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd

(zie de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode). Toch zal een deel van de zwangere vrouwen bij bloedverlies en/of buikpijn eerst contact opnemen met de huisarts.

De standaard geeft ook aanbevelingen voor het beleid bij herhaalde miskramen in het eerste trimester.

Voor de diagnostiek en het beleid bij bloedverlies na de eerste zestien weken van de zwangerschap wordt verwezen naar de Verloskundige Indicatielijst (VIL; zie www.nhg.org/pcz).

Deze standaard is tot stand gekomen in samenwerking met de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

ACHTERGRONDEN**Begrippen**

Miskraam: uitdrijving van een niet-vitale zwangerschap bij een zwangerschapsduur tot twintig weken; meestal vindt uitdrijving plaats vóór een zwangerschapsduur van twaalf weken (vroege miskraam) en zelden na zestien weken.

Niet-vitale zwangerschap: afwezige hartactie bij een foetus met een kruinstuitlengte ≥ 7 mm of een lege vruchtzak zonder foetus en/of dooierzak bij een zwangerschapsduur vanaf zes weken (met bloedverlies of zonder bloedverlies).

Incomplete miskraam: resten zwangerschapswefsel in utero, zonder aanwezigheid van een foetus of intacte vruchtzak en/of dooierzak bij persis-

afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

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

NHG-werkgroep Standaard Miskraam. NHG-Standaard Miskraam (derde herziening). Huisarts Wet 2017;60(1):30-40. De werkgroep bestond uit (alfabetische volgorde): Van Asselt KM, Bruinsma ACA, Engelsman N, Hammers-Cupido RJ, Landskröner I, Opstelten W, De Vries CJH.

De NHG-Standaard Miskraam en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (NHG-Standaard Miskraam, Huisarts Wet 2004;47(3):147-55).

terend, intermitterend of weer toenemend vaginaal bloedverlies en/of aanhoudende buikpijn.

Complete miskraam: een leeg cavum uteri bij afwezigheid van klachten na een voorafgaande episode met vaginaal bloed- en weefselverlies met buikpijn.

Herhaalde miskramen: twee of meer geobjectiveerde (met minimaal een positieve zwangerschapstest) miskramen.¹

Epidemiologie

Vaginaal bloedverlies in het eerste zwangerschapstrimester komt bij ruim 20% van de zwangere vrouwen voor. Bij ongeveer de helft van de vrouwen duidt dit bloedverlies op een miskraam. Bij de overige vrouwen houdt het bloedverlies op en blijft de zwangerschap intact. Kortdurende spotting (een tot twee dagen) komt frequent voor en lijkt niet geassocieerd met een verhoogd risico op miskraam vergeleken met zwangerschappen zonder bloedverlies.² De in de huisartsenpraktijk geregistreerde incidentie van miskraam (ICPC-code W82) is 11,5 per 1000 vrouwen in de leeftijd van 25 tot 44 jaar per jaar.

De geregistreerde incidentie van EUG (ICPC-code W80) in de huisartsenpraktijk is in de leeftijd van 25 tot 44 jaar 0,9 per 1000 vrouwen per jaar. Er zijn geen incidentiecijfers van verloskundige praktijken bekend voor bloedverlies tijdens de zwangerschap, miskraam of EUG.³

Pathofysiologie en beloop

Miskraam

Bloedverlies in het eerste zwangerschapstrimester kan duiden op een miskraam. Met het begrip 'miskraam' wordt vaak zowel de echoscopische diagnose 'niet-vitale zwangerschap' als de uitdrijving daarvan bedoeld. Een miskraam komt frequent voor. Naar schatting vindt bij ongeveer 30% van de concepties kort na de innesteling geen verdere ontwikkeling plaats, wat zich manifesteert als een al dan niet verlate menstruatie. Circa 10 tot 15% van alle zwangerschappen eindigt in een herkenbare miskraam. Deze percentages zijn gebaseerd op ziekenhuisregistraties. Het merendeel van de miskramen

vindt plaats tijdens de eerste twaalf weken van de zwangerschap.^{3,4} Uit echoscopisch onderzoek blijkt dat de ontwikkeling van het embryo of de foetus meestal al geruime tijd gestopt is, voordat de uitdrijving van de vruchtzak op gang komt.

Chromosomale afwijkingen bij de foetus zijn de belangrijkste oorzaak van een miskraam. Deze ontstaan meestal in de eicel vlak voor de bevruchting en worden zelden veroorzaakt door chromosomale afwijkingen van de ouders. De belangrijkste risicofactor voor een miskraam is de leeftijd van de vrouw. Het risico op een miskraam ligt tussen de 10 en 15% voor vrouwen tussen 30 tot en met 34 jaar, en loopt op naar 18 tot 25% voor vrouwen van 35 tot en met 39 jaar.⁴

Ook overgewicht (BMI ≥ 25 kg/m²) en alcoholgebruik zijn risicofactoren voor een miskraam. Diverse geneesmiddelen kunnen een miskraam veroorzaken; voorbeelden zijn misoprostol, isotretinoïne en andere vitamine-A-zuurderivaten, methotrexaat en andere cytostatica en valproïnezuur (zie de NHG-Standaard Preconceptiezorg). Seks kan geen miskraam uitlokken.⁵

Het beloop van een miskraam kan heel wisselend zijn: de ene miskraam gaat met veel meer bloedverlies en pijn gepaard dan de andere en meerdere miskramen bij dezelfde vrouw kunnen heel verschillend verlopen. Toename van het bloedverlies is over het algemeen een teken dat een miskraam snel zal plaatsvinden. Het bloedverlies is de eerste dagen van een miskraam het hevigst. Het uitdrijven van het zwangerschapsweefsel gaat meestal gepaard met het verlies van wat stolsels, een matige hoeveelheid bloed en weeënachtige pijn. Soms zal de vrouw het verlies van het vruchtzakje bemerken. Pathologisch onderzoek van de foetus of het zwangerschapsweefsel heeft geen consequenties voor het beleid.

Indien een miskraam plaatsgevonden heeft, neemt het bloedverlies sterk af of stopt het. Ook de buikpijn verdwijnt. Spotting kan aanhouden tot een aantal weken na een miskraam. Soms blijkt er echoscopisch sprake geweest van een meerlingzwangerschap, waar-

bij een miskraam van een van de foetussen plaatvond en de andere intact bleef.⁶ Indien de miskraam nog incompleet is, zal het bloedverlies persisteren of weer toenemen en de buikpijn aanhouden. Echoscopisch worden dan resten zwangerschapsweefsel in utero gezien, zonder aanwezigheid van een foetus of intacte vruchtzak en/of dooierzak.

Ongeveer 1% van de vrouwen maakt drie miskramen door. Het is onduidelijk hoe vaak er sprake is van een of meerdere risicofactoren voor herhaalde miskramen, zoals een chromosomale afwijking bij een van de ouders en het antifosfolipidensyndroom (APS), erfelijke trombofiliefactoren en uterusanomalieën bij de vrouw.⁷ Aanvullende diagnostiek in de tweede lijn levert echter bij het merendeel van de paren geen oorzaak voor herhaalde miskramen. De kans op een voldragen zwangerschap is na onverklaarde herhaalde miskramen overigens groot; zo heeft een vrouw van 30 jaar na drie miskramen een kans van 80% op een voldragen zwangerschap; bij een vrouw van 35 jaar is deze kans ruim 70%.⁸

Extra-uteriene graviditeit (EUG)

Bloedverlies en/of buikpijn in het eerste zwangerschapstrimester kan duiden op een extra-uteriene graviditeit (EUG).⁹ Een EUG is meestal in de tuba gelokaliseerd. Een tubaire EUG wordt veroorzaakt door een vertraagde of belemmerde doorgang door de tuba, al dan niet door schade aan de tuba door een eerdere EUG, *pelvic inflammatory disease* (PID) of subfertiliteit, na tubachirurgie, bij een fertiliteitsbehandeling, actueel spiraalgebruik of na sterilisatie. Hoe groot het risico op een EUG is bij de genoemde risicofactoren, is niet precies bekend. Bij ongeveer 50% van de vrouwen met een EUG is geen risicofactor aanwijsbaar.

Klachten ten gevolge van een EUG treden in de regel op voor de achtste zwangerschapsweek. Buikpijn en/of vaginaal bloedverlies bij een al dan niet bekende zwangerschap zijn meestal de klachten waarmee een vrouw bij de huisarts komt. Een vrouw kan aangeven dat de laatste 'menstruatie' korter dan gewoonlijk was, terwijl het

in werkelijkheid gaat om abnormaal bloedverlies ten gevolge van innesteling van een EUG. De aard en lokalisa-tie van de buikpijn kunnen variëren. Naast buikpijn en vaginaal bloedverlies zijn andere, weinig specifieke klachten: subjectieve zwangerschapsverschijn-selen, mictieklachten en gastro-intesti-nale klachten (misselijkheid, braken en diarree).

De voorspellende waarde van vroege klachten bij vrouwen met een niet-ge-ruptureerde EUG is echter klein. Late klachten, die kunnen passen bij levens-bedreigend bloedverlies bij een tuba-ruptuur en bloedverlies in de buik, zijn: schouderpijn (*'referred pain'*), 'licht in het hoofd', neiging tot flauwvallen en loze aandrang.

Snelle diagnostiek van een EUG verhoogt de kans op een gunstig (tu-basparend) beloop. Met transvaginale echoscopie wordt de zwangerschap gelokaliseerd. Dit is ook mogelijk bij een zwangerschapsduur korter dan zes weken.¹⁰ Indien een kort bestaande zwangerschap niet of onvoldoende be-trouwbaar kan worden gelokaliseerd, worden in de tweede lijn aanvullend een of meerdere hCG-bepalingen in het bloed gedaan.¹¹ De behandeling van een EUG is, afhankelijk van het stadium, chirurgisch of tubasparend (medica-menteus of expectatief met *vervolgen* van het hCG).¹² Een mogelijke complicatie is, naast levensbedreigend bloedverlies, verminderde fertiliteit door schade aan of verlies van de tuba. Een heterotopie zwangerschap (gelijktijdige intra-ute-riene zwangerschap en extra-uteriene zwangerschap) komt heel zelden spon-taan voor; bij een fertiliteitsbehande-ling komt dit vaker voor.¹³

Andere oorzaken van vaginaal bloedverlies

Cervixaandoeningen: (pre-)maligne cervix-aandoeningen en cervixpoliepen kun-nen vaginaal bloedverlies veroorzaken; hoe vaak deze aandoeningen oorzaak zijn van bloedverlies tijdens de zwan-gerschap, is onbekend.¹⁴

Soa: een chlamydia-infectie kan va-ginaal bloedverlies veroorzaken; hoe vaak dit een oorzaak is voor bloedverlies in de zwangerschap, is onbekend.

Molazwangerschap: meestal wordt een molazwangerschap vroeg in de zwanger-schap echoscopisch aangetoond, voordat vaginaal bloedverlies optreedt. De inci-dentie van molazwangerschappen is 1 per 2000 zwangerschappen per jaar.¹⁵

Onbekende oorzaak vaginaal bloedverlies: bij vrouwen met een intacte zwanger-schap en vaginaal bloedverlies in het eerste zwangerschapstrimester blijft de oorzaak van het bloedverlies in de mees-te gevallen onbekend.

Andere oorzaken van buikpijn

Buikpijn kan vele, ook niet-gynaecolo-gische, oorzaken hebben. Bij zwangere vrouwen kan buikpijn een van de symp-tomen zijn bij bijvoorbeeld obstipatie of een urineweginfectie.

Beleving

Vaginaal bloedverlies tijdens de zwan-gerschap kan veel onzekerheid en on-gerustheid bij de vrouw en haar partner veroorzaken. Voor veel vrouwen en hun partners is een miskraam of een EUG een emotionele gebeurtenis en is er tijd nodig om dit – eventueel onder begelei-ding – te verwerken.¹⁶

Het belang van vruchtbaarheid en onbekendheid met de oorzaken van een miskraam kunnen invloed hebben op de beleving. Deze kunnen cultureel ge-kleurd zijn.¹⁷

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

De anamnese start meestal telefonisch en heeft mede tot doel om te beoordelen of en met welke mate van urgentie een vrouw met vaginaal bloedverlies en/of buikpijn gezien dient te worden.

Vraag naar:

- duizeligheid ('licht in het hoofd'), transpireren, gevoel van flauwvallen;
- laatste menstruatie (een voor de vrouw normale hoeveelheid bloedverlies, cy-clusduur);
- positieve zwangerschapstest (wan-neer bepaald?);
- mate en duur van het bloedverlies (meer en/of langduriger dan bij een voor de vrouw gebruikelijke menstrua-tie), verlies van stolsels en/of weefsel-resten (wanneer en hoeveel?);

Spoed

Beoordeling is er in eerste instantie op gericht de klinische stabiliteit van de vrouw vast te stellen volgens de ABCDE-systematiek. Afhankelijk van de klinische toestand van de vrouw, en daarmee de noodzaak snel te handelen, en de differen-tieeldiagnostische overwegingen zijn de verdere anamnese en lichamelijk onder-zoek meer of minder uitgebreid.

Wanneer er bij telefonisch contact aanwij-zingen zijn voor klinische instabiliteit van de vrouw, is een spoedbeoordeling aange-wezen. Dit is het geval bij een (mogelijk) zwangere vrouw met een of meer van de volgende klachten:

- aanwijzingen voor een bedreigde circula-tie (duizeligheid, transpireren, gevoel van flauwvallen);
- hevig (meer en/of langduriger dan bij een voor de vrouw gebruikelijke men-struatie) vaginaal bloedverlies;
- hevige buikpijn.

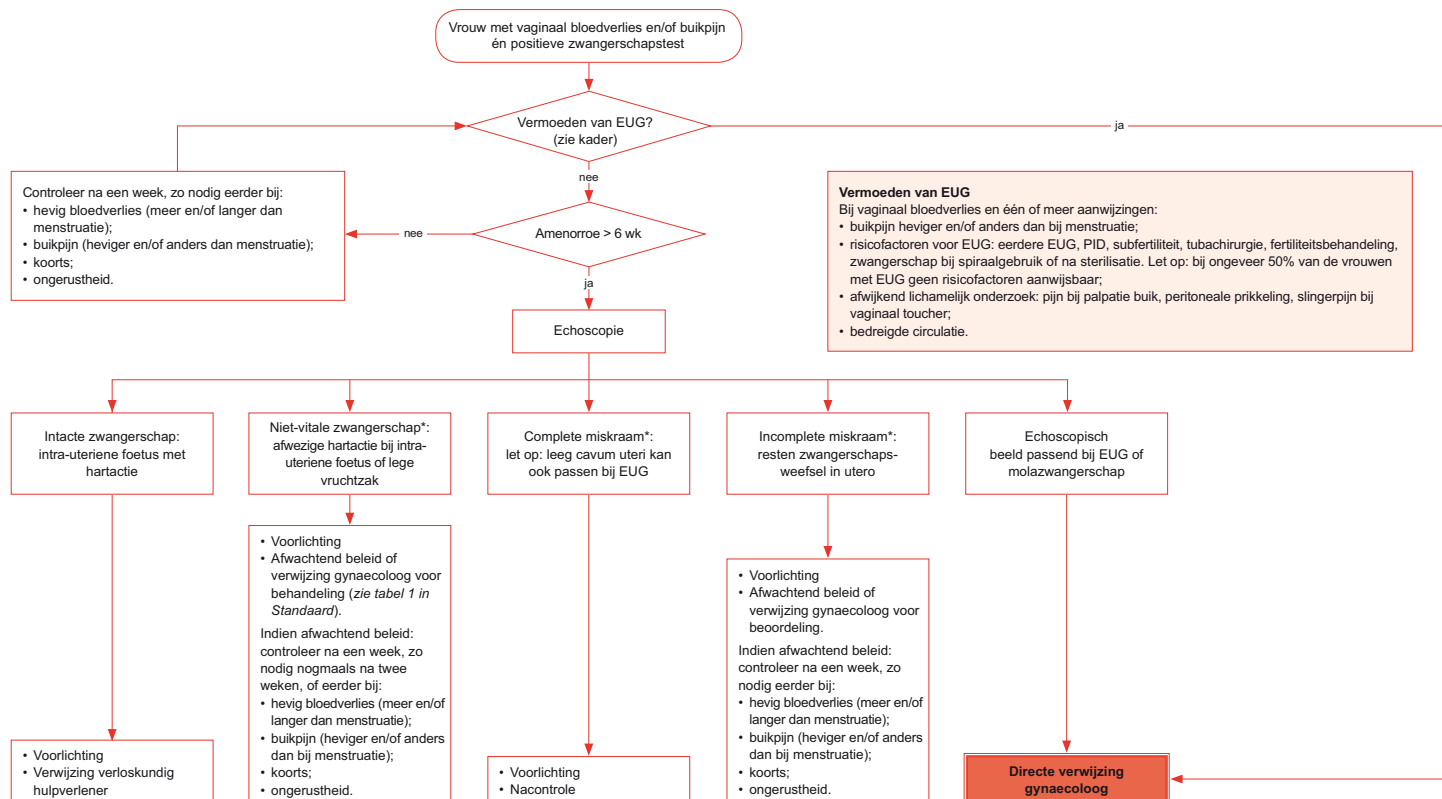
Urgente beoordeling bij vaginaal bloed-verlies is aangewezen indien een zwan-gerschap nog niet met echoscopie intra-uterien gelokaliseerd is (en een EUG dus niet is uitgesloten) bij:

- buikpijn en/of
- risicofactoren voor een EUG, zoals aan-wijzingen voor tubapathologie (eerdere EUG, PID, subfertiliteit), eerdere tuba-chirurgie, fertiliteitsbehandeling, zwan-gerschap bij spiraalgebruik of na sterili-satie.

- echoscopisch onderzoek tijdens deze zwangerschap (intra-uteriene zwan-gerschap vastgesteld?);
 - buikpijn (weeënachtig of continu, meer dan bij een voor de vrouw gebrui-kelijke menstruatie?);
 - aantal en beloop van eerdere zwanger-schappen en/of miskramen;
 - risicofactoren voor EUG:
 - aanwijzingen voor tubapathologie (eerdere EUG, PID, subfertiliteit);
 - eerdere tubachirurgie;
 - fertiliteitsbehandeling;
 - zwangerschap bij spiraalgebruik of na sterilisatie.
- Let op:* bij ongeveer 50% van de vrouwen met een EUG zijn geen risicofactoren aanwijsbaar.

Vraag aanvullend naar:

- ziek voelen, aanwezigheid van koorts;
- mictie- en defecatiepatroon (frequentie, pijn, loze aandrang);
- bepaling van resus-D-bloedgroep (ge-

Stroomschema Diagnostiek en beleid bij vaginaal bloedverlies en/of buikpijn in het eerste zwangerschapstrimester


* Toediening van antiresus(D)-immunoglobuline is geïndiceerd bij alle resus(D)-negatieve vrouwen die na een zwangerschapsduur van tien weken een miskraam hebben doorgemaakt. Het is in principe de taak van de verloskundig hulpverlener om dit bij voorkeur zo snel mogelijk te geven, in ieder geval binnen 72 uur na de miskraam (zie www.draaiboekpsie.nl). Alleen indien een vrouw (nog) geen verloskundig hulpverlener heeft, is toediening door de huisarts noodzakelijk.

beurt in principe door de verloskundig hulpverlener bij een zwangerschapsduur vanaf acht weken);

- gebruik van medicatie;
- contactbloedingen en risico op soa;
- ongerustheid en beleving.

Indien criteria voor spoedbeoordeling ontbreken, zijn de aard en ernst van de klachten en de ongerustheid van de vrouw bepalend voor de noodzaak en urgentie van een beoordeling. Bij eerdere echoscopische vaststelling van een intra-uterien gelokaliseerde zwangerschap, kan eventueel telefonische uitleg volstaan over het te verwachten beloop.

Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek omvat:

- meting van de polsfrequentie en op in-

dicatie de bloeddruk (bij aanwijzingen van bedreigde circulatie, hevig bloedverlies, buikpijn);

- palpatie van de buik (druk- of loslaatpijn of andere tekenen van peritoneale prikkeling);
- vaginaal toucher (grootte, consistentie en ligging van de uterus; slingerpijn, palpabele of pijnlijke adnexe(n), gevoelig cavum Douglasi).

De aanwezigheid van slingerpijn bij een vaginaal toucher maakt een EUG waarschijnlijker. Afwezigheid van slingerpijn sluit een EUG echter niet uit. Bij een sterk vermoeden van een EUG (buikpijn, aanwezigheid van risicofactoren of peritoneale prikkeling) heeft een vaginaal toucher geen toegevoegde waarde. Dit kan dan achterwege gelaten worden.

Speculumonderzoek heeft voor het stellen van de diagnose miskraam of EUG nauwelijks toegevoegde waarde indien een vaginaal toucher is verricht en kan daarom voor dat doel meestal achterwege gelaten worden.¹⁸ Verricht wel speculumonderzoek bij de toename van pijnklachten, die bij een miskraam soms worden veroorzaakt door een weefselprop die in de cervix zichtbaar is. Wanneer deze met een korentang wordt weggenomen, nemen de klachten binnen enkele uren af. Verricht ook speculumonderzoek bij contactbloedingen (zie de NHG-Standaarden Vaginaal bloedverlies en Het soa-consult).

Mogelijk heeft de vrouw het verloren materiaal meegebracht. Bekijk dit dan macroscopisch. De meerwaarde van de beoordeling is beperkt, omdat het zelden informatie oplevert over het al dan

niet compleet zijn van een miskraam. Actieve inzameling door de vrouw wordt niet aanbevolen.¹⁹

Vermoeden van een EUG

Indien bij vaginaal bloedverlies een zwangerschap nog niet met echoscopie intra-uterien is gelokaliseerd, is er een vermoeden van een EUG bij een of meer van de volgende aanwijzingen:

- buikpijn heviger en/of anders dan bij een voor de vrouw gebruikelijke menstruatie;
- risicofactoren voor het optreden van een EUG:
 - aanwijzingen voor tubapathologie (eerdere EUG, PID, subfertiliteit);
 - eerdere tubachirurgie;
 - fertiliteitsbehandeling;
 - zwangerschap bij spiraalgebruik of na sterilisatie.
- bij palpatie pijnlijke buik of tekenen van peritoneale prikkeling of slingerpijn bij vaginaal toucher;
- tekenen van bedreigde circulatie ('licht in het hoofd', collapsneiging, snelle pols, lage bloeddruk).⁹

Bij een vermoeden van een EUG is verwijzing naar de gynaecoloog geïndiceerd (zie *Verwijzing*). Overleg met de gynaecoloog aan de hand van het klinisch beeld over de mate van spoed.

Aanvullend onderzoek

Zwangerschapstest

Verricht een zwangerschapstest bij onzekerheid over het bestaan van een zwangerschap. Een negatieve zwangerschapstest (een drempelwaarde van 50 IU/l of lager) sluit een EUG uit bij een vrouw met vaginaal bloedverlies en/of buikpijn. Bij een zwangerschap in een heel vroeg stadium kan de zwangerschapstest (nog) negatief zijn; het is dan zeer onwaarschijnlijk dat vaginaal bloedverlies en/of buikpijn al door een EUG worden veroorzaakt. Een zwangerschapstest kan niet gebruikt worden om bij vaginaal bloedverlies een miskraam aan te tonen of uit te sluiten of te differentiëren tussen een EUG of intra-uterien gelokaliseerde zwangerschap.²⁰

Bepaling resus-D-bloedgroep

De verloskundig hulpverlener bepaalt bij iedere zwangere vrouw bij een zwangerschapsduur vanaf ongeveer acht weken de resus-D-bloedgroep, indien deze nog niet bekend is (zie NHG-Standaard

Zwangerschap en kraamperiode). Bij een miskraam na een zwangerschapsduur langer dan tien weken krijgen resus-D-negatieve vrouwen antiresus(D)-immunoglobuline toegediend. Dit gebeurt in principe door de verloskundig hulpverlener.²¹ Alleen indien een vrouw (nog) geen verloskundig hulpverlener heeft, is bepaling van de resus-D-factor en toediening van antiresus(D)-immunoglobuline door de huisarts noodzakelijk.

Echoscopie

Vanaf zes weken kan een transvaginale echo betrouwbaar een intacte zwangerschap aantonen als intra-uterien foetale hartactie wordt gezien.^{22,23}

Besprek daarom met de vrouw bij een zwangerschapsduur vanaf zes weken de mogelijkheid om een transvaginale echo te laten verrichten. De vrouw kan er ook voor kiezen om te wachten met echoscopie tot de termijneco (echoscopie tussen tien en twaalf weken) bij de verloskundig hulpverlener.

Transvaginale echoscopie heeft vanwege een grotere betrouwbaarheid de voorkeur boven abdominale echoscopie, die pas vanaf acht weken amenorroe een intacte zwangerschap kan aantonen. Daarnaast heeft transvaginale echoscopie als voordeel dat eventueel termijnbepaling kan plaatsvinden. Echoscopie kan worden verricht in een eerstelijns echoscopisch centrum, een verloskundige praktijk met echoscopische faciliteiten of een transmurale echoscopiefaciliteit. Indien een vrouw een indicatie heeft voor begeleiding van de zwangerschap in de tweede lijn, kan de huisarts er samen met de vrouw voor kiezen voor echoscopie te verwijzen naar de gynaecoloog.

De echoscopie wordt bij voorkeur op korte termijn (enkele werkdagen) verricht.²⁴ Het beloop van het bloedverlies of een miskraam wordt niet beïnvloed door echoscopie.

Besprek, afhankelijk van de uitslag van echoscopie (intacte zwangerschap of miskraam), het verdere beleid tijdens een vervolgsconsult (zie *Richtlijnen beleid*).

Bij een zwangerschapsduur korter dan zes weken is een transvaginale echo niet zinvol, omdat foetale hartactie bij

een intacte zwangerschap dan nog niet betrouwbaar vast te stellen is. Adviseer de vrouw het beloop af te wachten tot een geschatte termijn van zes weken (zie *Richtlijnen beleid*).

Doptone (facultatief)

Een doptone wordt door verloskundig hulpverleners gebruikt voor het aantonen van foetale hartactie bij een zwangerschapsduur vanaf twaalf weken. Bij deze zwangerschapsduur worden vrouwen meestal al verloskundig begeleid. Aangenomen kan worden dat de aanwezigheid van hartactie bij doptone een vergelijkbaar gunstige prognose heeft als hartactie bij echoscopie. Indien er geen foetale hartactie wordt gehoord met een doptone, is er indicatie voor een echoscopie.²⁵

Evaluatie

Op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel aanvullend onderzoek stelt de huisarts een van de volgende (symptoom)diagnoses.

Indien nog geen echoscopisch onderzoek heeft plaatsgevonden:

- vermoeden van een EUG op basis van bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek (zie *kader Vermoeden van een EUG*);
- vaginaal bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap; er kan niet met zekerheid vastgesteld worden of de zwangerschap intact is.

Indien echoscopisch onderzoek heeft plaatsgevonden en een diagnose is gesteld:

- intacte zwangerschap;
- niet-vitale zwangerschap;
- complete miskraam;
- incomplete miskraam;
- EUG of molazwangerschap.

Daarnaast overweegt de huisarts andere mogelijke oorzaken van vaginaal bloedverlies, al dan niet met contactbloeding, zoals cervixaandoeningen of soa.

Andere mogelijke oorzaken voor buikpijn zijn bijvoorbeeld obstipatie; urineweginfectie. Het beleid bij deze aandoeningen valt buiten het domein van deze standaard.

RICHTLIJNEN BELEID

Bij een vermoeden van een EUG op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek wordt direct verwezen naar de gynaecoloog (zie *kader Vermoeden van een EUG*). Bij het beleid wordt vervolgens onderscheid gemaakt tussen vrouwen bij wie (nog) geen echoscopie is verricht of na echoscopie een diagnose is gesteld.

Voor specifieke oorzaken van vaginaal bloedverlies (zoals een chlamydia-infectie en cervixpathologie) en buikpijn (zoals obstipatie en urineweginfecties) wordt verwezen naar de betreffende NHG-Standaarden.

Antiresus(D)-immunoglobuline

Toediening van antiresus(D)-immunoglobuline is geïndiceerd bij alle resus(D)-negatieve vrouwen die na een zwangerschapsduur van tien weken een miskraam hebben doorgemaakt. Het is in principe de taak van de verloskundig hulpverlener om dit bij voorkeur zo snel mogelijk te geven, in ieder geval binnen 72 uur na de miskraam (zie www.draaiboekpsie.nl).²¹ Alleen indien een vrouw (nog) geen verloskundig hulpverlener heeft, is toediening door de huisarts noodzakelijk.

1 Beleid zonder echoscopische diagnose

Vaginaal bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap

Voorlichting

Bespreek de volgende punten met bijbehorende adviezen:

Kans op miskraam: het al dan niet intact zijn van de zwangerschap kan met zekerheid worden vastgesteld met transvaginale echografie vanaf een zwangerschapsduur van zes weken. Bij vrouwen met vaginaal bloedverlies bij wie nog geen echoscopie heeft plaatsgevonden, blijft bij ongeveer de helft de zwangerschap intact en krijgt de andere helft een miskraam. Kortdurend spotting komt frequent voor en lijkt niet geassocieerd met een verhoogd risico op miskraam. Zelden is er sprake van een EUG.

Beloop bloedverlies: het bloedverlies zal in een groot deel van de gevallen binnen een week stoppen, omdat de zwangerschap intact is of een miskraam in deze week plaatsgevonden heeft. Bij toene-

mend bloedverlies wordt een miskraam waarschijnlijker en het is over het algemeen een teken dat een miskraam snel zal plaatsvinden. Het beloop van een miskraam kan heel wisselend zijn: de ene miskraam gaat met veel meer bloedverlies en buikpijn gepaard dan de andere en meerdere miskramen bij dezelfde vrouw kunnen heel verschillend verlopen. Het uitdrijven van het zwangerschapsweefsel gaat in de regel gepaard met het verlies van wat stolsels, een matige hoeveelheid bloed en weeenachtige pijn. Soms zal de vrouw het verlies van het vruchtzakje bemerken. Omdat er soms onverwacht hevig bloedverlies kan optreden, is het wenselijk dat de vrouw geregeld heeft dat ze hulp kan inroepen.

Indien een miskraam plaatsgevonden heeft, neemt het bloedverlies sterk af of stopt het. De buikpijn verdwijnt dan ook. Spotting kan aanhouden tot een aantal weken na een miskraam.

Oorzaak miskraam: een miskraam komt frequent voor en kan gezien worden als een natuurlijke reactie op een afwijkende aanleg van de foetus. Deze is bijna altijd vlak voor de bevruchting ontstaan en wordt zelden veroorzaakt door afwijkende chromosomen bij de ouders.

Pijnstilling: bij pijnklachten kan een pijnstiller gebruikt worden: paracetamol, bij onvoldoende effect eventueel gecombineerd met een NSAID (zie NHG-Standaard Pijn).

Controle: bespreek met de vrouw wanneer ze contact moet opnemen voor een controle (zie *Controles*).

Werk: bespreek dat een vrouw (zo nodig) contact kan opnemen met de bedrijfsarts, bijvoorbeeld over het informeren van de werkgever.²⁶

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de vrouw verwijzen naar de informatie over vaginaal bloedverlies in het eerste zwangerschapstrimester op de publiekswaarsite Thuisarts.nl. Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard Miskraam.

Controles

Voer een controle uit na een week, maar

geef aan dat een tussentijdse controle nodig is bij:

- hevig bloedverlies (bloedverlies dat heviger is in duur en/of hoeveelheid bij een voor de vrouw gebruikelijke menstruatie);²⁷
- buikpijn (heviger en/of anders dan bij een voor de vrouw gebruikelijke menstruatie);
- koorts;
- ongerustheid.

Herhaal dan het lichamelijk onderzoek (zie *Lichamelijk onderzoek*). Heroverweeg of er sprake kan zijn van een EUG. Beoordeel verder of voorzetting van het afwachende beleid verantwoord is of dat echoscopie of verwijzing voor nader onderzoek of behandeling geïndiceerd is.

Controle na een week

Vraag naar:

- aanwezigheid, duur en hoeveelheid van het bloedverlies;
- buikpijn;
- koorts;
- de beleving;
- de hinder bij dagelijkse bezigheden.

Overweeg afhankelijk van de bevindingen bij de anamnese (buikpijn, hoeveelheid bloedverlies) herhaling van het onderzoek van de buik en vaginaal onderzoek (zie *Lichamelijk onderzoek*).

Heroverweeg of er sprake kan zijn van een EUG, indien er nog klachten zijn.

Op grond van de bevindingen bij deze controle kan sprake zijn van:

• Vermoeden van een complete miskraam

Indien er in de voorafgaande week veel bloed met weefsel(delen) verloren is, het bloedverlies is gestopt en buikpijn of koorts ontbreken, is er vermoedelijk sprake van een complete miskraam.

Bespreek de bevindingen met de vrouw en besteed in het gesprek aandacht aan de beleving en vragen die bij de vrouw leven.

Bespreek dat niet met volledige zekerheid te zeggen is dat de miskraam compleet is. Omdat echoscopie geen verdere consequenties heeft als het bloedverlies gestopt is en er geen andere

klachten zijn, kan worden afgewacht tot de menstruatie na vier tot zes weken weer op gang komt.

Bespreek dat een zwangerschapstest enkele weken positief kan blijven, omdat het hCG geleidelijk daalt. Zie voor preconceptionele adviezen bij een actuele kinderwens de NHG-Standaard Preconceptiezorg. Er zijn geen medische bezwaren tegen een nieuwe zwangerschap. Afwachten van een menstruatie vanwege termijnbepaling is niet noodzakelijk.²⁸

Bied de vrouw en haar partner een nacontrole aan na vier tot zes weken (zie *Nacontrole*). Bij vrouwen met een eerdere depressie of angststoornis is mogelijk aanvullende begeleiding nodig.¹⁶

Beoordeel of toediening van antiresus(D)-immunoglobuline is geïndiceerd (zie **[kader]**).

- *Vermoeden van een miskraam die nog niet heeft plaatsgevonden of incompleet is, of een intacte zwangerschap*

Indien er in de voorafgaande week niet veel bloed is verloren, het bloedverlies intermitterend is of is gestopt, kan dat duiden op een miskraam die nog niet heeft plaatsgevonden, een incomplete miskraam of op een intacte zwangerschap.

Bespreek, als de geschatte zwangerschapsduur inmiddels zes weken bedraagt, om transvaginale echoscopie te laten verrichten. De uitslag van de echoscopie bepaalt het verdere beleid (zie *Beleid na echoscopisch onderzoek*).

Voer opnieuw een controle uit na een week, als de zwangerschapsduur nog geen zes weken bedraagt (zie *Controle na een week*).

Nacontrole

Indien een complete miskraam heeft plaatsgevonden, biedt de huisarts een nacontrole aan. Vier tot zes weken na de miskraam kan de vrouw of het paar in dit consult eventuele vragen voorleggen en kan worden teruggekomen op de verwerking. Bij vrouwen met een eerdere depressie of angststoornis is mogelijk aanvullende begeleiding nodig.¹⁶ Tevens kan worden nagegaan of er nog afscheiding is en of er inmiddels

een menstruatie heeft plaatsgevonden. Verricht een zwangerschapstest na minimaal vier tot zes weken bij het wegblijven van de menstruatie. Verricht bij een positieve zwangerschapstest transvaginale echoscopie. Geef bij een actuele zwangerschapswens preconceptionele adviezen (zie NHG-Standaard Preconceptiezorg).

Verwijzing

Verwijs naar de gynaecoloog bij:

- vermoeden van een EUG;
- hevig bloedverlies (bloedverlies dat aanzienlijk heviger is in duur en hoeveelheid bij een voor de vrouw gebruikelijke menstruatie);
- toenemende pijnklachten;
- koorts.

Een verwijzing naar de gynaecoloog kan verder worden overwogen indien:

- een echoscopisch onderzoek in de eerste lijn niet kan worden uitgevoerd;
- de vrouw een medische indicatie heeft voor begeleiding van de zwangerschap.

2 Beleid na echoscopische diagnose

Intacte zwangerschap

Voorlichting

Bespreek de volgende punten:

Belooft bloedverlies: het bloedverlies zal meestal binnen een week stoppen. Persisteren of toename van het bloedverlies is reden om contact op te nemen met de verloskundig hulpverlener.

Verdere begeleiding: begeleiding vindt plaats door de verloskundig hulpverlener (zie de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode). Soms is er sprake geweest van een meerlingzwangerschap met een miskraam van een van de foetussen. Dit heeft geen consequenties voor het beleid.²⁹

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de vrouw verwijzen naar de informatie over zwangerschap op de publiekswaarsite Thuisarts.nl. Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode.

Niet-vitale zwangerschap

Voorlichting

Bespreek de volgende punten met bijbehorende adviezen:

Belooft: toenemend bloedverlies is over het algemeen een teken dat een miskraam snel zal plaatsvinden. Het belooft van een miskraam kan heel wisselend zijn: de ene miskraam gaat met veel meer bloedverlies en buikpijn gepaard dan de andere en meerdere miskramen bij dezelfde vrouw kunnen heel verschillend verlopen. Het uitdrijven van het zwangerschapswefsel gaat in de regel gepaard met het verlies van wat stolsels, een matige hoeveelheid bloed en weenachtige pijn. Soms zal de vrouw het verlies van het vruchtzakje bemerken. Omdat er soms onverwacht hevig bloedverlies kan optreden, is het wenselijk dat de vrouw geregeld heeft dat ze hulp kan inroepen. Indien een miskraam plaatsgevonden heeft, neemt het bloedverlies sterk af of stopt. De buikpijn verdwijnt dan ook. Spotting kan aanhouden tot enkele weken na een miskraam.

Afweging behandelmogelijkheden: in ongeveer 60% tot 70% van de gevallen zal zonder behandeling binnen twee weken een complete miskraam plaatsvinden. In het ziekenhuis kan behandeling plaatsvinden om het belooft van de miskraam te bespoedigen (**[tabel 1]**)³⁰⁻³²

Oorzaak miskraam: een miskraam komt frequent voor en kan gezien worden als een natuurlijke reactie op een afwijkende aanleg van de foetus. Deze is bijna altijd net voor de bevruchting ontstaan en wordt zelden veroorzaakt door afwijkende chromosomen bij de ouders.

Pijnstilling: bij pijnklachten kan een pijnstiller gebruikt worden: paracetamol, bij onvoldoende effect eventueel gecombineerd met een NSAID (zie NHG-Standaard Pijn).

Controle: bespreek met de vrouw wanneer ze contact moet opnemen voor een controle (zie *Controles bij afwachtend beleid*).

Werk: bespreek dat een vrouw (zo nodig) contact kan opnemen met de bedrijfsarts, bijvoorbeeld over het informeren van de werkgever.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de vrouw verwijzen naar de informatie

over miskraam op de publiekswaarsite Thuisarts.nl. Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard Miskraam.

Afweging van afwachtend beleid of behandeling in de tweede lijn

Bespreek op basis van de informatie in [tabel 1] met de vrouw de behandel mogelijkheden: afwachtend beleid of behandeling in de tweede lijn.³⁰⁻³²

Het beloop van een miskraam is bij afwachtend beleid minder goed in te schatten dan bij behandeling. Het risico op hevig bloedverlies lijkt iets hoger dan bij behandeling. Er is weinig bekend over verschillen tussen de behandelopties wat betreft duur van het bloedverlies, pijn, beleving en tijd tot hervatting van de dagelijkse bezigheden.

Bespreek dat bij curettage een weliswaar klein, maar hoger risico op complicaties op kortere en langere termijn bestaat, vergeleken met afwachtend beleid of medicamenteuze behandeling.

Bespreek met de vrouw dat de behandeling door de gynaecoloog afhankelijk is van lokale protocollen en licht toe dat de gynaecoloog de mogelijkheden voor medicamenteuze behandeling of curettage bespreekt.

Informeer naar de overwegingen van de vrouw en besteed aandacht aan eventuele angsten en onzekerheden,

bijvoorbeeld hoe de uitdrijving van het zwangerschapsweefsel verloopt.

Adviseer indien de vrouw geen duidelijke voorkeur heeft een afwachtend beleid gedurende een tot twee weken. Geef de vrouw tijd om de behandel mogelijkheden af te wegen en spreek op korte termijn een vervolgsconsult af. Besluit, afhankelijk van de voorkeur van de vrouw, tot afwachtend beleid of verwijzing voor behandeling in de tweede lijn.

Controles bij afwachtend beleid

Bij de keuze voor een afwachtend beleid vinden controles plaats na een week en, zo nodig, nogmaals na twee weken. Een tussentijdse controle vindt plaats, als er sprake is van:

- hevig bloedverlies (bloedverlies dat heviger is in duur en/of hoeveelheid dan bij een voor de vrouw gebruikelijke menstruatie);
- buikpijn heviger en/of anders dan bij een voor de vrouw gebruikelijke menstruatie;
- koorts;
- ongerustheid.

Herhaal dan het lichamenlijk onderzoek (zie *Lichamenlijk onderzoek*) en beoordeel of voorzetting van het afwachtende beleid verantwoord is of dat verwijzing voor nader onderzoek of behandeling geïndiceerd is.

Controle na een week en, zo nodig, nogmaals na twee weken

Vraag naar:

- de aanwezigheid, duur en hoeveelheid van het bloedverlies;
- buikpijn;
- koorts;
- de beleving;
- de hinder bij dagelijkse bezigheden.

Overweeg, afhankelijk van de bevindingen bij de anamnese (buikpijn, hoeveelheid bloedverlies), herhaling van het onderzoek van de buik en vaginaal onderzoek (zie *Lichamenlijk onderzoek*).

Op basis van de bevindingen bij anamnese en lichamenlijk onderzoek kan gedifferentieerd worden tussen een vermoedelijk complete miskraam of een die nog niet heeft plaatsgevonden of incompleet is.

Vermoeden van complete miskraam

Indien er in de voorafgaande week veel bloed met weefsel (delen) verloren is, het bloedverlies is gestopt en buikpijn of koorts ontbreken, is er vermoedelijk sprake van een complete miskraam.

Bespreek de bevindingen met de vrouw en besteed in het gesprek aandacht aan de beleving en vragen die bij de vrouw leven. Geef aan dat niet met volledige zekerheid te zeggen is dat de miskraam compleet is. Omdat echosco-

Tabel 1 Afwegingen bij de keuze voor afwachtend beleid of verwijzing*

	Afwachtend beleid	Behandeling in de tweede lijn	
		Medicamenteuze behandeling	Curettage
<i>Interventie</i>	Geen interventie Controle bij huisarts na één en twee weken	Poliklinische toediening van misoprostol (meestal vaginaal), beloop afwachten in eigen omgeving	Curettage onder lokale of algehele anesthesie, poliklinisch of dagopname
<i>Beloop</i>			
Noodzaak voor aanvullende behandeling in ziekenhuis na twee weken	Aanvullende behandeling (medicamenteus of curettage) noodzakelijk bij ongeveer 30% tot 40% van de vrouwen	Aanvullende behandeling (curettage) noodzakelijk bij ongeveer 20% van de vrouwen	Aanvullende behandeling (herhaalde curettage) noodzakelijk bij ongeveer 5% van de vrouwen
<i>Complicaties</i>	Hevig vaginaal bloedverlies komt iets vaker voor dan bij medicatie of curettage	Hevig vaginaal bloedverlies komt zelden voor	Hevig vaginaal bloedverlies komt zelden voor Er is een klein risico (incidentie < 5%) op uterusperforatie, cervixlaesie, infectie en anesthesiologische complicaties
<i>Risico's op lange termijn</i>	Geen risico's op lange termijn bij ongecompliceerd beloop	Geen risico's op lange termijn bij ongecompliceerd beloop	Risico's op lange termijn zijn weinig voorkomend (vroeggeboorte bij volgende zwangerschap), maar vaker dan bij afwachtend beleid of medicamenteuze behandeling, met name bij herhaalde curettage Risico op ontstaan van verklevingen in de uterus met name bij herhaalde curettage

* Het gangbare beleid wat betreft medicamenteuze behandeling of curettage in de tweede lijn kan lokaal en regionaal verschillen.

pie geen verdere consequenties heeft als het bloedverlies gestopt is en er geen andere klachten zijn, kan worden afgewacht tot de menstruatie na vier tot zes weken weer op gang komt. Een zwangerschapstest kan enkele weken positief blijven, omdat het hCG geleidelijk daalt.

Zie voor preconceptionele adviezen bij een actuele kinderwens de NHG-Standaard Preconceptiezorg. Er zijn geen medische bezwaren tegen een nieuwe zwangerschap. Afwachten van een menstruatie vanwege termijnbepaling is niet noodzakelijk.²⁸

Bied de vrouw en haar partner een nacontrole aan na vier tot zes weken (zie *Nacontrole*). Bij vrouwen met een eerdere depressie of angststoornis is mogelijk aanvullende begeleiding nodig.¹⁶ Beoordeel of toediening van antiresus(D)-immunoglobuline is geïndiceerd [**kader**].

- *Miskraam heeft nog niet heeft plaatsgevonden of vermoeden dat miskraam incompleet is* Indien er in de voorafgaande week niet veel bloed is verloren en het bloedverlies intermitterend of gestopt is, duidt het erop dat de miskraam nog niet heeft plaatsgevonden. Overleg met de vrouw of zij nog een week wil afwachten. Als besloten wordt af te wachten, spreek dan opnieuw een controle af na een week.

Verwijs, indien de miskraam na twee weken nog niet heeft plaatsgevonden, in overleg met de vrouw voor behandeling naar de gynaecoloog (zie *Verwijzing*). Als een vrouw het spontane beloop langer dan twee weken wil afwachten, is daar geen bezwaar tegen.³¹ Spreek, als besloten wordt af te wachten, opnieuw een controle af na een week en evalueer opnieuw of de miskraam compleet is.

Indien er een vermoeden bestaat dat de miskraam incompleet is, beoordeel dan afhankelijk van de aard en de duur van de klachten of afwachten gedurende een week of verwijzing geïndiceerd is en overleg met de vrouw of ze wil afwachten. Als besloten wordt af te wachten, spreek dan een controle af na een week.

Verwijs bij persisterend, intermitterend bloedverlies of weer toenemend bloedverlies en/of aanhoudende buikpijn, voor beoordeling naar de gynaecoloog (zie *Verwijzing*).³³

Nacontrole

Bied, indien een miskraam heeft plaatsgevonden, een nacontrole aan. Vier tot zes weken na de miskraam kan de vrouw of het paar in dit consult eventuele vragen voorleggen en kan worden teruggekomen op de verwerking. Bij vrouwen met een eerdere depressie of angststoornis is mogelijk aanvullende begeleiding nodig.¹⁶ Tevens kan worden nagegaan of er nog afscheiding is en of er inmiddels een menstruatie heeft plaatsgevonden. Verricht een zwangerschapstest na minimaal vier tot zes weken bij het wegblijven van de menstruatie. Verricht bij een positieve test transvaginale echoscopie.²⁰ Geef bij actuele zwangerschapswens preconceptionele adviezen (zie NHG-Standaard Preconceptiezorg).

Verwijzing

Verwijs naar de gynaecoloog bij:

- hevig bloedverlies (bloedverlies dat aanzienlijk heviger is in duur en hoeveelheid dan bij een voor de vrouw gebruikelijke menstruatie);
- toenemende pijnklachten;
- koorts;
- een miskraam die na één tot twee weken niet op gang is gekomen, waarbij de vrouw niet langer wil afwachten;
- (vermoedelijk) incomplete miskraam.³³

Complete miskraam

Voorlichting

Bespreek de volgende punten en bijbehorende adviezen:

Beloop: indien er veel bloed met weefsel(delen) verloren is, het bloedverlies is gestopt, de buikpijn verdwenen is en er echopisch een leeg cavum uteri wordt gezien, is er sprake van een complete miskraam. Bespreek de echoscopische bevindingen met de vrouw en besteed in het gesprek aandacht aan de beleving en vragen die bij de vrouw leven. Spotting kan enkele weken aanhouden.

Geef aan dat de menstruatie na vier tot zes weken weer op gang komt. Een zwangerschapstest kan enkele weken positief blijven, omdat het hCG geleidelijk daalt. Zie voor preconceptionele adviezen bij een actuele kinderwens de NHG-Standaard Preconceptiezorg. Er

zijn geen medische bezwaren tegen een nieuwe zwangerschap. Afwachten van een menstruatie vanwege termijnbepaling is niet noodzakelijk.²⁸

Bied de vrouw en haar partner een nacontrole aan na vier tot zes weken (zie *Nacontrole*). Bij vrouwen met een eerdere depressie of angststoornis is mogelijk aanvullende begeleiding nodig.¹⁶ Beoordeel of toediening van antiresus(D)-immunoglobuline is geïndiceerd (zie [**kader**]).

Nacontrole

Indien een miskraam heeft plaatsgevonden, biedt de huisarts een nacontrole aan. Vier tot zes weken na de miskraam kan de vrouw of het paar in dit consult eventuele vragen voorleggen en kan worden teruggekomen op de verwerking. Bij vrouwen met een eerdere depressie of angststoornis is mogelijk aanvullende begeleiding nodig.¹⁶ Tevens kan worden nagegaan of er nog afscheiding is en of er inmiddels een menstruatie heeft plaatsgevonden. Verricht een zwangerschapstest na minimaal vier tot zes weken bij het uitblijven van de menstruatie. Overleg bij een positieve test met de gynaecoloog over aanvullende diagnostiek.²⁰ Geef bij een actuele zwangerschapswens preconceptionele adviezen (zie NHG-Standaard Preconceptiezorg).

Incomplete miskraam

Voorlichting

Bespreek de volgende punten:

Bij een incomplete miskraam is niet al het zwangerschapswaarschijnlijkheid uitgedreven. Bij een deel van de vrouwen zullen de zwangerschapsresten alsnog spontaan worden uitgedreven, bij een ander deel is behandeling noodzakelijk. Dat is niet te voorspellen.³³

Oorzaak miskraam: een miskraam komt frequent voor en kan gezien worden als een natuurlijke reactie op een afwijkende aanleg van de foetus. Deze is bijna altijd net voor de bevruchting ontstaan en wordt zelden veroorzaakt door afwijkende chromosomen bij de ouders.

Pijnstilling: bij pijnklachten kan een pijnstiller gebruikt worden: paracetamol, bij onvoldoende effect eventueel

gecombineerd met een NSAID (zie NHG-Standaard Pijn).

Controle: bespreek met de vrouw wanneer ze contact moet opnemen voor een controle (zie Controles bij afwachtend beleid).

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de vrouw verwijzen naar de informatie over miskraam op de publiekswaarsite Thuisarts.nl. Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard Miskraam.

Beoordeel, afhankelijk van de aard en de duur van de klachten of afwachten gedurende een week of verwijzing geïndiceerd is en overleg met de vrouw of ze wil afwachten. Als besloten wordt af te wachten, spreek dan een controle af na een week.

Controles bij afwachtend beleid

Bij de keuze voor een afwachtend beleid vindt controle plaats na een week. Eerdere controle vindt plaats, indien er sprake is van:

- hevig bloedverlies (bloedverlies dat heviger is in duur en/of hoeveelheid dan bij een voor de vrouw gebruikelijke menstruatie);
- buikpijn heviger en/of anders dan bij een voor de vrouw gebruikelijke menstruatie;
- koorts;
- ongerustheid.

Indien na een week het bloedverlies is gestopt en buikpijn of koorts ontbreken, is er vermoedelijk sprake van een complete miskraam. Volg dan het beleid zoals beschreven bij 'complete miskraam'.

Indien er geen aanwijzingen zijn voor een complete miskraam, bespreek dan opnieuw met de vrouw de mogelijkheid van verwijzing.

Verwijzing

Verwijs bij persisterend, intermitterend of weer toenemend bloedverlies en/of aanhoudende buikpijn voor beoordeling naar de gynaecoloog.³³

EUG of molazwangerschap

Verwijs de vrouw direct naar de gynaecoloog voor behandeling, indien echo-

scopisch een EUG of molazwangerschap is vastgesteld.

BELEID BIJ HERHAALDE MISKRAMEN

Voorlichting

Het is belangrijk de vrouw goed te informeren over de oorzaken van een vroege miskraam en te benadrukken dat ook na een herhaalde vroege miskraam de kans groot is dat een volgende zwangerschap resulteert in de geboorte van een gezond kind (zie *Achtergronden*). Bespreek met de vrouw en haar partner dat er bij het merendeel van de paren geen verklaring wordt gevonden voor de twee of meer vroege miskramen en bespreek dat de effectiviteit van eventuele behandeling van gevonden risicofactoren beperkt of nog onbekend is.⁸

Informeer de vrouw over de aanvullende diagnostiek in de tweede lijn. Echoscopie zal vrijwel altijd plaatsvinden. Daarnaast kunnen op indicatie de volgende onderzoeken worden uitgevoerd:

- bloedonderzoek naar antifosfolipiden-syndroom en autoantistoffen die zich richten tegen de schildklier;
- het verrichten van karyotypering bij

- de vrouw en haar partner;
- hysteroscopie.

Herhaalde miskramen vormen op zichzelf geen reden tot zwangerschapscontroles door de gynaecoloog of tot (poli) klinische partus.³⁴

Verwijzing

Overweeg een verwijzing naar de gynaecoloog, indien de vrouw twee of meer vroege miskramen heeft doorgemaakt.

ORGANISATIE VAN DE ZORG

Bij vrouwen met vaginaal bloedverlies en/of buikpijn tijdens de zwangerschap is het belangrijk dat de zorg tussen de huisarts en verloskundige goed wordt afgestemd. Dit is met name van belang om te voorkomen dat vrouwen niet weten bij wie ze terecht kunnen, er diversiteit in diagnostiek en beleid is en om de continuïteit van de zorg te waarborgen.

Spreek daarom lokaal of regionaal af wie bij verwijzing binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn de behandeling coördineert en aanspreekpunt is voor de vrouw. Bepalend hiervoor zijn de beschikbaarheid en de benodigde deskundigheid. Andere punten waar lokaal of regionaal afspraken over gemaakt kun-

Samenwerkingsafspraken

Deze landelijke afspraken zijn opgesteld in samenspraak met de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). De afspraken zijn te gebruiken als handvat voor het opstellen van lokale of regionale afspraken. Uitgangspunt is het waarborgen van continuïteit van zorg voor vrouwen met vaginaal bloedverlies en/of buikpijn tijdens de zwangerschap tijdens de eerste zestien weken van de zwangerschap.

1. De huisarts of verloskundige bespreekt bij het eerste contact in de zwangerschap met wie de vrouw contact op kan nemen bij vaginaal bloedverlies en/of buikpijn.
2. De huisarts of verloskundige die de zwangerschap begeleidt, is verantwoordelijk voor de eerste beoordeling bij vaginaal bloedverlies en/of buikpijn. Indien de vrouw nog geen consult bij de verloskundige heeft gehad, kan deze beoordeling zowel door de huisarts als de verloskundige worden verricht.
3. Bij hevig vaginaal bloedverlies of bij aanwijzingen voor een EUG (zie **[kader Spoed]**) dient onderzoek met spoed plaats te vinden door de huisarts of verloskundige met wie de vrouw contact opneemt.

4. Bij vermoeden van een EUG is verwijzing naar de gynaecoloog geïndiceerd, na overleg over de mate van spoed.

5. Bij een indicatie voor echoscopisch onderzoek dient dit onderzoek bij voorkeur binnen enkele werkdagen plaats te vinden. De huisarts of verloskundige die echoscopie aanvraagt, is verantwoordelijk voor het bespreken van de uitslag met de vrouw.

6. De huisarts of verloskundige die een miskraam begeleidt, biedt de vrouw en haar partner vier tot zes weken na de miskraam een nacontrole aan. Bij vrouwen met een eerdere depressie of angststoornis overweegt de verloskundige verwijzing naar de huisarts voor eventueel aanvullende begeleiding.

7. Bij herhaalde miskramen overleggen de verloskundige en de huisarts, indien een verwijzing naar de gynaecoloog wordt overwogen.

8. De huisarts en de verloskundige informeren elkaar binnen een termijn van twee weken als er sprake is van een miskraam of verwijzing naar de tweede lijn.

nen worden, zijn: diagnostiek (echoscopie) en behandeling (afwachtend beleid of verwijzing naar de tweede lijn), toediening antiresus(D)-immunoglobuline, samenwerking en communicatie (bijvoorbeeld over verwijzen en terugverwijzen, onderlinge uitwisseling van informatie en over de begeleiding van en voorlichting aan patiënten). Deze werkafspraken tussen huisartsen en verloskundigen vragen ook om afstem-

ming met de gynaecologen (lokaal of regionaal). Zie hiervoor de samenwerkingsafspraken in het kader.

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

Zie voor het document Totstandkoming en methoden de webversie van deze standaard op www.nhg.org.

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur: www.nhg.org, rubriek NHG-Standaard.

© 2017 Nederlands Huisartsen Genootschap

Grote variatie tussen huisartsenpraktijken bij influenzavaccinatie

Het animo voor vaccinatie daalt de afgelopen jaren gestaag, van 77% van de geïndiceerden in 2005 tot rond de 50% in 2015. Er zijn verschillende redenen waarom mensen zich wel of niet laten vaccineren, zoals opvattingen over de werkzaamheid van influenzavaccinatie en hoe hoog mensen de kans inschatten dat ze zelf griep krijgen. Wat is de rol van de huisartsenpraktijk zelf bij de vaccinatiegraad?

VERSCHILLEN IN VACCINATIEGRAAD

Er bestaan behoorlijke verschillen in vaccinatiegraad tussen huisartsenpraktijken. Het percentage van de doelgroep dat zich liet vaccineren liep in 2015 grofweg uiteen van 40% tot 60% [figuur], met uitschieters van 26% tot 67%. Deze verschillen zijn niet te verklaren door algemene praktijkenmerken, zoals kleine en grote praktijken, solo/duo/groepspraktijken, praktijken uit stedelijke en landelijke gebieden, of praktijken die wel of niet in een achterstandswijk liggen. Ook praktijken in de zogeheten bible belt, een gebied waar veel mensen vanuit religieus oogpunt afzien van vaccinatie, lagen in dezelfde range. Verder is er geen samenhang met verschillen in de patiëntenpopulaties zoals leeftijdsopbouw van de praktijk, aantallen patiënten met en zonder een medische indicatie en verschillen in aantallen van de medische aandoeningen die een indicatie vormen voor vaccinatie. Veel praktijken laten over de hele linie een relatief hoge of lage vaccinatiegraad zien, dus zowel onder jongere als oudere patiënten en zowel onder patiënten met als zonder een medische indicatie. Het lijkt daardoor ook onwaarschijnlijk dat de variatie wordt veroorzaakt doordat sommige huisartsen een bredere groep patiënten uitnodigen dan anderen.

VERKLARING VOOR VARIATIE

Waardoor kan deze variatie dan wel verklaard worden? Een van de mogelijke factoren is de manier van uitnodigen (bijvoorbeeld wel of geen persoonlijke uitnodiging of wel of geen

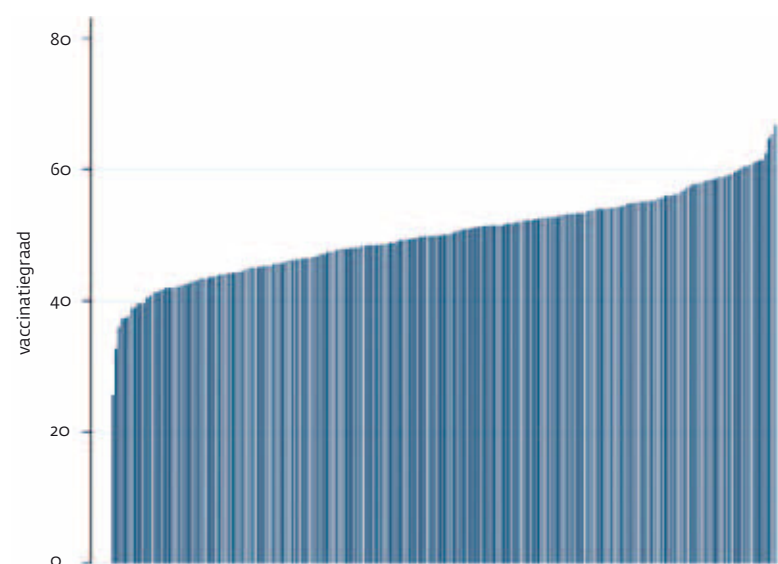
herinnering sturen), en de geboden mogelijkheid om de vaccinatie te halen (het aantal dagen en het tijdstip waarop men zich kan laten vaccineren). In eerdere jaren bleek inderdaad dat praktijken die herinneringen sturen een iets hogere vaccinatiegraad hebben. Ook is het denkbaar dat bijvoorbeeld de persoonlijke motivatie van huisartsen een rol speelt.

PERSOONLIJKE AFWEGING

Het wel of niet laten vaccineren tegen influenza is een persoonlijke afweging. Er kan daarom ook geen waardeoordeel verbonden worden aan de hoogte van de vaccinatiegraad van een praktijk.

Praktische factoren, zoals de organisatie rondom de vaccinatie, mogen echter geen belemmering vormen voor patiënten. Verschillen in vaccinatiegraad kunnen ook onderwerp zijn van spiegelbijeenkomsten van huisartsen om met elkaar te spreken over opvattingen en organisatie van de griepvaccinatie.

Figuur Vaccinatiegraad in de totale doelgroep per praktijk (n = 211 praktijken)



Dit artikel is gebaseerd op: Heins M, Hooiveld M, Ten Veen P, Korevaar J. Monitor Vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2015. Utrecht: NIVEL, 2016. Voor de hier beschreven analyses zijn gegevens gebruikt van bijna 800.000 patiënten uit 211 huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Gepseudonimiseerde, niet-herleidbare gegevens uit de elektronische medische dossiers van deelnemende huisartsenpraktijken zijn gebruikt om de doelgroep voor griepvaccinatie en het aantal mensen dat is gevaccineerd in kaart te brengen.

Hiv anno 2017: vroege diagnostiek, vroege behandeling

INLEIDING

De huisarts is weliswaar niet rechtstreeks betrokken bij de behandeling, maar speelt wel een belangrijke rol bij de vroegtijdige herkenning van een mogelijke hiv-infectie en kan laagdrempelig een test aanbieden. Het is van belang dat de huisarts goed op de hoogte is van de aard van de behandeling, het beste moment om deze te starten en de prognose van de patiënt wanneer deze behandeld wordt.

In mei 2015 waren er in Nederland ruim 18.000 personen met hiv in behandeling. De diagnose 'hiv-infectie' werd in 2014 in Nederland ongeveer 1000 keer gesteld; 65% van de diagnoses betrof mannen die seks hebben met mannen (MSM) en 25% betrof mensen met heteroseksuele contacten. Bijna een kwart van de nieuw gediagnosticeerde personen was 50 jaar of ouder.¹

Omdat de sterfte door hiv afneemt en er jaarlijks ongeveer 1000 patiënten bijkomen, neemt het aantal hiv-geïnfecteerden toe en stijgt hun gemiddelde leeftijd. Dit laatste heeft

weer consequenties voor de comorbiditeit, die samenhangt met de leeftijd en de chronische infectie. Daarover later meer.

VERSCIJNSELEN PASSEND BIJ EEN HIV-INFECTIE

Bij een onbehandelde hiv-infectie neemt het aantal CD4-positieve T-lymfocyten af en worden zij ook minder actief. Deze lymfocyten spelen een essentiële rol in de cellulaire immuniteit, het deel van het afweersysteem dat bescherming biedt tegen infecties door 'intracellulaire' micro-organismen (zoals *Mycobacterium* en *Salmonella*), bepaalde virussen (zoals herpesvirussen), gisten en schimmels (zoals *Candida*, *Cryptococcus*, *Histoplasma* en *Pneumocystis jirovecii*) en protozoën (zoals *Toxoplasma* of *Cryptosporidium*). Het cellulaire afweersysteem is ook gericht tegen bepaalde maligniteiten die kunnen ontstaan na een virusinfectie, waaronder het maligne B-cellymfoom (Epstein-Barr-virus), het Kaposi-saroom (humaan herpesvirus type 8), het cervix- en het anuscarcinoom (humaan papillomavirus). Als een van deze infecties of maligniteiten bij een patiënt wordt gevonden zonder dat er sprake is van een bekende immunodeficiëntie, moet een hiv-infectie worden uitgesloten. De lijst van aandoeningen is lang.

Nog altijd staan veel huisartsen terughoudend tegenover laagdrempelige hiv-tests. Gezien de eenvoud van de test en de goede behandel mogelijkheden voor de hiv-infectie, is zo'n test bij een flink aantal aandoeningen zeker aan te bevelen. Het Europese samenwerkingsverband 'HIV in Europe' heeft een lijst gepubliceerd van aandoeningen en condities die daarvoor in aanmerking komen.^{2,3} Bij sommige aandoeningen is, in afwezigheid van een andere immunodeficiëntie, een onderliggende hiv-infectie zeer waarschijnlijk en wordt een hiv-test dringend aanbevolen. Daarnaast wordt een hiv-test ook aangeraden bij aandoeningen die een hogere prevalentie hebben onder patiënten met een hiv-infectie, of die in combinatie met een hiv-infectie ernstige gevolgen kunnen hebben. Artsen denken niet bij alle in de lijst genoemde aandoeningen

Samenvatting

Kroon FP. Hiv anno 2017: vroege diagnostiek, vroege behandeling. Huisarts Wet 2017;60(1):42-6.

Sinds 1996 is de mortaliteit en morbiditeit van hiv-geïnfecteerden drastisch gedaald door grote verbeteringen in de medicatie. De therapie, met een combinatie van antiretrovirale middelen (cART), heeft relatief weinig bijwerkingen en hoeft slechts eenmaal daags te worden ingenomen. Dat bevordert de therapietrouw, die erg belangrijk is om de ziekte tegen te gaan en verdere transmissie te voorkomen. Goed ingestelde patiënten hebben een vrijwel normale levensverwachting. Dat betekent dat steeds meer hiv-geïnfecteerden met leeftijdgerelateerde comorbiditeit naar de huisarts zullen gaan.

Hoe vroeger de antiretrovirale behandeling start, des te geringer zijn de morbiditeit en mortaliteit van de hiv-infectie. Ook patiënten met een goed functionerende afweer en voldoende CD4⁺-T-lymfocyten hebben baat bij een snelle start; zij worden dan bovendien veel minder besmettelijk voor eventuele sekspartners. Het is dus buitengewoon belangrijk, zowel voor de patiënt zelf als voor het beteugelen van de hiv-epidemie, dat een hiv-infectie zo vroeg mogelijk herkend wordt, zodat meteen met de behandeling kan worden begonnen.

In Nederland wordt een aanzienlijk deel van de volwassen hiv-geïnfecteerden nog niet adequaat behandeld, vaak omdat de infectie niet herkend wordt. Huisartsen zouden daarom minder terughoudend moeten zijn met het aanbieden van hiv-tests. Diverse goed herkenbare, vroege symptomen zouden een indicatie moeten zijn voor het laagdrempelig aanbieden van een hiv-test.

De kern

- De huidige medicatie tegen hiv is zo effectief dat de patiënt, mits tijdig behandeld, een vrijwel normale levensverwachting heeft en een vrijwel normaal leven kan leiden.
- De meeste antiretrovirale regimes zijn eenvoudig (eenmaal daags een tablet) en hebben relatief weinig bijwerkingen.
- Bij adequate antiretrovirale medicatie is de geïnfecteerde niet of nauwelijks meer infectieus.
- Omdat ook in Nederland een groot deel van de hiv-geïnfecteerden nog niet in behandeling is, zou men minder terughoudend moeten zijn met het aanbieden van hiv-tests.
- Het aantal hiv-geïnfecteerden stijgt nog steeds en zij worden steeds ouder; de huisarts zal vaker te maken krijgen met leeftijdgerelateerde comorbiditeit.

meteen aan hiv, maar bij alle genoemde aandoeningen is een hiv-test serieuze overweging waard.³

De meeste aandoeningen op de lijst worden in de tweede lijn gediagnosticeerd, maar een aantal ervan is voor de huisarts relevant. In [tabel 1] staat een selectie. Ongeveer 20% van de patiënten die met een nieuw gediagnosticeerde hiv-infectie verwezen wordt, had zich in de voorafgaande twaalf maanden bij de huisarts gemeld met klachten.⁴

Routinematig testen op hiv is kosteneffectief in populaties met een prevalentie > 0,1%.⁵ In de Nederlandse bevolking was de prevalentie van hiv in 2013 bij vrouwen 0,05% en bij mannen 0,25%.⁶ In risicogroepen met een hogere prevalentie, zoals mensen met homo- of biseksuele contacten of mensen afkomstig uit gebieden waar hiv endemisch is, moet bij deze aandoeningen laagdrempelig op hiv worden getest. Zie ook de NHG-Standaard Het SOA-consult.⁷ De beschouwing elders in dit nummer gaat uitgebreid in op het testen op hiv in de huisartsenpraktijk.⁸

VROEG BEGINNEN MET THERAPIE

In de afgelopen twintig jaar is de behandeling van hiv sterk verbeterd. Na de aanvankelijke mono- en duotherapie wordt sinds 1996 tripletherapie gegeven, een combinatie van anti-retrovirale therapieën (cART). Tripletherapie, mits trouw ingenomen, kan de virusreproductie optimaal onderdrukken en voorkomt de ontwikkeling van resistentie. De therapie voorkomt ook dat het aantal CD4⁺-T-cellen daalt en kan een laag lymfocytenaantal weer op peil brengen. Als de immunodeficiëntie verdwijnt, verdwijnt ook de morbiditeit die ermee samenhangt. Sterker nog, vroegtijdig starten met cART, dus voordat er een immunodeficiëntie ontstaat, voorkomt klachten: de patiënt wordt niet meer ziek.

De laatste jaren is cART sterk verbeterd. Ten eerste heeft de huidige medicatie veel minder bijwerkingen dan de eerste generatie antiretrovirale middelen, ten tweede zijn veel medicatieregimes tegenwoordig *single-tablet regimes* (STR): de patiënt neemt eenmaal daags een tablet.^{9,10} Deze beide aspecten hebben een zeer gunstige invloed op de therapietrouw, wat zeer belangrijk is voor het succes van de behandeling.

Het juiste moment om te starten met cART is de afgelopen twintig jaar altijd een punt van discussie geweest. Anno 2017 is het beleid te starten met de medicatie zodra de diagnose hiv-infectie gesteld is, onafhankelijk van het aantal CD4⁺-T-cellen of de hoeveelheid hiv in het plasma. Dat wil dus zeggen dat met cART begonnen kan worden zodra de patiënt 'er klaar voor is', ook bij een normaal CD4⁺-T-cellenaantal, dus bij normale afweer.¹¹

Naast dit voordeel voor de patiënt zelf heeft cART ook het voordeel dat het de hoeveelheid virus in het lichaam verlaagt. Ook de hoeveelheden virus in bloed, sperma en vaginaal vocht nemen af, waardoor de kans op besmetting van anderen sterk gereduceerd wordt.¹² Door zoveel mogelijk mensen met een hiv-infectie adequaat te behandelen kan de epidemie dus worden afgeremd: *treatment as prevention*.^{13,14}

Tabel 1 Comorbide aandoeningen bij hiv-infectie die relevant zijn voor de huisarts

■ Soa*
■ Cervicale dysplasie
■ Herpes zoster†
■ Hepatitis B en C (acuut en chronisch)
■ Pfeiffer-achtige ziektebeelden
■ Onverklaarde trombo- of leukocytopenie, langer aanhoudend dan 4 weken
■ Seborrhoïsche dermatitis†
■ Recidiverende pneumonie (≥ 2 in 12 maanden)
■ Recidiverende of ernstige <i>Candida</i> -infecties
■ Psoriasis met een ernstig of grillig verloop
■ Onverklaarde koorts
■ Onverklaard gewichtsverlies
■ Onverklaarde chronische diarree
■ Onverklaarde lymfadenopathie
■ Onverklaarde nierinsufficiëntie

* In de NHG-Standaard Het soa-consult wordt een soa niet aangemerkt als indicatie voor een routinematige hiv-test, tenzij de patiënt deel uitmaakt van een risicogroep.⁷

† Niet voor elke patiënt met herpes zoster of seborrhoïsch eczeem is een hiv-test noodzakelijk, maar wel moet per patiënt bekeken worden of de test zinvol is. Dat is hij zeker als de betrokkene tot een van de risicogroepen behoort.

Bron: HIV indicator conditions.²

PrEP

De laatste tijd is pre-expositieprofylaxe (PrEP) veel in het nieuws. In enkele onderzoeken is duidelijk aangetoond dat het profylactisch slikken van emtricitabine/tenofovir (Truvada®) goede bescherming biedt tegen besmetting met hiv. Deze medicatie kan een uitkomst zijn voor personen die een hoog risico lopen en die het niet lukt zich met condooms adequaat tegen besmetting te beschermen.

Er zijn nog de nodige logistieke obstakels voor brede implementatie van PrEP, zoals de begeleiding, de monitoring, de hoge kosten en de vergoeding (op dit moment kost Truvada® bijna € 19 per tablet).

MEDICATIeregimes

Inmiddels zijn er diverse effectieve combinaties van antiretrovirale medicatie. Het regime voor niet eerder behandelde ('naïeve') patiënten bestaat over het algemeen uit twee nucleo-

Abstract

Kroon FP. HIV in 2017: early diagnosis, early treatment. *Huisarts Wet* 2017;60(1):42-6.

Since 2000 the mortality and morbidity of HIV infections has dropped dramatically as a result of the use of effective antiretroviral medication (combination antiretroviral therapy, cART). Most of the current treatments are once daily regimens and are accompanied by no or relatively few side effects. This promotes compliance, which is vital for managing the disease and preventing further transmission. Patients on a stable medication regimen have a virtually normal life expectancy. This means that increasingly more HIV-infected individuals will go to their general practitioner with age-related comorbidity.

The sooner antiretroviral treatment is started, the more limited the morbidity and mortality of the HIV infection. This is also true for patients with a normal CD4⁺ lymphocyte count and an effective immune response, who would become less infectious to their sexual partners. This makes it important, not only for patients but also for containing the HIV epidemic, to diagnose and treat the infection as early as possible. A substantial proportion of HIV-infected adults are not treated adequately in the Netherlands, often because the infection is not recognized. For this reason, general practitioners should be less conservative in offering HIV testing and base testing on the presence of a number of easy to recognize early symptoms.

Tabel 2 cART-regimes

Preparaat	Afkorting	Toediening
NRTI met integraseremmer		
■ dolutegravir/abacavir/lamivudine	DTG/ABC/3TC	1 dd 1 tablet
■ dolutegravir/tenofovir/emtricitabine	DTG/TDF/FTC	1 dd 2 tabletten
■ elvitegravir [*] /tenofovir/emtricitabine	EVG/c/TDF/FTC	1 dd 1 tablet
■ elvitegravir [*] /tenofovirafenamide/emtricitabine	EVG/c/TAF/FTC	1 dd 1 tablet
■ raltegravir/tenofovir/emtricitabine	RAL/TDF/FTC	1 dd 1 tablet + 2 dd 1 tablet
NRTI met proteaseremmer		
■ darunavir [†] /tenofovir/emtricitabine	DRV/c/TDF/FTC	1 dd 2 tabletten
	DRV/r/TDF/FTC	1 dd 3 tabletten
■ atazanavir [†] /tenofovir/emtricitabine	ATV/c/TDF/FTC	1 dd 3 tabletten
	ATV/r/TDF/FTC	1 dd 3 tabletten
■ darunavir [†] /abacavir/lamivudine	DRV/c/ABC/3TC	1 dd 2 tabletten
	DRV/r/ABC/3TC	1 dd 3 tabletten
NRTI met niet-nucleosidereversetranscriptaseremmer		
■ efavirenz/tenofovir/emtricitabine	EFV/TDF/FTC	1 dd 1 tablet
■ rilpivirine/tenofovir/emtricitabine	RPV/TDF/FTC	1 dd 1 tablet

NRTI = nucleosidereversetranscriptaseremmer

Sinds oktober 2016 is tenofovir (TDF) ook als tenofovirafenamide (TAF) beschikbaar en in diverse combinaties opgenomen. TAF heeft een gunstiger toxiciteitsprofiel voor wat betreft nierfunctieverlies en osteoporose

^{*} Met cobicistat (/c) als booster[†] Met cobicistat (/c) of ritonavir (/r) als booster

sidereversetranscriptaseremmers (NRTI's), gecombineerd met hetzij een integraseremmer (INSTI), een proteaseremmer (PI) of een niet-nucleosidereversetranscriptaseremmer (nNRTI) (zie [tabel 2]).

De keuze van het regime wordt door een aantal factoren bepaald: bij voorkeur eenmaal daags één tablet; zo min mogelijk bijwerkingen; geen interactie met comedicaatie; én het regime past in het levensritme van de patiënt. Ook hierin volgen we in Nederland de Amerikaanse richtlijnen.¹⁰ De kosten van cART bedragen zo € 28-40 per dag. Wel is er inmiddels een aantal medicamenten dat generisch voorschrijfbaar is.

VROEGE DIAGNOSE BELANGRIJK VOOR PROGNOSE

Een vereiste om zo vroeg mogelijk te kunnen starten met cART is dat ook de diagnose vroeg in het beloop gesteld wordt. Nog steeds zijn er patiënten, met of zonder klachten, die zich pas melden als de immunodeficiëntie al ver is voortgeschreden en het aantal CD4⁺-T-cellen sterk verlaagd is.⁴ Gelukkig zien we de laatste jaren wel dat het gemiddelde aantal CD4⁺-T-cellen bij eerste presentatie geleidelijk stijgt, in het bijzonder bij mensen die zich bewust zijn van het risico op een hiv-infectie, zoals MSM. Toch blijft het mediane aantal CD4⁺-T-cellen bij eerste presentatie nog steeds beneden de 350/mm³. Dit is fors beneden de normale waarden (550-1500/mm³). Patiënten die zich laat in het ziektebeloop melden voor behandeling hebben een belangrijk aandeel in de sterfte aan aids.¹

De sterfte onder de hiv-geïnfecteerde patiënten die in Nederland onder behandeling zijn, is laag. De sterfte als gevolg van aidsgerelateerde aandoeningen neemt steeds verder af; zij verschuift in de richting van niet-aids-gerelateerde aandoeningen, waaronder niet direct met hiv geassocieerde maligni-

teiten, hart- en vaatziekten en chronische leverziekten.

Een belangrijk deel van de morbiditeit als gevolg van aids-gerelateerde aandoeningen is te wijten aan late presentatie van een belangrijk deel van de nieuwe patiënten. De levensverwachting van patiënten die thans behandeld worden met cART benadert die van de rest van de bevolking [figuur 1].¹ Mits goed behandeld kunnen patiënten met hiv een normaal leven leiden.

Comorbide aandoeningen op hogere leeftijd

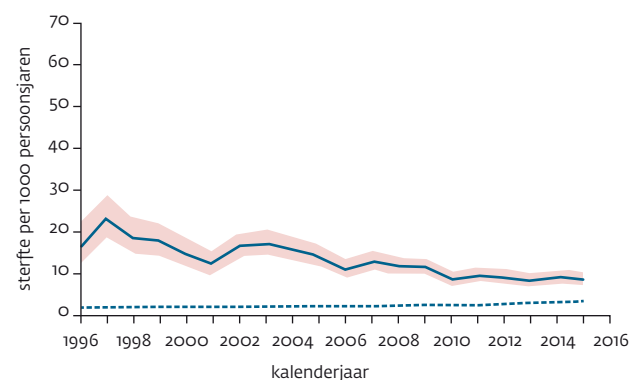
Het percentage ouderen bij wie de diagnose 'hiv-infectie' gesteld wordt, is substantieel: in 2014 was 24% van de mensen met een nieuw ontdekte hiv-infectie 50 jaar of ouder. Tegelijkertijd wordt, als gevolg van de afnemende mortaliteit van de aandoening, de populatie hiv-patiënten in Nederland gemiddeld steeds ouder: 42% is momenteel ouder dan 50 jaar [figuur 2].¹

Hogere leeftijd is een belangrijke risicofactor voor comorbiditeit zoals hart- en vaatziekten, hypertensie, diabetes, osteoporose, cognitieve achteruitgang en niet aan hiv gerelateerde maligniteiten. Of het risico op deze aandoeningen toeneemt als gevolg van hiv of als gevolg van de hiv-medicatie is onderwerp van onderzoek in en buiten Nederland. Bij de begeleiding van hiv-patiënten met comorbiditeit is samenwerking tussen de huisarts en het behandelende hiv-centrum buitengewoon belangrijk.

BEHANDELING

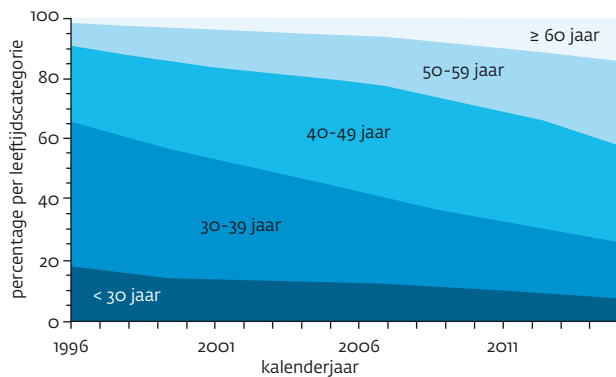
Huisarts en hiv-behandelcentrum

Nederland telt 27 hiv-behandelcentra, waar alle patiënten met een hiv-infectie behandeld worden. Zodra de diagnose is gesteld, wordt de patiënt verwezen naar een centrum in de regio. Als de patiënt klachten heeft, kunnen deze op zeer korte termijn in kaart gebracht worden door een team, bestaande uit een internist-infectioloog en gespecialiseerde verpleegkun-

Figuur 1 Sterftecijfers van patiënten behandeld met combinatie-antiretrovirale therapie (cART), Nederland 1996-2015¹

De doorgaande lijn geeft de sterfte per 1000 persoonsjaren van hiv-patiënten, met de standaarddeviatie als contour. De stippellijn geeft het corresponderende sterftcijfer voor de Nederlandse bevolking die niet met hiv geïnfecteerd is, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Figuur 2 Trend in de gemiddelde leeftijd van patiënten met een hiv-infectie, Nederland 1996-2015¹



In 1996 was 9% van de patiënten die in behandeling waren 50 jaar of ouder, in 2015 was dit 42%. In diezelfde periode steeg het aandeel 60-plussers van 2 naar 14%.¹

digen. Daarbij worden onder andere het aantal CD4⁺-T-cellen, de viruslast en eventuele co-infecties (lues, hepatitis B en C) onderzocht.

Als besloten wordt tot behandeling, zal patiënt in deze fase regelmatig het behandelcentrum bezoeken. Zodra het cART-regime goed is ingesteld, de hiv-replicatie adequaat onderdrukt is en het CD4⁺-T-cellaantal weer gestegen is tot ruim boven de 200/mm³ zal de controlefrequentie worden teruggebracht, idealiter tot ongeveer tweemaal per jaar. De patiënt blijft levenslang onder controle, in principe door het hiv-behandelcentrum.

Zoals we al aangaven, neemt het aantal comorbide aandoeningen bij hiv-patiënten toe met de leeftijd. Voor 'kleine kwalen' is de huisarts het eerste aanspreekpunt, zeker als de patiënt inmiddels goed is ingesteld en de afweer normaal functioneert. De huisarts kan bij twijfel altijd overleggen met het hiv-behandelcentrum.

Geneesmiddeleninteracties

Voor iedereen die betrokken is bij de behandeling van hiv-geïnfecteerden, waaronder de huisarts, is het van groot belang zich te realiseren dat diverse anti-hiv-geneesmiddelen het metabolisme van diverse andere geneesmiddelen beïnvloeden. Ook het omgekeerde geldt: diverse geneesmiddelen kunnen het metabolisme van de anti-hiv-geneesmiddelen beïnvloeden.

Zo induceert bijvoorbeeld het als onschuldig beschouwde sint-janskruid het enzym CYP3A4 uit de cytochroom P450-familie. Dit enzym breekt diverse anti-hiv-middelen af, waardoor de medicatiespiegel te laag wordt en het risico ontstaat op de ontwikkeling van resistentie. Andersom remmen bepaalde anti-hiv-middelen de activiteit van enzymen zoals CYP3A4, waardoor de gehalten van andere geneesmiddelen (bijvoorbeeld bepaalde statines) te hoog kunnen worden en ernstige bijwerkingen kunnen ontstaan, zoals rabdomyolyse.

Het tegelijk slikken van multivitaminepreparaten en integraseremmers kan leiden tot significant lagere spiegels van de integraseremmers. Het probleem is op te lossen door de vitamines enkele uren voor of na de integraseremmers in te nemen.

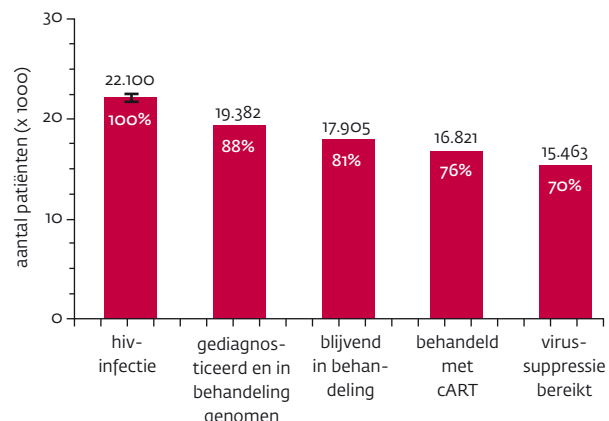
De apotheker is alert op deze interacties en zal waarschuwen als een onwenselijke combinatie van medicatie wordt voorgeschreven. De patiënt en de behandelaars moeten echter ook letten op de interacties van anti-hiv-medicatie met bij de drogist verkrijgbare geneesmiddelen, zoals protonpompremmers. Een grote hulp is de HIV Drug Interaction Checker op www.hiv-druginteractions.org, waarmee interacties met anti-hiv-middelen zijn na te gaan.

Slagen van de behandeling

Hoe tevreden zijn we met de behandeling van hiv in Nederland? Uit het bovenstaande mag duidelijk zijn dat er de afgelopen jaren veel succes is geboekt. Puur technisch kan men een hiv-behandeling geslaagd noemen als de virusreplikatie optimaal onderdrukt is en de afweer normaal functioneert zodat morbiditeit en mortaliteit tot een minimum beperkt blijven, terwijl de medicatie goed verdragen wordt door de patiënt. Een andere manier om naar de behandelingsresultaten te kijken is de *cascade of care* [figuur 3].¹

Kijkt men alleen naar de patiënten die met cART worden behandeld, dan wordt bij 92% van hen de hiv-replicatie optimaal onderdrukt: de behandeling is zeer succesvol. Dat succes wordt echter gerelativeerd als men bedenkt dat in Nederland naar schatting ruim 22.000 personen met hiv besmet zijn. Van alle hiv-geïnfecteerden heeft 30% géén optimale onderdrukking van de virusreplikatie, en deze 30% is een bron van nieuwe hiv-infecties. De meeste winst valt in Nederland dan ook te behalen door personen met een hiv-infectie op te sporen, in zorg te krijgen en in zorg te houden. Daartoe zullen alle medische disciplines alerter moeten zijn op vroege tekenen van een hiv-infectie.

Figuur 3 Cascade van hiv-zorg in Nederland, eind 2014¹



CONCLUSIE

Vroege behandeling van hiv leidt tot een betere prognose voor de patiënt, maar helpt ook de hiv-epidemie te beteugelen. Bij vroege herkenning én laagdrempelig testen op hiv spelen de huisartsen een belangrijke rol. ■

Blader terug naar pagina 24 voor het artikel van Joore et al. over het proactiever testen op hiv.

LITERATUUR

- 1 Jaarverslag 2015. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring; 2016. <http://www.hiv-monitoring.nl>, geraadpleegd november 2016.
- 2 HIV indicator conditions: Guidance for implementing HIV testing in adults in healthcare settings. Copenhagen: HIV In Europe, 2012. <http://hiveurope.eu> > Finalised projects > Guidance: HIV indicator conditions, geraadpleegd november 2016.
- 3 Joore IK, Arts DL, Kruijer MJ, Moll van Charante EP, Geerlings SE, et al. HIV indicator condition-guided testing to reduce the number of undiagnosed patients and prevent late presentation in a high-prevalence area: a case-control study in primary care. *Sex Transm Infect.* 2015;91:467-72.
- 4 Schouten M, van Velde AJ, Snijderwind IJM, Verbon A, Rijnders BJA, van der End ME. Late diagnose van hiv-patiënten in Rotterdam. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2013;157:A5731.
- 5 Sullivan AK, Raben D, Reekie J, Rayment M, Mocroft A, et al. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HIDES I (HIV indicator diseases across Europe study). *PLoS One.* 2013;8:e52845.
- 6 Van Oeffelen AAM, Van Aar F, Van den Broek IVF, Op de Coul ELM, Woestenberg PJ, Heijne JCM, et al. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2014. Bilthoven: RIVM; 2015. RIVM-rapport nr. 2015-0041.
- 7 Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHC-Standaard Het soa-consult (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2013;56:450-63.
- 8 Joore IK, Op de Coul ELM, Bom BCJ, van Sighem AI, Geerlings SE, Prins JM, van Bergen JEAM Proactiever testen op hiv ten behoeve van vroegtijdige opsporing in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2017;60:24-7.
- 9 Gisolf J, Tuut M, Bierman W, Rijnders B, van der Valk M, Arends J, et al. Richtlijn HIV. Leiden: Nederlandse Vereniging van hiv-behandelaren; 2010-2014.
- 10 Gisolf J, Tuut M, Bierman W, Rijnders B, van der Valk M, Arends J, et al. Richtlijn HIV. Leiden: NVHB; 2010-2014. Hoofdstuk 2.2 Keuze van antiretrovirale therapie bij naïeve volwassen patiënten.
- 11 Gisolf J, Tuut M, Bierman W, Rijnders B, van der Valk M, Arends J, et al. Richtlijn HIV. Leiden: NVHB; 2010-2014. Hoofdstuk 2.1 Wanneer beginnen?
- 12 Hiv viral load en (on)beschermde seks: Informatie voor professionals. Amsterdam: SOA-AIDS; 2011.
- 13 Antiretroviral treatment as prevention (TASP) of HIV and TB. Geneva: World Health Organization; 2012.
- 14 Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al.; HPTN 052 Study Team. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011; 365:493-505.

Uw diagnose

Een 53-jarige stratenmaker heeft een langzaam groeiende, iets jeukende plek op zijn linker thoraxhelft. Bij krabben komen er af en toe schilfers en korstjes los. Wat is uw diagnose?

- a. Basaalcelcarcinoom
- b. Dermatomyose
- c. Morbus Bowen
- d. Plaveiselcelcarcinoom



Wilt u het goede antwoord weten? Kijk op www.henw.org.



Foto: Pim Keurlings, huisarts-in-opleiding, Nijmegen

Fotoquiz van de maand januari

Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's, liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wilt u op de hoogte blijven van de laatste nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.

Een apotheker-farmacotherapeut in de praktijk

Welke literatuur heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag waarop een aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) promoveert? In (Ver)stand van zaken leest u een korte samenvatting. Coördinatie: Nadine Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

Ouderen met polyfarmacie hebben een verhoogd risico op schade door medicatie, die ten dele vermijdbaar is. Door de vergrijzing zal het aantal hoogrisicopatiënten per praktijk de komende jaren toenemen en daarmee de inspanning om hen veilige farmacotherapeutische zorg te bieden. Is een nieuwe rol voor de apotheker in de huisartsenpraktijk hiervoor een oplossing?

HUIDIG BELEID

De multidisciplinaire richtlijn *Polyfarmacie bij ouderen*, opgesteld door onder andere het NHG, adviseert huisartsen en openbaar apothekers om samen periodieke medicatiebeoordelingen uit te voeren voor hoogrisicopatiënten. Hoogrisicopatiënten zijn ouderen (65 jaar of ouder) met polyfarmacie (chronisch gebruik van vijf of meer verschillende geneesmiddelen) en aanvullende risicofactoren als verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, verminderde therapietrouw en niet-zelfstandig wonen. Een medicatiebeoordeling begint met een gesprek met de patiënt. Hierna volgt een farmacotherapeutische analyse, resulterend in een behandelplan dat met de patiënt wordt besproken. Wijzigingen in de farmacotherapie dienen te worden geëvalueerd.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Ondanks deze in 2012 uitgekomen richtlijn worden in de praktijk nog weinig medicatiebeoordelingen uitgevoerd. De omvang van het probleem is echter aanzienlijk: van alle acute ziekenhuisopnamen in Nederland is 5,6% medicatiegerelateerd en daarvan is bijna de helft vermijdbaar.¹ Omgerekend zouden ongeveer 16.000 opnames per jaar voorkomen kunnen worden.

Mogelijke knelpunten bij het invoeren van medicatiebeoordelingen zijn het ontbreken van toegang voor de openbaar apotheker tot het medisch dossier, onvoldoende samenwerking tussen huisarts en apotheker, een tekort aan klinische kennis bij de openbaar apotheker en ten slotte een gebrek aan tijd en financiële vergoeding.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Een mogelijke oplossing voor deze knelpunten is de introductie van een nieuwe zorgverlener in de huisartsenpraktijk: de niet-verstrekkende apotheker-farmacotherapeut. Deze nieuwe zorgverlener maakt deel uit van het huisartsteam en is speciaal opgeleid voor het verlenen van farmacotherapeutische patiëntenzorg. Hij voert gevraagde en ongevroegde medicatiebeoordelingen uit bij hoogrisicopatiënten in nauwe

samenwerking met de huisarts en richt zich op specifieke medicatieproblemen via kwaliteitsprojecten. De apotheker-farmacotherapeut is verantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de eerstelijns farmacotherapeutische zorg.

Dit zorgconcept is eerder onderzocht in landen met vergelijkbare eerstelijnsgezondheidszorg, zoals Australië, Canada en het Verenigd Koninkrijk. In Australië vonden apothekers die spreekuur hielden in de huisartsenpraktijk gemiddeld twee medicatiegerelateerde problemen per patiënt, die na zes maanden allemaal waren verholpen. Ook de therapietrouw van patiënten steeg significant.² In Canada vonden de apothekers gemiddeld 2,5 medicatiegerelateerde problemen per hoogrisicopatiënt. In de vijf maanden die volgden, implementeerde de huisarts 72% van de adviezen om deze problemen te verhelpen.³

In onderzoeken naar het effect van deze nieuwe zorgverlener wordt de follow-up na medicatiebeoordelingen wisselend georganiseerd. De daadwerkelijke doorvoering van medicatiewijzigingen en de evaluatie hiervan worden vaak overgelaten aan de huisarts, die dit weer in zijn takenpakket moet passen. Hierdoor worden opgestelde behandelplannen soms onvolledig benut. Een grotere rol voor de apotheker-farmacotherapeut, met name in het verzorgen van de follow-up, zou de effecten van gezamenlijke medicatiebeoordelingen verder kunnen vergroten. Daarnaast is het werkelijke effect van de apotheker-farmacotherapeut op schade door medicatiegerelateerde problemen, zoals ziekenhuisopnamen, nog onbekend.

CONCLUSIE

Het aantal patiënten in de huisartsenpraktijk met een verhoogd risico op schade door medicatie zal de komende jaren groeien. Op basis van de huidige literatuur lijkt een apotheker-farmacotherapeut die werkzaam is in de huisartsenpraktijk, en ook betrokken is bij de implementatie van de adviezen, een veelbelovend concept om de farmacotherapeutische zorg veiliger te maken.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is het effect van een niet-verstrekkende apotheker-farmacotherapeut als lid van het huisartsteam op het aantal medicatiegerelateerde ziekenhuisopnamen? ■

LITERATUUR

- 1 Leendertse AJ, Egberts ACG, Stoker LJ, Van den Bemt PMLA. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med* 2008;168:1890-6.
- 2 Tan ECK, Stewart K, Elliott RA, George J. Pharmacist consultations in general practice clinics: The Pharmacist in Practice Study (PIPS). *Res Social Adm Pharm* 2014;10:623-32.
- 3 Sellors J, Kaczorowski J, Sellors C, Dolovich L, Woodward C, Willan A, et al. A randomized controlled trial of a pharmacist consultation program for family physicians and their elderly patients. *CMAJ* 2003;169:17-22.

UMC Utrecht, Julius Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde en patiëntveiligheid, Huispost nr. STR 6.131, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht; Vivianne Sloeserwij, aiotho • Correspondentie: v.sloeserw@umcutrecht.nl

Niet-wegdrukbare vlekjes bij niet zieke volwassene

Casus

Op het spreekuur kwam een 27-jarige man – blanco voorgeschiedenis – met niet-wegdrukbare rode vlekjes op beide benen. Soms jeukten en het aantal plekjes nam toe: van voeten naar onderbenen en nu zelfs naar bovenbenen. De patiënt dacht zelf aan een allergische reactie, mogelijk op sushi. Bij navraag vertelde hij dat hij enkele weken geleden keelpijn had gehad, met koorts. Verder voelde hij zich nu goed. Hij had geen klachten over gewrichten, geen buikklachten en geen hematurie. Bij lichamelijk onderzoek zagen we op de voeten, de onderbenen en in mindere mate op de bovenbenen niet-wegdrukbare rode purpura bij een niet zieke jongeman [figuur]. We verwezen de patiënt naar de SEH voor verdere diagnostiek. Er bleek geen sprake te zijn van hematurie of proteïnurie en de nierfunctie was normaal. Bij bloedonderzoek bleek ANA negatief, maar IgA verhoogd. De diagnose henoch-schönleinpurpura werd gesteld op basis van dit klinische beeld. De patiënt werd naar huis gestuurd met het advies zich te melden bij alarmsymptomen. Bij controle door de nefroloog vier weken later bleek de nierfunctie goed te zijn, zonder proteïnurie of hematurie. Daarna werden de controles afgesloten.

BESCHOUWING

Henoch-schönleinpurpura (HSP) is een auto-immuun IgA-vasculitis van de kleine bloedvaten die voornamelijk voorkomt bij kinderen. De incidentie in Nederland is 6,1 op de 100.000 kinderen en 1,3 op 100.000 volwassenen.^{1,2} Aangezien de incidentie daalt in de zomermaanden, wordt vermoed dat HSP wordt voorafgegaan door een bovensteluchtweginfectie.³ Door de neerslag van IgA-complexen in de bloedvaten kunnen symptomen ontstaan als buikpijn, artritis en nefritis, met als gevolg hematurie en proteïnurie. Bij 10 tot 27% van de volwassen patiënten en bij 1,8% van de kinderen met henoch-schönleinnefritis ontstaat chronische nierinsufficiëntie.^{4,5} De diagnose wordt gesteld aan de hand van klinische criteria, waarbij een huidbiopt met IgA-depositaties de diagnose soms bevestigt. De aandoening is bij kinderen vaak self limiting in circa vier weken, maar bij volwassenen komen vaker opvlammingen voor. Deze opvlammingen bestaan met name uit purpura en worden, in tegenstelling tot de eerste episode, meestal niet voorafgegaan door een infectie.⁴ Risicofactoren hiervoor zijn onder andere buikpijn, hematurie en oudere leeftijd bij de eerste presentatie.⁶ De behandeling is symptomatisch en bij nierafwijkingen met orale corticosteroïden. Soms wordt dit gecombineerd met immunosuppressiva of cytostatica, zonder dat hiervoor overtuigend wetenschappelijk bewijs is.⁷⁻⁹ Aangezien de aandoening weinig voorkomt bij volwassenen, in de eerste lijn moeilijk te onderscheiden is van andere vormen van vasculitis en ernstige complicaties kan hebben (zoals nierfalen), is het aan te raden patiënten met een mogelijk HSP te verwijzen naar de tweede lijn. ■

Figuur Niet-wegdrukbare rode purpura op voeten en onderbenen



LITERATUUR

- 1 Aalberse J, Dolman K, Ramnath G, Peireira RR, Davin JC. Henoch-Schönlein purpura in children: an epidemiological study among Dutch paediatricians on incidence and diagnostic criteria. *Ann Rheum Dis* 2007;66:1648-50.
- 2 Fervenza FC. Henoch-Schönlein purpura nephritis. *Int J Dermatol* 2003;42:170-7.
- 3 Tizard EJ, Hamilton-Ayres MJ. Henoch-Schönlein purpura. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2008;93:1-8.
- 4 Shrestha S, Sumingan N, Tan J, Alhous H, McWilliam L, Ballardie F. Henoch Schönlein purpura with nephritis in adults: adverse prognostic indicators in a UK population. *QJM* 2006;99:253-65.
- 5 Kang Y, Park J, Ha YJ, Kang MI, Park HJ, Lee SW, et al. Differences in clinical manifestations and outcomes between adult and child patients with Henoch-Schönlein Purpura. *J Korean Med Sci* 2014;29:198-203.
- 6 Byun JW, Song HJ, Kim L, Shin JH, Choi GS. Predictive factors of relapse in adult with Henoch-Schönlein purpura. *Am J Dermatopathol* 2012;34:139-44.
- 7 Pillebout E, Alberti C. Addition of cyclophosphamide to steroids provides no benefit compared with steroids alone in treating adult patients with severe Henoch Schönlein Purpura. *Kidney Int* 2010;78:495-502.
- 8 Tanaka Y, Nakashima Y, Mima T, Ohya M, Yamamoto S, Kobayashi S, et al. Effects of cyclophosphamide pulse therapy on the clinical and histopathological findings, particularly crescent formation, in a patient with adult-onset steroid-refractory Henoch-Schönlein Purpura Nephritis. *Intern Med* 2015;54:2207-11.
- 9 Han F, Chen LL, Ren PP, Le JY, Choong PJ, Wang HJ, et al. Mycophenolate mofetil plus prednisone for inducing remission of Henoch-Schönlein purpura nephritis: a retrospective study. *J Zhejiang Univ Sci B* 2015;16:772-9.



KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets gaat over één artikel in dit nummer van H&W, namelijk: Van Riet-Nales DA, Schobben AFAM, Vromans H, Egberts ACG, Rademaker CMA. Kindvriendelijke geneesmiddelen. Huisarts Wet 2017;60(1):15-9.

Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 56.

1. Van Riet et al. deden onderzoek naar de acceptatie van minitabellen door kinderen (1-4 jaar). Zij vergeleken minitabellen met poeders, suspensie en siroop. Zij concluderen dat de acceptatie van de minitablenet het hoogst is. In een kolomdiagram laten zij de verschillende uitkomstparameters zien. Waarop scoort de minitablenet in het diagram het hoogst?
 - a. Percentage kinderen dat het medicijn doorslikte zonder voorafgaande bewerking (mengen met eten, et cetera).
 - b. Percentage kinderen dat het medicijn innam.
 - c. Percentage kinderen dat het medicijn binnen twee minuten doorslikte.
2. 'Dranken' werden tot voor kort gezien als de meest ideale toedieningsvorm van geneesmiddelen bij kinderen. Van Riet wijst in haar artikel op een aantal nadelen van 'dranken'. Amoxicillinesuspensie valt onder de 'dranken'. Welke nadelen horen hierbij?
 - a. Beperkte houdbaarheid.
 - b. Risico op doseerfouten.
 - c. Werkzaamheid pas optimaal na schudden.
 - d. Alle opties zijn nadelen.
3. Kinderen worden regelmatig met halve tabletten behandeld. Van Riet onderzocht op welke manier tabletten het meest nauwkeurig gebroken kunnen worden. Welke methode heeft de voorkeur?
 - a. Breken met de hand.
 - b. Breken met een keukenmesje.
 - c. Breken met een tabletsplitter.
4. Geneesmiddelen die aan kinderen worden voorgeschreven zijn vaak niet leverbaar in de gewenste dosis of toedieningsvorm. Geneesmiddelen zijn bij kinderen ook vaak niet geregistreerd voor de indicatie waarvoor ze worden voorgeschreven. Hoe komt dit?
 - a. Farmacokinetiek is bij een kind onvoorspelbaar; aan registratie-eisen wordt niet voldaan.
 - b. In het ontwikkelingstraject is het geneesmiddel niet onderzocht bij kinderen.
 - c. Kinderen zijn gevoeliger voor bijwerkingen; de effectieve dosis wordt veelal niet bereikt.
5. Omdat het patent van het geneesmiddel is afgelopen, kiest de huisarts voor het goedkopere generieke geneesmiddel. Deze omzetting kan tot gevolg hebben dat de patiënt zijn medicijn in een andere kleur ontvangt. Kan de huisarts nog meer veranderingen verwachten?
 - a. Nee, de samenstelling van de nieuwe medicijn is exact hetzelfde als de oude medicijn.
 - b. Ja, de werkzaamheid kan anders zijn, waardoor het middel meer of minder effectief is.
 - c. Ja, er kunnen andere hulpstoffen in zitten waarvoor de patiënt overgevoelig kan zijn.
6. Als geneesmiddelen aan kinderen alleen onlabel (voor indicaties waarvoor het geneesmiddel is geregistreerd) zou worden voorgeschreven, zou dat leiden tot tekortschietende farmacotherapie vanwege een te beperkt arsenaal medicijnen. Daarom wordt in de dagelijkse praktijk ook offlabel voorgeschreven. Hoeveel procent van de medicatie die door de huisarts aan kinderen wordt voorgeschreven is offlabel?
 - a. 5%.
 - b. 15%.
 - c. 30%.
 - d. 50%.
7. De huisarts heeft de 6-jarige Jeroen mebendazol voorgeschreven vanwege oxyuriasis. Omdat Jeroen de mebendazoltablet niet wil doorslikken, verkruiemelen zijn ouders de tablet en mengen de kruimels door de vla. In de bijsluiter lezen ze dat de tablet met ruim water moet worden ingenomen, informatie over alternatieve toedieningsvormen ontbreekt. Waarvan is hier sprake?
 - a. Onlabelgebruik, omdat mebendazol is geregistreerd voor deze indicatie.
 - b. Onlabelgebruik, omdat tegen deze toedieningsvorm niet wordt gewaarschuwd.
 - c. Offlabelgebruik, omdat deze toedieningsvorm niet wordt vermeld in de bijsluiter.
8. In een leergesprek over het gebruik van antibiotica bij kinderen wordt gesproken over doxycycline. Doxycycline is gecontra-indiceerd bij kinderen onder de 8 jaar. Wat is hiervoor de belangrijkste reden?
 - a. Er is kans op ototoxiciteit.
 - b. Er is kans op kraakbeenafwijkingen.
 - c. Er is kans op pseudomembraneuze colitis.
 - d. Er is kans op hypoplasie van het tandglazuur.



Waarde van combinatie iFOBT en calprotectine

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van Marianne Dees en Annet Sollie • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Vraagstelling Er is steeds meer aandacht voor fecesonderzoeken in de eerste lijn. Calprotectine, een eiwit dat bij ontstekingen wordt aangemaakt door neutrofielen en monocytten, lijkt te correleren met de aanwezigheid van een darmontsteking bij inflammatory bowel disease (IBD) zoals de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa.¹ De immunochemische fecaaloccultbloedtest (iFOBT) wordt gebruikt voor het opsporen van bloed, zoals bij het bevolkingsonderzoek darmkanker. De NHG-Standaarden bevelen beide onderzoeken niet aan.^{2,3} Desondanks vragen huisartsen de laatste jaren steeds vaker iFOBT aan.⁴ Wat is de diagnostische waarde van deze fecesonderzoeken in vergelijking met endoscopie en histologisch onderzoek voor het uitsluiten (negatief voorspellende waarde) van ernstige darmziekten, zoals IBD en colorectaal carcinoom (CRC)?

Zoekstructuur We zochten in PubMed met de zoektermen: ('calprotectin' AND ('hemoglobin' OR 'haemoglobin' OR 'haemoglobulin' OR 'occult blood') AND ('bowel disease' OR 'bowel symptoms' OR 'intestinal symptoms' OR 'gastrointestinal symptoms')).

Resultaten We vonden een recent en relevant prospectief cohortonderzoek waarbij huisartsen gedurende zes maanden werd gevraagd om calprotectine en iFOBT te bepalen bij patiënten bij wie zij een darmziekte vermoedden en die zij verwezen naar de tweede lijn.⁵ Combinatie van calprotectine en iFOBT was hierbij de indextest, de referentietest was endoscopie met pathologisch-anatomisch onderzoek. Van de 2173 patiënten retourneerden 1043 patiënten (48%) hun feces en 755 (35%) ondergingen endoscopie. Afkappunt voor iFOBT was iedere detecteerbare hoeveelheid bloed en voor calprotectine ≥ 50 microg/g. De negatief voorspellende waarde (NVW) van iFOBT voor colorectaal carcinoom, hooggradige adenomen en IBD was respectievelijk 100%, 97,8% en 98,4% (gemist: 0 CRC en 5 IBD). De NVW van calprotectine was respectievelijk 98,2%, 93,8% en 98,9% (gemist: 5 CRC en 1 IBD). Bij combinatie van beide tests steeg de NVW voor een ernstige darmziekte van 96,2% naar 97,3% ten opzichte van iFOBT alleen (gemist: 0 CRC en 3 IBD). Bij het afkappunt van 10 microg/g voor iFOBT (afkappunt bij darmkankerscreening is 75 mg/ml $\sim$ 15 microg/g (6)) werden drie gevallen (11%) van CRC gemist. Bij 1,3% (n = 28) van 2173 patiënten werd CRC gediagnosticeerd.

Bespreking Mowat et al. beschrijven een prospectief cohortonderzoek waarin bij een groot aantal patiënten werd gekeken naar de diagnostische waarde van iFOBT en calprotectine in de eerste lijn.⁵ Het is een nauwkeurig uitgevoerd en beschreven onderzoek, maar er zijn ook een aantal kanttekeningen. Van de patiënten die werden verwezen naar de tweede lijn heeft 52% geen feces ingeleverd en uiteindelijk onderling 35% van alle patiënten een endoscopie. Wij missen de patiëntkenmerken, de uiteindelijke diagnose en de reden waarom de helft van patiënten geen feces heeft ingeleverd. Ook is er bij een deel van de patiënten besloten om geen endoscopie uit te voeren zonder dat wordt uitgelegd waarom. Hierdoor kan er sprake zijn geweest van selectiebias en kan de sensitiviteit en de NVW overschat worden als met name zieke patiënten hebben deelgenomen aan het onderzoek.

Conclusie iFOBT geeft een betrouwbare uitsluiting van CRC. Calprotectine kan gebruikt worden voor het uitsluiten van IBD, maar kan CRC missen. Een combinatie van beide tests geeft een minimale stijging van de negatief voorspellende waarde.

Betekenis Vanwege de komst van het bevolkingsonderzoek coloncarcinoom en langere wachttijden voor endoscopie is er behoefte aan niet-invasieve tests in de eerste lijn om patiënten te kunnen selecteren die waarschijnlijk geen ernstige darmziekte hebben en die niet direct verwezen hoeven te worden. Deze fecesonderzoeken lijken een goede potentie te hebben om in de toekomst in het diagnostisch pakket van de huisarts opgenomen te worden. Gezien de mogelijke selectiebias moeten de resultaten van het besproken onderzoek echter met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd en moeten we voortsnog de huidige NHG-Standaarden blijven volgen. ■

LITERATUUR

- 1 Menees SB, Powell C, Kurlander J, Goel A, Chey WD. A meta-analysis of the utility of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, fecal calprotectin, and fecal lactoferrin to exclude inflammatory bowel disease in adults with IBS. *Am J Gastroenterol* 2015;11:444-54.
- 2 Van der Horst HE, De Wit NJ, Quarero AO, Muris JWM, Berger MY, Bijkerk CJ et al. NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom. *Huisarts Wet* 2012;55:204-9.
- 3 Damoiseaux RAMJ, De Jong RM, De Meij MA, Starmans R, Dijksterhuis PH, Van Pinxteren B, et al. NHG-Standaard Rectaal bloedverlies. *Huisarts Wet* 2009;52:23-38.
- 4 Klein-Puite P, Van Delft S, Van Asselt KM. Het gebruik van de fecaaloccultbloedtest. *Huisarts Wet* 2015;58:458-61.
- 5 Mowat C, Digby J, Strachan JA, Wilson R, Carey FA, Fraser CG. Faecal haemoglobin and faecal calprotectin as indicators of bowel disease in patients presenting to primary care with bowel symptoms. *Gut* 2015;0:1-7.
- 6 Advies bevolkingsonderzoek naar darmkanker. www.gezondheidsraad.nl.

Griepvaccinatie tegen middenoorontsteking?

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. Coördinatie: Hans van der Wouden • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl.

Context Otitis media acuta (OMA) is een veelvoorkomende infectieziekte bij kinderen. Hoewel het meestal vanzelf overgaat, is OMA toch geregeld aanleiding om antibiotica voor te schrijven. De meeste gevallen van OMA zijn bacterieel van aard, maar worden uitgelokt door een virale infectie, zoals influenza. Het is dan ook de vraag of griepvaccinatie OMA kan voorkomen en zo antibioticagebruik kan verminderen.

Klinische vraag Kan griepvaccinatie OMA bij (jonge) kinderen voorkomen?

Conclusie De review bevat tien onderzoeken met in totaal 16.707 deelnemers. Griepvaccinatie geeft een kleine reductie van OMA over een periode van ten minste een half jaar (5 onderzoeken; $n = 4736$; RR 0,80; 95%-BI 0,67 tot 0,96; NNT = 25). De reductie van antibioticagebruik was ongeveer 11% (RR 0,70; 95%-BI 0,59 tot 0,83; NNT = 9). De onderzoeksgroepen bestonden uit gezonde kinderen onder de 6 jaar zonder risicofactoren of OMA in de voorgeschiedenis. Bijwerkingen van de vaccinatie waren koorts en een loopneus. Er was geen verschil tussen de groepen wat betreft zorgconsumptie.

Beperkingen Acht van de tien onderzoeken vond plaats in het ziekenhuis, één in een kinderdagverblijf en van één was de setting onbekend. Negen van de tien onderzoeken werden betaald door de fabrikant van het vaccin. Waarschijnlijk is het antibioticagebruik in de onderzoeksgroepen veel hoger dan in Nederland gebruikelijk is. Dit maakt het effect op antibioticagebruik in de Nederlandse situatie waarschijnlijk (veel) kleiner.

COMMENTAAR

De helft tot driekwart van alle Nederlanders heeft minstens eenmaal een OMA gehad, meestal op jonge leeftijd. Het beloop is vaak gunstig, 80% geneest spontaan na een dag of drie. De kans op recidief is groter bij een infectie vóór het eerste levensjaar. De auteurs van de review concluderen dat na vaccinatie de incidentie van OMA met 4% en het antibioticagebruik met 11% daalt.

Het is plausibel dat het voorkomen van influenza ook OMA voorkomt, maar zelfs dan is het effect van deze interventie met 4% absolute risicoreductie enorm. Bijna te goed om waar te zijn, denk ik. Rekent u even met mij mee? De incidentie van influenza in de huisartsenpraktijk is 17 per 1000 personen per jaar met een spreiding van 9 tot 28. Er is een piekincidentie in de leeftijd van 0 tot 5 jaar en laten we ervan uitgaan dat 28 op de 1000 0 tot 5-jarigen elk jaar influenza krijgen. Stel dat ál deze influenza-infecties leiden tot een OMA. In dat geval zouden we met een 100% effectief vaccin dus 2,8% minder OMA's

krijgen. Met dit extreem optimistische rekenvoorbeeld kom ik uit op een maximaal effect van 2,8%, wat aanzienlijk minder is dan de gevonden 4%. Een opmerkelijk verschil. Is de verklaring dat een (subklinische) influenza-infectie de gevoeligheid voor een bacteriële invasie bevordert? Of dat kinderen in onderzoeksgroepen onder een vergrootglas liggen en dat hiermee de incidentie stijgt? Of komt influenza in werkelijkheid vaker voor dan we denken?

Behalve de incidentie daalt ook het antibioticagebruik (11%). Nederlandse huisartsen schrijven bij 50% van de kinderen met een OMA een antibioticum voor. Dat lijkt veel, maar in vergelijking met België (85%) en Frankrijk (> 90%) is dit relatief weinig. Het effect van het vaccineren op voorschrijfgedrag zal in die landen daarom ook groter zijn. Een andere mogelijke verklaring is dat de definitie van de diagnose OMA tussen de onderzoeken varieerde. Hierdoor zou het kunnen zijn dat er antibiotica is voorgeschreven terwijl er eigenlijk geen sprake was van een OMA.

Op de keper beschouwd geeft griepvaccinatie een verrassend gunstig effect op het voorkomen van OMA. Het valt dus ook niet uit te sluiten dat er nog gunstige effecten zijn voor andere (luchtweg)infecties. Verder is in deze review niet gekeken naar kinderen met risicofactoren voor complicaties bij wie mogelijk het effect nog groter zal zijn.

Moeten we de griep prik dan maar voor alle kinderen invoeren in het rijksvaccinatieprogramma? Dat voert misschien wat ver, want naast de genoemde onzekerheid over het effect op antibioticagebruik weegt het mogelijk ook niet op tegen het mogelijke risico op zeldzame en gevaarlijke bijwerkingen van het vaccin. Iets wat zeker helder moet zijn voordat griepvaccinatie in het rijksvaccinatieprogramma komt. ■

LITERATUUR

- 1 Norhayati MN, HO JJ, Azman MY. Influenza vaccines for preventing acute otitis media in infants and children. Cochrane Database Syst Rev 2015;(3):CD010089.

De in H&W verschenen stukken over praktijkaccreditering en het roer is om roepen de nodige reacties op. Op www.henw.org in de rubriek Ingezonden kunt u deze terugvinden. Hieronder een selectie.

Effecten NHG-Praktijkaccreditering

Het onderzoek van Nouwens et al. in H&W nummer 9 (september 2016) over de effecten van NHG-Praktijkaccreditering roept meerdere vragen op.¹ Waarom dit onderzoek op dit moment? Wie is de opdrachtgever (NHG, NPA, IQHealthcare)? Met welke vraagstelling vooraf? Wat is het doel en wie is de financierder?

Het hele onderzoek lijkt vooral gebaseerd op 'gevalideerde' kwaliteitsindicatoren van CVRM. Mag je conclusies trekken over de 'effecten van accreditatie' door kwaliteitsindicatoren te gebruiken die specifiek ontwikkeld zijn voor CVRM? Zou dit onderzoek niet veel eerder iets kunnen zeggen over 'kwaliteit van ketenzorg CVRM', hetgeen landelijk grotendeels al wordt uitgevoerd in zorggroepen? Om de 'kwaliteit' of misschien liever de 'opbrengsten' van praktijkaccreditering te beoordelen moeten we uitgaan van de visie van de NPA: wat beoogt de NPA te bewerkstelligen? De NPA hoort iets te zeggen over het functioneren en samenwerken van de hele praktijk; alle medewerkers in hun eigen setting/werkgebied, met hun eigen patiëntensamenstelling en professionele netwerken. Van daaruit moeten meetinstrumenten ontwikkeld worden die iets kunnen zeggen over de doelen en opbrengsten van de NPA algemeen, en specifiek voor een praktijk. Dit kan een kwaliteitsindicator CVRM nooit doen. Naar mijn mening moet een onderzoek naar kwaliteit en opbrengsten van de NPA dan ook gedaan worden met door de NPA verzamelde data, en niet door

data uit de huisartseninformatiesystemen te halen, zoals in dit onderzoek. Als het niet mogelijk is om dit onderzoek te doen met door de NPA verzamelde data, dan is de vraag of er bij accreditatie wel de juiste data worden verzameld.

Kortom: fijn dat er onderzoek wordt gedaan naar de opbrengsten en effecten van praktijkaccreditering, maar volgens mij ligt de opdracht bij de NPA om hun eigen data te ontsluiten en van daaruit de meerwaarde van praktijkaccreditering aan te tonen en terug te geven aan de aangesloten praktijken. Het aansluiten van de NPA bij behoeftes van individuele praktijken vraagt veel meer flexibiliteit, gericht inzetten van auditoren (coaches) en ook bestaande programma's los durven te laten.

Joost Leferink,
kaderhuisarts Beleid en Beheer

ANTWOORD

De aanvraag voor dit onderzoek is gedaan door het Radboudumc (afdeling IQ healthcare), met medewerking van het NHG. Gedurende de looptijd van het onderzoek waren NHG en NPA betrokken als gesprekspartners. Het onderzoek werd gesubsidieerd door ZonMW in het kader van het programma Doelmatigheidsonderzoek. Doel was het vaststellen van de effectiviteit en efficiëntie van de NHG-Praktijkaccreditering gericht op patiënten met vastgestelde hart- en vaatziekten.

Een belangrijke aanleiding om te kiezen voor deze patiëntengroep was de publicatie van de evidence based multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement eind 2005. Deze richtlijn bevatte nieuwe aanbevelingen voor de klinische behandeling, in het bijzonder met betrekking tot duidelijke afkapwaarden voor de behandeling (bijvoorbeeld LDL < 2,5 en SBP < 140) en de keuze van de medicatie, welke moeilijk te implementeren zijn in de patiëntenzorg. Bovendien wisten wij uit eerder onderzoek in Nederlandse huisartsen-

praktijken (EPA Cardio project, Van Lieshout & Wensing) dat er ruimte voor verbetering was van de cardiovasculaire zorg. Ook in dit onderzoek bleek dit zo te zijn.

De data die zijn verzameld in het onderzoek over cardiovasculair risicomanagement zijn gelijk aan de data die verzameld worden in het kader van de NHG-Praktijkaccreditering. We zijn het eens met de heer Leferink dat op basis van louter deze gegevens en het gebruikte onderzoeksdesign geen uitspraken kunnen worden gedaan over het effect van de NHG-Praktijkaccreditering, maar alleen over de meerwaarde van het opstellen van verbeterplannen op professioneel handelen en proxy's van patiëntuitkomsten op cardiovasculair gebied. Het opstellen van verbeterplannen is een belangrijk onderdeel van de NHG-Praktijkaccreditering als kwaliteitscyclus. Daarom hebben we data verzameld over *goal attainment* en dit meegenomen als secundaire uitkomstmaat. Daarnaast deden we kwalitatief onderzoek naar de ervaringen van gebruikers van de NHG-Praktijkaccreditering. We verwijzen dan ook graag naar ons artikel over het kwalitatieve deel van ons onderzoek.¹ Belangrijke bevindingen hiervan waren dat deelname zorgde voor een betere werksfeer, hoger bewustzijn van kwaliteit en meer verantwoordelijkheidsgevoel bij alle praktijkmedewerkers. De deelnemers ervoeren echter geen directe invloed op de patiëntenzorg.

Wij vinden ook dat de NHG-Praktijkaccreditering goed aan zou moeten sluiten bij de behoeftes van individuele praktijken. Wij menen dat ons onderzoek al tijdens de uitvoering heeft bijgedragen aan het omvormen van de accreditatie.

Elvira Nouwens, Jan van Lieshout,
Margriet Bouma, Jozé Braspenning,
Michel Wensing

Kritische kanttekeningen bij doorontwikkeling NHG-Praktijk-accreditering

Marc Eyck beaamt het kritisch volgen en bediscussiëren van NPA.¹ Hij stelt dat accreditering dan wel niet direct leidt tot betere uitkomsten op het niveau van de patiëntenzorg, maar dat dit ook niet het voornaamste doel was en is. 'U wordt beloond met een externe erkenning, het certificaat, dat de bereikte kwaliteit bevestigt en met het gevoel dat dat u voldoet aan de eisen van deze tijd en aan de huidige wet- en regelgeving'. 'Regelgeving die van belang is om de veiligheid in de praktijk te waarborgen'. Maar veel aangevoerde argumentatie is mijns inziens niet deugdelijk. Allereerst wordt gesteld dat patiënt, zorgverzekeraars en inspectie *middels* NPA een gerechtvaardigd vertrouwen hebben in verantwoorde zorg. Dit is herhaling van een gewenste overtuiging. Een discussie over de invulling van dit gerechtvaardigd zijn, over de verleende kwaliteit- en verantwoorde zorg moeten we levendig houden! Dat anno 2016 64% van alle huisartsen deelneemt aan de NPA zegt ook toch niets in een discussie gericht op verbeteringen? NPA-accreditering wordt tenslotte steeds meer afgedwongen voor opleiders, de herregistratie, of vanuit angst voor de zorgverzekeraar of inspecteur. Dat is in mijn ogen een vrijheidsschending van onze beroepsethiek; oog in oog met iedere enkeling houden we met honderd dingen rekening, vooral het appel dat ons getroffen heeft. In de laatste plaats is dat een regelgeving van zorgverzekeraar of inspectie.

Ik blijf grote twijfel houden rondom 'ons' NPA als instantie; 'in de spiegel kijken om aan patiëntenverwachtingen te voldoen' is mager. Het beroep van zorgverleners vraagt om een vertrouwen van een instantie die terecht toezicht houdt. Maar een even belangrijk uitgangspunt behoort te zijn dat deze zorgverleners steeds zoeken naar het in praktijk brengen van verbeteringen in hun aanpak en werkwijze die aandacht geeft aan de huisarts als professional die poogt verstandig te handelen in complexe praktijken. Een 'eigen' instituut NPA zou veel meer publiekelijk en naar verzekeraars moeten uitdragen dat dit kwetsbaar mensenwerk is. Opkomen voor onze beroepsethiek en de onderbouwing hiervan. Ervaringen rondom goede zorg, aandacht voor een goede aanpak die ze met beleid hebben gevonden en opkomen voor ondervonden hindernissen in deze; op naar NPA 3.1.

Jaap Schuurmans, praktijkhoudend huisarts en huisartsopleider, sinds vijf jaar geaccrediteerd

ANTWOORD

Schuurmans stelt een belangrijke vraag: hoe behouden we een goed gevoel binnen de huidige sociale context berustend op wijsheid en inzicht? Met NHG-Praktijkaccreditering (NPA) versie 2.1 is al aan veel van zijn bezwaren tegemoet gekomen. NPA is met zijn deelnemersraad en College van Deskundigen voortdurend bezig om de NPA door te ontwikkelen. De NPA is bij uitstek een instrument dat laat zien dat de huisarts bezig is met een 'interne cyclus van kwaliteitsverbetering'. Dat is wat we als huisarts willen, en de patiënten eveneens.

Inzichten uit de wetenschappelijke literatuur, evaluaties, input van deelnemers en van onze beroepsverenigin-

gen zijn de basis voor aanpassingen van de accreditatie. Uiteindelijk worden de kwaliteitsnormen met veel wijsheid en met oog voor wet- en regelgeving vastgesteld door het College van Deskundigen, een vertegenwoordiging van beroepsverenigingen, zorgverzekeraars en patiënten.

De sociale context is ook de vraag van de patiënt naar inzage of aan kwaliteitsnormen en patiëntverwachtingen wordt voldaan. Schuurmans is 'voorzijder van kwalitatief goede zorg en reflectie op het handelen'. NPA spreekt bij accreditatie naar de patiënten uit een gerechtvaardigd vertrouwen te hebben in deze kwalitatief goede zorg en maakt de reflectie op het handelen zichtbaar: er is sprake van een continu verbeteren van de kwaliteit door systematische verslaglegging en rapportage van praktijkorganisatie, samenwerking, veiligheid en professionaliteit in deze huisartsenpraktijk.

De NHG-Praktijkaccreditering is een keurmerk van, voor en door huisartsen, gebaseerd op kwaliteitsnormen die vastgesteld worden door onze eigen beroepsverenigingen en niet door de *International Organization for Standardization* (ISO) te Genève. Een bewuste keuze waardoor de huisartsen zelf de regie houden over hun kwaliteitsbewaking en invloed uitoefenen op hun kwaliteitsbeleid. Gezien het aantal deelnemende huisartsen en de ontvangen feedback na elke audit, wordt deze keuze en uitvoering door de eigen beroepsgroep hoog gewaardeerd.

Graag nodig ik collega Schuurmans uit om zitting te nemen in de NPA-Deelnemersraad om mee te denken met andere deelnemers en NPA-medewerkers over verbeteringen van 'ons' instituut NPA.

Marc Eyck, huisarts, directeur NHG Praktijk Accreditering b.v.

Zorggroepen opheffen is kind met badwater weggooien

In het commentaar Het roer is om, maar waar gaan we naartoe? van Hobma et al. in H&W nummer 10 concluderen de auteurs dat er geen relatie is aangetoond tussen het kwaliteitsbeleid van zorggroepen en uitkomsten van hun zorg, en dat daarom zonder negatieve gezondheidseffecten het mes in zorggroepen kan worden gezet.^{1,2} Zij pleiten voor evaluatie en sanering van zorggroepen.

Wij zijn het hier niet mee eens. Zorggroepen werken systematisch - zij het met een zekere praktijkvariatie - aan implementatie van goede zorg, gebaseerd op de NHG-Standaarden. Zij organiseren de daarbij noodzakelijke samenwerking en evalueren periodiek de effecten van die zorg aan de hand van door het NHG vastgestelde indicatoren. Dat levert spiegelinformatie op die de hoeksteen vormt van een effectieve kwaliteitscyclus in de praktijken. Het leidt tot betere diagnostiek en prescriptie conform (transmurale) formularia. Steeds meer patiënten krijgen daardoor inmiddels zorg zoals die is beschreven in NHG-Standaarden. Procesindicatoren in de landelijke benchmark van InEen laten dat ondubbelzinnig zien.³

Met de introductie van deze programmatische zorg hebben huisartsen en hun samenwerkingspartners daarbij een uitstekend zorgfundament gelegd voor alle mensen met bepaalde aandoeningen waaronder ook psychische klachten en kwetsbare ouderen. De ambitie van de zorggroepen is daarbij nog wel divers.⁴ Zorggroepen helpen ook innovaties implementeren. Zo bieden zij praktijken ondersteuning bij systematische introductie van persoonsgerichte zorg, e-health, zelfmanagement en organisatie van groepscursussen. Niet in de laatste plaats zijn huisart-

sen via hun zorggroep inmiddels een aanspreekbare partner geworden voor patiëntenorganisaties, ziekenhuizen, GGZ-instellingen, zorgverzekeraars en gemeenten. Op een aantal intermediaire uitkomstindicatoren zoals bloeddruk- en cholesterolwaarden zijn grote verbeteringen zichtbaar.³ Ten aanzien van de effectiviteit op langetermijn eindpunten is er gedegen onderzoek beschikbaar over de diabeteszorg, andere vormen van ketenzorg verdienen dezelfde analyse.^{5,6} De eerstelijns diabeteszorg wordt inmiddels erkend als behorende bij de beste van Europa.⁷ Bij CVRM, astma en COPD zijn er vergelijkbare ontwikkelingen.

Zorggroepen zijn systematisch bezig met implementatie van de in zorgstandaarden en NHG-Standaarden beschreven zorg en zijn daarin succesvol. Toch is er kritiek van zorgprofessionals op de aanpak. Zorggroepen trekken zich die kritiek aan en zullen hun werkwijze daarop aanpassen zodat zorgprofessionals hen weer meer als ondersteunend ervaren. Zorggroepen opheffen is het kind met het badwater weggooien en een grote stap terug op het gebied van kwaliteit van zorg.

Arnold Romeijnders, Maarten Klomp, Ed Berends (respectievelijk huisarts en medisch directeur van zorggroepen PoZoB, DOH en SGE), Guy Schulp (directeur ZIO), Henk Bilo (internist)

ANTWOORD

Naar aanleiding van de reactie van Romeijnders et al. willen wij drie zaken naar voren brengen.

1. Wij pleiten niet, zoals Romeijnders et al. schrijven, voor de afschaffing van zorggroepen. Integendeel: ook wij vinden zorggroepen een goede ontwikkeling in de eerste lijn en Romeijnders et al. spelen en speelden hierin een belangrijke voortrekkersrol en verdienen daarom ons respect. Niettemin moeten we kritisch blij-

ven kijken of ontwikkelingen binnen de zorggroepen zinvol zijn.

2. Het aangehaalde wetenschappelijke bewijs ondersteunt de stellingen van Romeijnders et al. niet. Zij verwijzen naar Campmans-Kuijpers, wiens onderzoek juist liet zien dat een relatie tussen kwaliteitsbeleid van zorggroepen en uitkomsten niet aantoonbaar is; daarmee onderbouwt dit onderzoek onze stelling, en niet die van Romeijnders.¹ Daarnaast refereren zij aan drie longitudinale onderzoeken.²⁻⁴ Deze laten verbetering van uitkomsten in de onderzochte groepen zien, maar met dit onderzoeksdesign is niet aangetoond dat dit is veroorzaakt wordt door het beleid van zorggroepen. Dit is ook de conclusie van het stuk, dat mede door een van de ondertekenaars van de reactie is geschreven: 'A causal relationship between shared care and the observed improvements cannot be proved due to the observational design of our study'.³
3. De hoofdboodschap van ons stuk is dat de agenda van de individuele huisarts steeds meer extern gevuld wordt met activiteiten die niet bewezen effectief zijn, maar die tezamen de kwaliteit van de huisartsenzorg negatief lijken te beïnvloeden. In discussies binnen HRMO wordt veelal naar derden gekeken, vooral naar de verzekeraars. Wij hebben ook de activiteiten binnen onze eigen beroepsgroep tegen de spiegel van het beschikbare bewijs gehouden. Ook ten aanzien van de hoofdboodschap van ons stuk overtuigt de reactie van Romeijnders ons niet.

Sjoerd Hobma, Wim Verstappen, Michel Wensing

LITERATUUR

De literatuurlijst kunt u vinden op www.henw.org/archief, rubriek ingezonden.

GEZONDHEID VAN (NIET-WESTERSE) MIGRANTEN

Maria van den Muijsenbergh, Eldine Oostenberg (redactie). Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk. Praktische tips en inspirerende voorbeelden. Utrecht: NHG/Pharos, 2016. 412 pagina's. Prijs: € 64,29 (NHG-leden: € 45,-). ISBN 987-90-5793-265-6.

Doelgroep Huisartsen en andere hulpverleners in de huisartsenpraktijk.

Inhoud Een nogal breed uitwaaien van de titel, maar in feite gaat het vooral over de gezondheid van, gezondheidsproblemen bij en de zorg voor (niet-westerse) migranten. Daarbij komt ook laaggeletterdheid en sociale kwetsbaarheid aan de orde.

Het boek is opgebouwd uit een algemeen deel over gezondheidsverschillen en determinanten van gezondheid en migratie. Het tweede deel gaat over de zorg 'in de huisartsenpraktijk' en in het derde deel komen een groot aantal specifieke onderwerpen als chronische ziekten, kanker, urogenitale problemen en psychische problemen aan de orde. Ook is er aandacht voor somatisch onverklaarde klachten, ziektebeleving en -gedrag.

Er wordt ingezoomd van algemeen naar heel specifiek. Het boek is opgebouwd uit heel veel, vrij korte, hoofdstukken. De grote hoeveelheid auteurs is strak in het gareel gehou-



den. Ieder hoofdstuk begint met kernboodschappen. Je kunt dus snel en vluchtig lezen, maar ook achtergrondinformatie vinden en je krijgt suggesties voor gebruik van de gegeven informatie in de dagelijkse praktijk. Elk onderwerp wordt verantwoord met een lijst referenties. Er worden ook steeds praktische doorleestips en suggesties voor hulpmiddelen gegeven.

Ik mis een beetje het besef van de 'wereld van verschil' die er bestaat tussen de hoogopgeleide en redelijk tot zeer goedbetaalde hulpverlener en de laagopgeleide en vaak in sociaal-economisch slechte omstandigheden en bestaansonzekerheid levende (niet-westerse) migrant. Migratie geeft een gebrek aan geborgenheid. Dat moet bijna wel tot wantrouwen en communicatieproblemen leiden, of in ieder geval moet daar sterk rekening mee worden gehouden in de omgang. De expats, migranten van meestal 'westerse' origine, die ik ook veel in de praktijk tegenkom, hebben zo hun eigen problematiek en gebruiksaanwijzing. Uiteraard komt die migrantencategorie in dit boek niet aan de orde.

De functie van het zeer nadrukkelijke kleurgebruik in de pagina's en paginaranden en ook de indeling in een inleidend deel 'een sterke eerste lijn', een deel over de zorg 'in de huisartsenpraktijk' en specifieke onderwerpen onder de paraplu 'in de spreekkamer', is me niet duidelijk.

Oordeel Een gedegen en praktijkgericht boek, aan te bevelen voor de (opleidings)praktijk. Iedere huisarts in opleiding moet het in zijn basisbibliotheek hebben.

Douwe de Vries

Waardering: ●●●●

Erratum

In H&W nummer 12 is op pagina 542 bij het artikel 'Revalidatie versus gedragstherapie bij chronische vermoeidheid' van Desirée Vos-Vromans et al. de derde auteur weggevalen, namelijk I.P. (Ivan) Huijnen.

Redactie H&W

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1b

Van Riet-Nales DA, Schobben AFAM, Vromans H, Egberts ACC, Rademaker CMA. Kindvriendelijke geneesmiddelen. Huisarts Wet 2017;60(1):15-9.

2d

Van Riet-Nales DA, Schobben AFAM, Vromans H, Egberts ACC, Rademaker CMA. Kindvriendelijke geneesmiddelen. Huisarts Wet 2017;60(1):15-9.

3a

Van Riet-Nales DA, Schobben AFAM, Vromans H, Egberts ACC, Rademaker CMA. Kindvriendelijke geneesmiddelen. Huisarts Wet 2017;60(1):15-9.

4b

Het Nederlands Kenniscentrum voor Farmacotherapie bij Kinderen. www.nkfk.nl.

5c

<https://www.cbg-meb.nl/mensen/voor-zorgverleners/inhoud/generieke-geneesmiddelen>

6b

Het Nederlands Kenniscentrum voor Farmacotherapie bij Kinderen. www.nkfk.nl.

7c

Van Riet-Nales DA, Schobben AFAM, Vromans H, Egberts ACC, Rademaker CMA. Kindvriendelijke geneesmiddelen. Huisarts Wet 2017;60(1):15-9.

8d

www.farmacotherapeutischkompas.nl
<https://www.kinderformularium.nl/geneesmiddel/315/doxycycline>

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Henk Folkers, werkzaam bij de Huisartsenopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

Herziene auteursinstructies H&W

Met ingang van 1 januari 2017 hebben wij een aantal wijzigingen doorgevoerd in de auteursinstructies. Deze wijzigingen hebben met name betrekking op het maximum aantal woorden per artikel. Zie voor de meest recente auteursinstructies: www.henw.org/voorauteurs.

Huisarts en Wetenschap

wordt uitgegeven onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). www.henw.org

Redactie

Ivo Smeele, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Bèr Pleumeekers, Nadine Rasenberg, Annet Sollié, Wim Verstappen.

De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG. Auteursinformatie: www.henw.org/voorauteurs

Redactiesecretariaat

Henny Helsloot, Judith Mulder, Susan Umans. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, fax 030-2823501, redactie@nhg.org

Uitgever: Paul Dijkstra, Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
 Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
 Tel. 030-2823500, fax 030-2823501

Advertenties

Advertentieverkoop: advertieren@bsl.nl, tel. 030-6383603
 Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie. Inzenden aan de uitgeverij: media.marketing@bsl.nl, Roos de Bie, 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 of door contact op te nemen met de abonnementenadministratie.
 Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 231,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 138,60. Studenten ontvangen 50% korting.

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon: 030-6383736. Bij wijziging van de tennaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de

gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden.
 Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd. www.bsl.nl

© 2017
 ISSN 0018-7070



Bohn
 Stafleu
 van Loghum



Artsen zonder grenzen

Het nichtje van een alleenstaande, oudere vrouw vroeg me tijdens een huisvisite om wat vaker bij tante langs te komen omdat tante erg eenzaam was. Als de dokter wat vaker zou langskomen, was er alweer een leeg moment opgevuld. Van de cardioloog kreeg ik een brief waarin hij aankondigde dat een patiënt die langdurig bij hem onder controle had gestaan, voor gespecificeerde controles weer terug kon naar de huisarts. Zonder dat daar individueel of landelijk afspraken over bestaan.



De grens tussen wat wij als huisartsen aan zorg verlenen en wat door andere zorgverleners wordt gedaan, staat open. Het lijkt alsof substitutie van

de tweede lijn een panacee is voor een te dure gezondheidszorg. De huisarts is populair! Deze verschuiving in de zorg is alleen goed te hanteren als daar duidelijke afspraken over worden gemaakt tussen zorgverleners en met zorgverzekeraars.

Niet alle problemen binnen het medische domein, zoals eenzaamheid en de impact van werkloosheid en armoede, zijn op te lossen door de huisarts. In deze gevallen zijn verwijzing naar en samenwerking met wijkteams en andere organisaties in het sociale en maatschappelijke domein een goede optie. Het is van belang om te realiseren dat onze bijdrage aan het bevorderen van gezondheid ook grenzen heeft. Ik heb met mijn patiënt afgesproken dat ik haar een paar keer per jaar zal zien, maar haar eenzaamheidsprobleem kan ik als haar huisarts niet oplossen. Investeren in een hecht sociaal netwerk en niet te afhankelijk zijn van goed georganiseerde zorg of gemeente, is de beste verzekering voor een fijne oude dag.

Rob Dijkstra

NHG-Standaarden vervangen door praktijkhandleiding

De NHG-Standaarden Influenza en influenzavaccinatie (M35) en Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom (Mo6) zijn vervangen door praktijkhandleidingen.

De richtlijnen over deze onderwerpen komen rechtstreeks van de Gezondheidsraad waardoor een aparte NHG-Standaard niet meer nodig is. Informatie over beide onderwerpen vindt u

vanaf nu in de NHG-dossiers Influenza-vaccinatie en Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker op onze website. In de NHG-Praktijkhandleiding Baarmoederhalskanker staat ook informatie over cervixuitstrijken op indicatie buiten het bevolkingsonderzoek. Hierover is ook de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies te raadplegen.

Korte terugblik ALV

Tijdens de ledenvergadering op 1 december 2016 zijn onder meer verschillende NHG-Standaarden en NHG-Behandelrichtlijnen bekrachtigd.

Ook zijn het NHG-jaarplan 2017 en de begroting voor 2017 vastgesteld, waarbij tevens is ingestemd met de contributieverhoging van 1%. Verder is de herziening van het AC-reglement vastgesteld en het voorstel om H&W te innoveren.

Extra ALV

De bestuurder gaf naar aanleiding van het ALV-verslag van juni 2016 een presentatie over de voortgang van de reorganisatie binnen het bureau. Onder

voorbehoud is er op donderdag 2 februari 2017 om 18.45 uur een extra ALV, waar op vragen van leden kan worden ingegaan. Houdt u hiervoor de website in de gaten.

Daarnaast werd gesproken over het herziene reglement van H&W en zijn een aantal leden herbenoemd, waaronder Nelleke Gruijters als lid van de raad van toezicht en een aantal huisartsleden van de NHG-Verenigingsraad.

Het volledige verslag van de Algemene ledenvergadering NHG van 1 december 2016 staat op de nieuwspagina van nhg.org.



'Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde' is beschikbaar via nhg.org/winkel. Op is op.

Lever een bijdrage aan de Wetenschapsdag 2017

Wilt u een bijdrage leveren aan de NHG-Wetenschapsdag op 2 juni 2017 in de vorm van een voordracht of posterpresentatie? Dien dan vóór 26 januari een abstract in via www.nhgwetenschapsdag/abstracts. Aios huisartsgeneeskunde en aiotho's worden met nadruk uitgenodigd om dit te doen. Het thema dit jaar is *Beyond evidence based practice*: hoe gaan evidence en een persoonsgerichte benadering samen? U ontvangt vóór april bericht over acceptatie van uw bijdrage.

(On)alledaags NHG-Congres in beeld

Prikkelende keynotes, inspirerende workshops, prijzen voor de beste wetenschappelijke artikelen en natuurlijk een swingend eindfeest. Alle ingrediënten voor een succesvol congres waren er. Zie hier een verslag in beeld van het NHG-Congres 2016 in Leeuwarden.



▲ Het congres werd op donderdagavond ingeluid met een ijskoud sportiefsamenzijn.

► Het eerste exemplaar van 'Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde' werd overhandigd aan Ron Helsloot, redacteur van de uitgave. Dit boek beschrijft de geschiedenis van de Nederlandse huisartsgeneeskunde met extra aandacht voor de rol die het NHG daarin vervulde.



▼ De Heert Dokterprijs voor het beste onderzoeksartikel in HøW werd dit jaar gewonnen door Emiel Hoogendijk. Hij won de prijs voor zijn artikel 'Zorgmodel voor thuiswonende kwetsbare ouderen'. Henriëtte van der Horst, voorzitter van de congrescommissie 2017, nam de prijs voor hem in ontvangst uit handen van juryvoorzitter Patrick Bindels.



▲ Rolieke Cents won de Casuïstiekprijs voor de beste klinische les in HøW voor haar artikel over suïcide onder adolescenten.



▲ Janny Dekker, voorzitter van de Wetenschappelijke Programmacommissie, wenste de deelnemers veel inspiratie toe en 'skills for next Monday'.

▼ Ann Van den Bruel, Associate Professor aan de University of Oxford, sprak in haar keynote over de kunst van het evenwicht tussen het identificeren van die ene patiënt met een ernstige aandoening zonder bij de overige patiënten overdiagnostiek te bedrijven.



▲ Wie is de expert? Patiënt en medisch socioloog Anne-Miek Vroom over de rol van de huisarts bij een patiënt met een zeldzame ziekte.



▲ Na een geslaagde dag vol impressies en inspiratie en een heerlijk buffet met voor elk wat wils zorgden onder meer de prachtige dames van The Triolettes voor de muzikale omlijsting van het feest.



▲ Op een snijboon werd het verwijderen van een chalazion geoefend.

Huisartsengeneratie stond aan wieg NHG

De familie Brühl bestaat eerdaags uit vier generaties huisartsen. Overgrootvader voerde zijn vak op bijna pastorale wijze uit, opa was medeoprichter van het NHG, vader Flip is net met pensioen en dochter heeft nu als aios de mogelijkheid om haar functie flexibel in te vullen. Flip Brühl is derde in lijn van dit huisartsengeslacht en maakte als kind de oorsprong van het NHG mee: "Er werd in die beginjaren ontzettend veel gelachen op het NHG."



Twee van de vier generaties huisartsen Brühl: aios Sophie met zoon Daan en vader Flip.

Thuis aan de keukentafel, met kleinzoon Daan van zeven maanden bij dochter Sophie op schoot – misschien wel de vijfde generatie huisartsen op rij – haalt Flip warme herinneringen op aan de begintijd van het NHG. "Mijn vader Karel George Brühl werkte in de praktijk van de heer Rademacher, toen bij hen het idee ontstond dat er een opleiding voor huisartsen moest komen. Rademacher was de dichtstbijzijnde collega van zijn vader, mijn opa, geweest op het eiland Voorne Putten. Hij was eigenlijk bij hem in de leer. Samen gingen ze op zoek naar gelijkgestemden waarmee ze om de tafel zijn gaan zitten. Die mannen hadden het ontzettend gezellig met elkaar. Ze kwamen bij ons thuis bij elkaar en het was aan tafel altijd lachen gieren brullen; een beetje studentikoos. Met veel vergaderen en lobbyen kregen ze het uiteindelijk voor elkaar om het genootschap op te zetten. Je kunt het je nu niet meer voorstellen, maar ze hadden veel moeite om überhaupt de universiteiten ervan te overtuigen dat een opleiding voor huisartsen noodzakelijk was."

Is het vak veranderd sinds de eerste huisarts Brühl?

Sophie: "Mijn overgrootvader had een praktijk aan huis en mijn overgrootmoeder was moeder, apotheker en doktersassistente ineen. Ze deed ook gewoon de triage. Mijn opa had de wil om de huisartsgeneeskunde op de kaart te zetten, te professionaliseren. Nu staan de kaders er, is de driejarige opleiding tot huisarts een vanzelfsprekendheid, is de uitvoering van triage aan regels gebonden, en hebben wij - jonge huisartsen - de mogelijkheid om het vak naar eigen wens in te vullen. Zo heeft mijn vader er bewust voor gekozen om zich niet alleen bezig te houden met het vak huisartsgeneeskunde, hij koos ook nadrukkelijk voor zijn gezin. Hij was er altijd voor ons. Huisartsen kunnen nu ook differentiëren, besluiten om meer de bestuurlijke kant op te gaan, of te kiezen voor het waarnemerschap. Hier in de Randstad vind je bijna niemand meer met een apotheekhoudende 24/7-praktijk die totale devotie van je vraagt."

Delen jullie vaak kennis met elkaar?

Flip, inmiddels gepensioneerd, is daar voorzichtig mee: "De houdbaarheid van de kennis van de huisarts is heel kort." Sophie: "Ik gebruik de standaarden, maar als het gaat om levensproblematiek kan ik bij mijn vader terecht. Of als mijn gevoel niet goed is kan ik het spiegelen aan hem, want hij heeft een ontzettend goed ontwikkeld pluis/niet-pluisgevoel. Dat is ook het bijzondere aan het delen van dit vak, de warme en makkelijke supervisie. Al die jaren dokterschap om uit te putten is enorm prettig."

Wat is jullie conclusie over het huidige NHG?

Karel George Brühl was de eerste secretaris van het genootschap en redacteur van H&W. Flip: "Het NHG is precies geworden zoals al werd beschreven in die eerste nummers van H&W, namelijk het belang van gedragswetenschappers bij het genootschap en dat wetenschap en onderzoek door huisartsen noodzakelijk is. Die eerste artikelen zijn nog altijd actueel. In de eerste uitgave van H&W staat al dat de huisarts natuurlijk een medicus is, maar zich ook als mens moet ontwikkelen. Er is enorm geknokt om gedragswetenschappers bij de huisartsenopleiding te krijgen. En niet voor niets: zij hadden een positief effect op het vak. Het besef van het belang van goed patiëntencontact zie je nu pas een beetje bij specialisten ontstaan."

Redactie NHG-nieuws

Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Ellen Oibers, eindredactie
Simone Sinjorgo
Linda Tolsma
Susan Umans, eindredactie

Contact

Ellen Oibers
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: e.oibers@nhg.org

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

Voor het colofon van het wetenschappelijk deel van H&W: blader 4 pagina's terug

Colofon