

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Uitwisselen van ervaringen in de huisartsopleiding

ONDERZOEK

Subklinische schildklierafwijkingen bij ouderen

NHG-STANDAARD

Diepe veneuze trombose en longembolie

WETENSCHAP

- 6** **ONDERZOEK**
Uitwisselen van ervaringen in de huisartsopleiding
Mario Veen, Bernadette Snijders Blok, Frits Bareman, Herman Bueving
- 12** Subklinische schildklierafwijkingen bij ouderen
Liselotte Wijsman, Wendy den Elzen, Vanessa Virgini, Nicolas Rodondi, Douglas Bauer, Patricia Kearney, Wouter Jukema, Rudi Westendorp, Ian Ford, David Stott, Jacobijn Gussekloo, Simon Mooijaart
- 16** **BESCHOUWING**
Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting
Dan Cohen
- 20** Strategieën in preventieve zorg voor ouderen
Yvonne Drewes, Jeanet Blom, Pim Assendelft, Jacobijn Gussekloo
- 24** **COMMENTAAR**
Huisarts, ook voor je eigen familie?
Maria van den Muijsenbergh
- 25** Urethritis of cystitis: soa of urineweginfectie?
Janny Dekker

26

NHG-STANDAARD

- Diepe veneuze trombose en longembolie (eerste herziening)
NHG-werkgroep Diepe veneuze trombose en longembolie

KLINISCHE PRAKTIJK

- 19** **PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE**
Kwalitatief onderzoek
Tim olde Hartman, Peter Lucassen
- 36** **HUISARTSENZORG IN CIJFERS**
Resistentie *S. aureus* en huidinfecties
Evelien van Bijnen, John Paget, Casper den Heijer, François Schellevis
- 37** **(VER)STAND VAN ZAKEN**
Blended behandeling van depressieve klachten
Btissame Massoudi
- 38** **NASCHOLING**
Dermatoscopie in de huisartsenpraktijk 1
Lisanne Secker, Wilma Bergman, Nicole Kukutsch
- 42** **KLINISCHE LES**
Kind met buikpijn en rectaal bloedverlies
Caroline van Leeuwen, Gea Holtman, Justin Kranenberg
- 45** **CASUÏSTIEK**
Allergische reactie na permanente tatoeage
Sebastiaan van der Bent, Ines Schornagel
- 50** **SPREEKuur**
Jeuk
Pieter-Jan Beckers, Paul Weijers
- 51** De slecht etende peuter/kleuter
Famke Falkenberg, Jochen Cals
- 52** **CATS**
Recept voor antibiotica bij bovensteluchtweginfecties
Vera van Voorst, Antonette Smelt
- 53** **PEARLS**
Een oester zonder parel
Lidewij Broekhuizen, Hans van der Wouden

1

HET NHG

3

11, 48

46

49

54

56

JOURNAAL

COLUMNS

INTERVIEW

KENNISTOETS

BOEKEN

COLOFON HG&W

Dokter, is dit normaal?

Onze biologielaar was academicus, en dat zouden we weten ook. Middagen brachten we door met het vastleggen van onze biometrie: lichaamslengte, gewicht, hartfrequentie en reactiesnelheid. De resultaten gingen vervolgens in een grote tabel en na even rekenen kwam het moment suprême: wie zat er 'buiten de normaalwaarden? We lachten onze puberale afwijkingen maar weg; later als we minister waren of neurochirurg zou immers niemand er meer naar vragen.

Referentiewaarden

Natuurlijk zijn meetwaarden die zich aan de boven- of ondergrens bevinden in een ogenschijnlijk gezonde populatie niet per definitie abnormaal, of een indicatie voor ziekte. Maar toch: veel referentiewaarden (de term 'normaalwaarden' wordt niet meer gebruikt) van bloedonderzoek berusten op metingen bij een relatief kleine groep gezonde volwassenen tussen de 20 en 50 jaar oud. Een referentiewaarde wordt zo gekozen dat 95% van die uitslagen erbinnen valt, 2,5% erboven en 2,5% eronder. Op deze manier valt voor elke bepaling 1 op de 20 gezonde jonge mensen sowieso buiten de referentiewaarde.



Klinische beslisgrenzen

Referentiewaarden zijn dus iets heel anders dan 'klinische besliswaarden' die in het ideale geval zijn vastgesteld door metingen bij gezonde en ook zieke mensen. Voor de nuchtere glucose is zo'n klinische besliswaarde: bij twee keer een uitslag > 7 mmol/liter is de diagnose diabetes een feit – ongeacht de klachten – en daarmee de kans op complicaties en dus de behandelindicatie. Voor de meeste andere diagnostiek bestaan zulke klinische beslisgrenzen niet, en moeten we de context goed bestuderen om uitslagen te kunnen interpreteren. Zo behoeft een verhoogd ALAT misschien geen actie bij iemand die eerder een leververvetting op de echo liet zien. Een e-GFR van 30 ml/min/1,73 m² vraagt om directe actie als deze zes maanden geleden 60 was, maar niet als deze toen 33 was. Een ijzergebreksanemie kan fysiologisch zijn bij jonge vrouwen, maar kan bij ouderen wijzen op coloncarcinoom.

Schildklier

Onze huidige referentiewaarden zijn vaak niet gebaseerd op metingen bij kinderen en hoogbejaarden, en de interpretatie van bloedsuitslagen vraagt bij hen nog meer denkwerk. In dit nummer schrijven Liselotte Wijsman en collega's over hun onderzoek bij ruim 5000 ouderen met een gemiddelde leeftijd van 75 jaar. Zij vinden dat subklinische hypo- of hyperthyreoïdie (respectievelijk een hoge of lage TSH met normale T₄), ook als deze na zes maanden nog aanwezig was, niet samengaat met verminderd dagelijks functioneren. Deze uitslagen lijken dus inderdaad klinisch irrelevant. Bij kinderen zijn metingen van de schildklier misschien nog lastiger: de TSH- en T₄-waarden in bloed variëren erg met de leeftijd en ook tussen individuen.

Individuele curves

Het groeiboekje van het consultatiebureau is een mooi voorbeeld: nieuwe uitslagen worden alleen bekeken in het licht van de vorige metingen. Groei-curves zijn individueel en dat geldt ook voor de meeste biomarkers in bloed. Daarom verdienen bloedsuitslagen juist wel uniforme rapportage in het HIS, met een labcode. En in de ideale wereld beheert de patiënt al zijn groeicurves. Als we bellen over subklinische hypothyreoïdie zal hij zeggen: dokter, geen zorgen, deze TSH hoort bij mij. ■

Lidewij Broekhuizen

Trials, reviews en auteurs

Auteurs van systematische reviews die zelf ook trials hebben uitgevoerd op het onderzochte gebied hebben verschillende, soms strijdige, belangen. Op zoek naar oplossingen.

Systematische reviews worden in het algemeen boven in de evidence-piramide geplaatst: er is grondig gezocht naar alle relevante onderzoeken, de methodologische kwaliteit is beoordeeld, en als het even kan zijn de resultaten van de afzonderlijke onderzoeken gecombineerd.

Het komt regelmatig voor dat de schrijvers van zo'n systematische review zelf betrokken waren bij één of meer van de geïncludeerde onderzoeken. Zo bevat de Cochrane-review over de behandeling van impetigo twee trials waarbij de review-auteurs (onder wie ondergetekende) betrokken waren.

Deze betrokkenheid, hoewel begrijpelijk, impliceert mogelijke belangenverstrengeling. Wanneer je een trial hebt gedaan, ben je bijvoorbeeld enthousiast over de onderzochte interventie en dat kan, bewust of onbewust, doorwerken in de uitvoering van de systematische review. Maar mensen die zelf een trial hebben gedaan, zijn bij uitstek deskundig op dat terrein, en het zou te ver voeren om hen te verbieden om betrokken te zijn bij een systematische review.

Binnen de Cochrane Collaboration geldt als regel dat de auteurs hun betrokkenheid bij geïncludeerde trials als belangenverstrengeling moeten aangeven, en dat ze hun eigen trials niet op kwaliteit mogen beoordelen. Onlangs is daar nog aan toegevoegd dat ook de data-extractie, oftewel het overnemen van de gegevens over onderzoeksopzet en resultaten, niet door de auteurs van de trial mag plaatsvinden. En sommigen willen nog verder gaan.

Het is de vraag of het plaatsen van steeds meer waterdichte schotten de kwaliteit en geloofwaardigheid van sys-

tematische reviews daadwerkelijk ten goede komt. De uitvoerbaarheid zal er in elk geval niet op vooruitgaan. Maar we moeten ons blijven realiseren dat het eigenbelang van de slager die zijn eigen vlees keurt een kritische kijk in de weg kan staan. ■

Hans van der Wouden

Kliner M, et al. When trial authors write Cochrane Reviews: competing interests need to be better managed [editorial]. Cochrane Database Syst Rev 2014;9:ED000089. bmj.g4490.



Foto: Belchouck/www.123rf.com

Fysiotherapie bij schouderklachten

Veel mensen gaan voor schouderklachten naar een fysiotherapeut, al dan niet op advies van hun huisarts. Maar welke fysiotherapeutische behandeling is effectief en welke niet? Een literatuuroverzicht toont dat hyperthermie en oefentherapie op de korte termijn effectief zijn. Op langere termijn geldt dat alleen voor oefentherapie.

Onderzoekers uit Rotterdam en Keele schreven een systematische review

over gepubliceerde, gerandomiseerde trials naar het effect van verschillende vormen van fysiotherapie en manuele therapie bij het subacromiaal impingementsyndroom. Ze vonden twee reviews met daarin respectievelijk 9 (n = 525) en 10 trials (n = 575) plus nog 10 losse trials.

De auteurs scoorden het bewijs aan de hand van het aantal trials en de consistentie van de resultaten van afwezig tot sterk. Er was matig bewijs dat hyperthermie en oefentherapie effectiever waren dan niets doen op de korte termijn (< 3 maanden). Op de

middellange termijn (4 tot 6 maanden) gaf oefentherapie de beste resultaten (matig bewijs). Voor andere behandelingen – manipulaties, ultrageluid, laser en pulsed electromagnetic fields – was er nauwelijks, geen of conflicterend bewijs. Ook hier moet de patiënt het zelf doen: actief oefenen. ■

Lidewij Broekhuizen

Gebremariam L, et al. Subacromial impingement syndrome-effectiveness of physiotherapy and manual therapy. Br J Sports Med 2014;48:1202-8.

Benzodiazepinen geven meer kans op Alzheimer

Aan het rijtje bijwerkingen in de bijsluiter van benzodiazepinen, zoals slaperigheid, duizeligheid, verwardheid en verhoogd valrisico, kan er nog eentje worden toegevoegd. Het lijkt er namelijk op dat patiënten die langdurig benzodiazepinen gebruiken, een verhoogde kans hebben op de ziekte van Alzheimer.

Franse en Canadese onderzoekers deden een case-controleonderzoek naar de relatie tussen gebruik van benzodiazepinen en de ziekte van Alzheimer. Zij vergeleken hiervoor het benzodiazepinegebruik van bijna 1800 patiënten met de ziekte van Alzheimer, 5 jaar voorafgaand aan de diagnose, met een

op leeftijd en geslacht gematchte controlegroep van ongeveer 8000 personen uit de algemene bevolking. Personen ≥ 65 jaar die de afgelopen 5 jaar benzodiazepinen hadden gebruikt, bleken 51% meer kans te hebben op de ziekte.

Bij gebruikers die minder dan 90 dagen gebruikt hadden, werd geen verhoogd risico vastgesteld; bij 3 tot 6 maanden was dit risico met 32% verhoogd en bij langer dan 6 maanden met 84%. Deze risicotoenamen viel niet te verklaren door angst, depressie of slaapproblemen. Kortwerkende middelen gaven een risicotoenamen van 43%, voor langwerkende middelen was dit 70%. Bij een geschatte prevalentie van de ziekte van Alzheimer van 6% onder personen ≥ 55 jaar, betekent dit dat één op de 30 mensen die langer dan 3 maanden benzodiazepinen gebruikt, de ziekte van Alzheimer krijgt!

Benzodiazepinen kunnen een waardevolle bijdrage leveren aan de behandeling van angststoornissen en voorbijgaande slaapproblemen. Onderzoek naar bijwerkingen van medicijnen is vaak moeilijk te interpreteren. Desalniettemin mogen we op grond van dit onderzoek aannemen dat er een significant verband is tussen het gebruik van benzodiazepinen en het optreden van de ziekte van Alzheimer. Mede dankzij dit onderzoek heeft het langer dan 3 maanden voorschrijven van deze middelen er een extra contra-indicatie bij gekregen. ■

Bèr Pleumeekers

Billioti de Gage S, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. BMJ 2014;349:g5205.

Salbutamol niet effectief bij bronchiolitis

Bronchiolitis is een virale infectie van de lagere luchtwegen die vooral voorkomt bij kinderen onder de 2 jaar. Soms zijn ze zo ziek dat een opname noodzakelijk is. Bij minder zieke kinderen is symptomatische behandeling te overwegen. De kinderen presenteren zich vaak met kortademigheid, een piepend verlengd expirium en crepitaties. Hoewel de symptomatologie sterk lijkt op een astma-aanval, heeft verneveling van salbutamol geen effect op de klachten.

Een onlangs verschenen update van een Cochrane-review over de behandeling van bronchiolitis met bronchodilatoren includeerde 30 trials met in totaal

1992 kinderen. Tien onderzoeken hadden betrekking op patiënten die niet opgenomen waren in een ziekenhuis. Ziekenhuisopname was uiteindelijk noodzakelijk in ruim 12% van de gevallen. Het gebruik van salbutamol had hierop geen effect en evenmin op de duur van de opname. Salbutamol had ook geen statistisch significant effect op de zuurstofsaturatie en het klinisch beeld verbeterde niet sneller onder invloed van salbutamolinhalaties. Bij de patiëntjes die dit middel toegediend kregen, werden wel bijwerkingen geregistreerd. De meestvoorkomende waren tachycardie en tremoren.

De auteurs concluderen op basis van deze systematische review dat bronchodilatoren als salbutamol niet van nut zijn bij de behandeling van kinderen met een bronchiolitis. Omdat de symptomatologie makkelijk te verwarren is

met die van een astma-aanval, valt een eenmalige proefbehandeling met salbutamolverneveling te overwegen. Bij duidelijke verbetering van het klinisch beeld wordt de diagnose astma waarschijnlijker en bij het uitblijven van enig effect kan van verdere behandeling met een bronchodilatator worden afgezien. Echter, bij jonge kinderen onder de 2 maanden blijft opletten geboden en is opname veelal toch noodzakelijk als er sprake is van risicofactoren die het optreden van apneu of respiratoire insufficiëntie waarschijnlijk maken. ■

Bèr Pleumeekers

Gadomski AM, et al. Bronchodilators for bronchiolitis. Cochrane Database Syst Rev 2014;6:CD001266.pub4.

Neem de trein!

Dat meer bewegen gezond is, mag geen nieuws meer zijn. Dat deze inspanning voor de gezondheid niet per se met hoge intensiteit in de sportschool plaats hoeft te vinden, beginnen we ook gewoon te vinden. Maar uit Brits onderzoek blijkt nu zelfs dat mensen die met het openbaar vervoer naar en van hun werk reizen een lager BMI en vetpercentage hebben.

Steven Cummins en Amanda Sacker vergeleken in een groot onderzoek het BMI en het vetpercentage van drie verschillende groepen. Mensen die de auto gebruiken voor het woon-werkverkeer, personen die per openbaar vervoer reizen, en mensen die lopend of fietsend naar het werk gaan. Twee zaken in dit onderzoek vallen op. Ten eerste zijn er weinig verschillen in BMI en vetpercentage tussen de groep die het openbaar vervoer gebruikt en fietsers/wandelers. Ten tweede is er een aanzienlijk verschil tussen de autorijders en de beide andere groepen. Zowel het BMI als het vetpercentage zijn in die laatste groepen aanzienlijk lager.

De onderzoekers gingen na of het verschil niet te verklaren valt door een



Foto: Sludgegulper/Flickr

groter aandeel sportende mensen in de meer actieve groepen. Dit bleek de verschillen bij mannen niet te verklaren, bij vrouwen wel het verschil in BMI. Verder onderzoek moet uitwijzen of het veranderen van de woon-werkverkeersstijl ook leidt tot veranderingen in BMI en vetpercentage.

Deze bevinding kan behoorlijke implicaties hebben, waarbij adviezen

gericht op een actievere leefstijl mogelijk dus uit te breiden zijn met een vervoersadvies. ■

Jurgen Damen

Cummins S, et al. Associations between active commuting, body fat, and body mass index: population based, cross sectional study in the United Kingdom. BMJ 2014;349:g4887.

Geen standaard behandeling met bètablokkers

Voor patiënten met zowel hartfalen als atriumfibrilleren hebben bètablokkers geen voorkeur boven andere anti-aritmica ter verbetering van de prognose. Ze hoeven dus niet als standaard behandeling te gelden, blijkt uit Brits onderzoek.

Dipak Kotecha et al. voerden een individuele patiëntendata-analyse uit, met tien verschillende gerandomiseerde, gecontroleerde onderzoeken. In totaal vergaarden ze hiermee informatie over 18.254 patiënten met hartfalen, van wie 3066 (17%) bij de baselinemeting atriumfibrilleren hadden. Er was sprake van een mortaliteit van 21% (n =

633) bij patiënten met zowel hartfalen als atriumfibrilleren. Van de patiënten werd 40% (n = 1205) minimaal éénmaal opgenomen in het ziekenhuis (de reden van opname werd niet gespecificeerd).

De onderzoekers keken naar patiënten met zowel hartfalen als atriumfibrilleren en vergeleken binnen deze subgroep patiënten die bètablokkers kregen met degenen die placebo's kregen. Er was tussen deze groepen geen significant verschil in mortaliteit (HR = 0,97 (95%-BI 0,83 tot 1,14; p = 0,73)) en ook het aantal ziekenhuisopnames wegens cardiovasculaire oorzaken was gelijk (HR = 0,93 (95%-BI 0,79 tot 1,10; p = 0,43)). Behandeling met bètablokkers had evenmin effect op de incidentie van fatale beroerte (HR = 1,04 (95%-BI 0,66 tot 1,63; p = 0,87)). De hazard ratio is een relatief risico op een uitkomst, waarbij

rekening wordt gehouden met het feit dat niet iedere persoon even lang aan het onderzoek heeft deelgenomen, bijvoorbeeld vanwege overlijden. ■

Marloes Minnaard

Kotecha D, et al. Efficacy of β blockers in patients with heart failure plus atrial fibrillation: an individual-patient data meta-analysis. The Lancet 2014;6736:61373-8.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).



Uitwisselen van ervaringen in de huisartsopleiding

Samenvatting

Veen M, Snijders Blok B, Bareman F, Bueving H. Uitwisselen van ervaringen in de huisartsopleiding *Huisarts Wet* 2015;58(1):6-10.

ACHTERGROND Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling en achtergronden van het uitwisselen van ervaringen (UvE; 'spuien', leren van ervaringen, onderlinge consultatie) plaatsen wij deze onderwijsvorm in een historisch kader.

METHODE We hebben schriftelijke bronnen onderzocht en semi-structureerde interviews afgenomen bij (oud-)stafleden die bij de ontwikkeling van het UvE betrokken waren.

RESULTATEN De motivatie om het UvE in de huisartsopleiding op te nemen hangt samen met de maatschappelijke, sociale en onderwijskundige context van de jaren zeventig van de vorige eeuw. De opleiding richtte zich niet alleen op het medische aspect van het huisartsenvak, maar vooral ook op de arts-patiëntrelatie en de rol die de persoonlijkheid van de dokter hierin speelde. Het UvE vormde de basis van het onderwijsprogramma, waarin de vrijheid van aios om hun opleiding vorm te geven vooropstond. Het UvE stelde aios in staat om hun ervaringen te delen en van elkaar te leren, en diende daarnaast als bron van het resterende onderwijs op de terugkomdag. De Balint-methode was een belangrijke inspiratiebron voor huisartsen uit die tijd en diende als model voor het invoeren van het UvE en het daarbij betrekken van gedragswetenschappers. Het UvE moest na de basisopleiding een cultuuromslag bewerkstelligen en bijdragen aan de profilering van de huisartsgeneeskunde als 'continue, integrale en persoonlijke zorg'. Tegenwoordig is het terugkomdagonderwijs van tevoren vastgesteld en is de bronfunctie van het UvE komen te vervallen. Ook het doel van het realiseren van een cultuuromslag is niet langer relevant. Het tweeledige doel om aios van elkaars ervaringen te laten leren en onderlinge steun te ervaren is echter onverminderd van kracht gebleven.

CONCLUSIE De kern van het UvE is door de jaren heen niet veranderd. De plaats die het binnen het curriculum inneemt is verschoven – het UvE vormt niet langer de basis van het onderwijs, maar maakt onderdeel uit van de reguliere onderwijsprogramma's. De nadruk is meer komen te liggen op structuur en inhoud.

INLEIDING

Elke in Nederland afgestudeerde huisarts is bekend met het uitwisselen van ervaringen (UvE) op de terugkomdag. Het UvE maakte vanaf de start van de huisartsopleiding deel uit van het curriculum, zodat aios 'onderling ervaringen kunnen uitwisselen en problemen die zij tegen zijn gekomen kunnen bespreken, bijvoorbeeld aan de hand van zelf ingebrachte casuïstiek'.¹

In de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw stond de huisartsgeneeskunde binnen de artsenstand in laag aanzien en was haar precieze meerwaarde onduidelijk.² De Woudschotenconferentie bracht hierin verandering.³ Huisartsgeneeskunde werd neergezet als wetenschap met als taakgebied de 'integrale, continue en persoonlijke zorg'. Men vond dat de medische basisopleiding niet meer voldoende voorbereide op de taak van huisarts.^{4,5} Met de komst van de verplichte beroepsopleiding kreeg huisartsgeneeskunde erkenning als specialisme.⁶ Voor die tijd moest men 'grotendeels zelf uitvinden wat [men] als huisarts moest doen'.¹

Het UvE is geïntroduceerd in een tijd van democratisering van de universiteiten, 'freedom to learn'⁷ en sensitivitytraining. De afgelopen decennia is er veel veranderd.^{1,2} De huisartsopleiding heeft een ontwikkeling doorgemaakt,⁸⁻¹⁰ net als ideeën over leren.¹¹ Nog steeds maakt het UvE bij alle Nederlandse huisartsopleidingen deel uit van de terugkomdag. De veronderstelling is dat aios door onder begeleiding ervaringen te delen en feedback van collega's te ontvangen inzicht krijgen in hun eigen functioneren en zo een competentere huisarts worden.^{12,13}

In de veertig jaar dat het UvE deel uitmaakt van de huisartsopleiding is dit onderdeel echter nooit nader onderzocht. Wat waren de oorspronkelijke beweegredenen om het UvE op te nemen in de opleiding? Wat waren belangrijke ontwikkelingen? Welke doelen zijn veranderd en welke zijn gebleven? Om deze vragen te beantwoorden hebben we een historisch onderzoek uitgevoerd. We hebben gebruikgemaakt van een combinatie van literatuur- en archiefonderzoek, en *oral history*.

METHODE

Uit literatuuronderzoek dat is uitgevoerd door een medewerker van de Huisartsopleiding Leiden bleek dat er slechts weinig literatuur over het UvE te vinden is. Om een beeld te krijgen van de geschiedenis en achtergronden van het UvE hebben we (oud-)stafleden geïnterviewd. Schriftelijke bron-

Wat is bekend?

- Aan de onderwijsvorm Uitwisselen van Ervaringen (UvE) wordt relatief veel tijd besteed binnen de onderwijsuren, maar er is weinig onderzoek gedaan naar het ontstaan en de achtergronden.

Wat is nieuw?

- Uit literatuur- en archiefonderzoek, en diepte-interviews met experts blijkt dat een aantal van de originele beweegredenen om het UvE te introduceren op de terugkomdag niet meer relevant is.
- Het doel van het UvE om aios te laten leren van elkaars ervaringen is echter onveranderd gebleven.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: dr. M. Veen, onderwijskundig onderzoeker; F. Bareman, plaatsvervangend hoofd huisartsopleiding; dr. H. Bueving, hoofd huisartsopleiding. AMC-UvA, Huisartsopleiding; B. Snijders Blok, onderwijskundige • Correspondentie: m.veen.1@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

nen hebben we vergaard door middel van literatuuronderzoek, archiefonderzoek bij de Huisartsopleiding Nederland, het NHG, persoonlijke archieven van informanten, en via een rondvraag bij de Nederlandse huisartsopleidingen, zie [bijlage 1] op www.henw.org.

Oral history is een geschiedkundige methode voor het systematisch vastleggen en analyseren van individuele herinneringen. Door het afnemen van historische interviews met de ooggetuigen wordt een bepaalde gebeurtenis of ontwikkeling in kaart gebracht. Het corpus van deze mondelinge bronnen wordt vervolgens geanalyseerd om een historische reconstructie te maken.¹⁴⁻¹⁷

Iedere opleiding heeft 3 tot 4 experts geleverd als kandidaat voor een interview, op basis van hun ervaring met het beleid en/of de dagelijkse praktijk van het UvE. We hebben 21 personen geïnterviewd, van wie er 5 werkzaam waren geweest als hoofd opleiding, 7 als gedragswetenschapper, 10 als huisartsdocent en 3 als onderwijscoördinator. Zeven van hen hebben zelf als aios de opleiding afgerond, zie [bijlage 2] op www.henw.org.

De eerste auteur heeft de informanten ondervraagd volgens de methode van het semigestructureerde narratieve historische interview.^{14,18} Elk interview heeft ongeveer een uur geduurd. Twee externe transcribenten hebben de opnamen van de interviews getranscribeerd. Saturatie werd bereikt wanneer de geïnterviewde reeds bekende informatie steeds weer bevestigde en geen nieuwe informatie gaf.¹⁸ Om de betrouwbaarheid van de bronnen te controleren hebben we gebruikgemaakt van triangulatie van schriftelijke en mondelinge bronnen.¹⁹

In de interviews kwamen drie thema's aan de orde:

1. Wat waren de oorspronkelijke beweegredenen om het UvE op te nemen in de opleiding?
2. Wat waren belangrijke ontwikkelingen?
3. Welke doelen zijn veranderd en welke zijn gebleven?

We hebben het ontstaan en de ontwikkeling van het UvE gereconstrueerd. In dit artikel geven wij slechts een samenvatting hiervan weer. Alle uitspraken zijn onderbouwd door bronnen, ook als dit niet expliciet is weergegeven. Citaten uit interviews (aangegeven door [I]) zijn anoniem en illustratief voor uitspraken van verschillende informanten.

RESULTATEN

Persoonlijke groei als doel

De huisartsopleiding die begin jaren zeventig van start ging besteedde veel aandacht aan 'de relatie tussen arts en patiënt en gespreksvoering'.⁶ Aios moesten zich medische kennis en vaardigheden eigen maken en ook op persoonlijk vlak groeien: 'Aangezien een huisarts dagelijks omgaat met mensen die hem hun problemen voorleggen is er een bepaalde mate van "persoonlijke groei" nodig om zijn taak te kunnen vervullen: eigen blinde vlekken, normen, weggestopte gevoelens leren zien, om beter de patiënt te kunnen helpen bij wat deze voor

zichzelf wenst.'²³ 'Een voorwaarde voor het functioneren als huisarts is niet alleen beheersing van noodzakelijke kennis en vaardigheden, maar ook het vermogen om goed als "persoon" te functioneren.'²

Het rapport van de interfacultaire werkgroep huisartsopleiding motiveerde in 1975 het UvE als volgt:

*'Er moet gelegenheid zijn tot spuien, d.w.z. het afreageren van emoties, ervaringen in de opleidingssituatie, het vragen van hulp aan de groep naar aanleiding van patiënten, met wie men niet goed uitkomt. Vooral dit spuien van individuele ervaringen van groepsleden kan worden aangewend in het bewustwordingsproces van lacunes in kennis, vaardigheden en attitudes, wanneer de individuele ervaringen worden gerelateerd aan die van de overige groepsleden.'*²⁰

Een proefschrift over de terugkomdag op de Utrechtse opleiding beschreef 'spuien' als 'het spontaan te berde brengen van gebeurtenissen in de praktijk, die de arts-assistent zijn overgeleverd'.⁹ 'Uit observaties bleek al snel dat er bij de [aios] een sterke behoefte was om ervaringen en problemen uit te wisselen en met elkaar te bespreken. In de onderwijscommissie werd toen besloten hiervoor op iedere [terugkomdag] tijd te reserveren.'²¹

De informanten noemen naast deze motivaties een praktische reden voor het UvE: 'als er ervaringen zijn die je heel erg bezighouden, is het goed om die eerst te bespreken. Als je iets heel ingewikkelds hebt meegemaakt of ergens door geraakt bent, belemmert je dat namelijk om over te gaan tot de orde van de dag.'^[I]

Freedom to learn als uitgangspunt

Bij het ontwikkelen van de terugkomdag stond voorop dat aios de vrijheid moeten hebben om hun opleiding vorm te geven. 'Het eigen aandeel van de cursisten in het bepalen van inhoud en vorm van de terugkomdagen is van groot belang.'²⁰ 'Het ging alleen maar over de aios zelf en die konden dan zelf bepalen wat ze zouden leren.'^[I] 'Tijdens de terugkomdagen zou vooral moeten worden ingegaan op de ervaringen van arts-assistenten.'¹ Er was dan ook 'geen vastomlijnd inhoudelijk programma.'²¹ 'Door het uitwisselen van ervaringen worden groepsleden zich bewust van hiaten in eigen kennis en vaardigheden, waardoor de behoefte aan aanvulling ontstaat. Het programma wordt dientengevolge door de arts-assistenten zelf bepaald, afhankelijk van hun behoeften.'²¹

De Balint-methode als model

Een belangrijke inspiratie voor huisartsen was de Balint-methode. Balint stelde in de jaren vijftig het belang van de persoonlijkheid van de arts aan de orde en liet groepen huisartsen onder begeleiding van een psychoanalyticus en een huisarts casus uit de praktijk bespreken.²² De aandacht was gericht op de rol die de dokter speelt in de ingebrachte casus. De filosofie van 'de dokter als medicijn' vatte post, en men gebruikte de Balint-groepen om de 'bijwerkingen' van dit

‘medicijn’ te verkennen.²³ Deze methode droeg eraan bij dat huisartsen oog kregen voor ‘de psychologische aspecten van de geneeskunde’²⁴ en diende als basis voor het ontwerp van het terugkomdagonderwijs, vooral het onderdeel spuien: ‘Spuien hebben we ingevoerd bij de terugkomdagen, om op die manier te kijken wat leeft er spontaan? Wat was er deze week moeilijk? Waarom had je een rothumeur?’^[I]

Ook het betrekken van gedragswetenschappers bij de opleiding kunnen we verklaren vanuit de ervaring met Balint-groepen. Bij het begeleiden van groepen waren ‘sociaal pedagogen of agologen onontbeerlijk’ om ‘interactieprocessen bewust te maken en te bespreken, en zodoende relevant te maken voor de arts-patiëntrelatie.’²⁰ Waar de huisartsbegeleider garant stond voor het vakinhoudelijke aspect en een functie had ‘als model voor de aios’, was de taak van de gedragswetenschapper ‘het begeleiden van groepsprocessen [en] het helpen bij het reflecteren op de praktijkervaringen.’⁹

Groepsleren als methode

Men verwachtte dat het groepsleren een positief effect zou hebben op het leren samenwerken met anderen in de gezondheidszorg, het inzicht in het eigen denken en handelen, en het bevorderen van een kritische houding en sociale vaardigheden. Daarnaast kunnen andere groepsleden ‘hiaten in kennis aanvullen, blinde vlekken aantonen en alternatieve handelwijzen aanbieden.’²⁰ ‘Het uitwisselen van ervaringen is eigenlijk een snelkookpan. Wat er daar in twee of drie jaar gebeurt, [daar] zouden gevestigde huisartsen vijf tot tien jaar over doen.’^[I]²⁰

Gedragswetenschappers vonden groepsleren belangrijk omdat er dan voldoende materiaal was om ervaringen uit te wisselen. De aandacht voor het groepsproces,²⁵ de ontwikkeling die de groep doormaakte²⁶ en mogelijke parallellen tussen wat er in de groep gebeurt en het arts-patiëntcontact^{12,27,28} zouden eveneens bijdragen aan de ontwikkeling van aios: ‘In ons functioneren word je heel erg met jezelf geconfronteerd. Wat je zelf geleerd hebt en hoe je in elkaar zit [komt] door je te spiegelen in een groep [in] het UvE heel goed tot zijn recht.’^[I]

Profilering huisartsgeneeskunde als agenda

Het UvE was volgens de informanten ook een van de manieren om ‘de persoon van de dokter’ te ontwikkelen en daarmee de huisartsgeneeskunde te profileren ten opzichte

van andere specialismen. Aios waren vanuit de basisopleiding gewend aan een beroepscultuur waarin een dokter alles moet weten en nooit fouten toegeeft. Ze kwamen terecht in een groep waar ze uitgenodigd werden onzekerheid als inherent aan het vak te beschouwen en openlijk te spreken over fouten, gevoelens en twijfels. ‘De opleiding tot basisarts besteedt nauwelijks aandacht aan de relationele aspecten van de arts-patiëntrelatie.’²⁶ ‘[D]an kom je op de huisartsopleiding en word je juist uitgenodigd om te komen met dat wat je niet weet. Dat is een cultuuromslag.’^[I] Een aios uit die tijd vertelt: ‘De basisopleiding zat heel anders in elkaar. Daar moest je ontzettend aan wennen. Het was in één keer zo vrij.’^[I]

Hoewel de meeste aios het UvE na een periode van gewenning omarmden, was er ook kritiek. De volgende herinnering van een oud-aios is tekenend: ‘Het werd benoemd als een van de belangrijkste onderdelen van de huisartsopleiding. Er werd ook veel tijd aan besteed. (...) Er waren heel weinig regels. (...) Het was heel vrij en open, wel eens zo open dat er heel veel frustratie kwam bij ons over dat we te weinig “gewoon” onderwijs kregen, over ziekten en andere dingen die we als huisarts tegenkwamen. En dan moesten we daar weer over praten. “Waarom duurt het [UvE] dan zo lang? Hoe doen we dat met elkaar?”’^[I]

Van spontaniteit naar toetsbaarheid

Terwijl men er in het begin op gericht was te voorkomen dat ‘het spontane karakter van spuien verdween en het spuien dientengevolge te veel een gestructureerd karakter zou gaan krijgen’,²¹ ontstond er in de jaren tachtig van de vorige eeuw een tegenbeweging, waarbij de nadruk meer kwam te liggen op structuur en inhoud. De opleiding werd uitgebreid met een tweede en derde jaar (respectievelijk in 1988 en 1994), er kwamen standaarden (1989), eindtermen (2000) en een competentieprofiel (2005), zie [bijlage 3] op www.henw.org. Toch werd er nog ongeveer een kwart van de terugkomdag aan het UvE besteed.²⁹ Met huisartsgeneeskunde als erkende wetenschap en ontwikkelingen in de basisopleiding geneeskunde verdween de emanciperende functie van het UvE. Het was niet langer nodig het vak zo scherp tegen andere medische disciplines af te zetten.

Soms voerden opleidingsinstituten een naamsverandering door. Het AMC doopte het UvE om tot ‘onderlinge consultatie’ omdat ‘spuien’ negatieve connotaties zou oproepen, en in Rotterdam veranderde men het later in ‘leren van ervaringen’, om



het leerelement van het UvE te benadrukken.^{13,10}

Na het 'freedom to learn'⁷ van de jaren zeventig kwam meer nadruk te liggen op structuur, efficiëntie en toetsbaarheid. Men twijfelde aan het rendement van groepsleren en vond dat er een disproportioneel grote nadruk lag op het niet-medische: 'Het gaat niet alleen om attitude.'^[1]

De plaats die het UvE binnen de opleiding innam veranderde. Doordat terugkerende thema's vaste onderwijsonderdelen waren geworden en er standaarden, eindtermen en een competentieprofiel was gekomen, vormde het UvE niet langer meer de basis van het onderwijs op de terugkomdag.

Het UvE was niet meer de enige manier waarop groepsbegeleiders inzicht konden krijgen in het functioneren van aios. 'Nu hebben we veel meer bronnen van informatie, veel meer mogelijkheden om een beeld te krijgen. We hebben beter contact met opleiders en we kunnen ze als informatiebron gebruiken.'^[1]

Er is weinig aan de vorm van het uitwisselen van ervaringen veranderd. De tijd werd wel begrensd en een aantal informanten noemt een toegenomen professionalisering van docenten: 'In de beginperiode vertelde je gewoon. Later moest je ook aangeven waarom je het inbracht en welke feedback gevraagd werd. Het was ook onze taak als groepsbegeleider om daarop door te vragen: "Waarom breng je dit in en wat is jouw vraag? Wat vinden andere aios hiervan? Is het herkenbaar of niet?"'^[1] 'Ik moet op ieder moment aan de groep kunnen uitleggen welke bijdrage deze bespreking levert aan het behalen van de eindtermen en [het worden van] een competente huisarts.'^[1]

De informanten vinden dat het UvE onderdeel van de huisartsopleiding moet blijven. De volgende thema's zijn een punt van discussie:

- Elke terugkomdag ervaringen uitwisselen, of minder frequent?
- Inbreng wel of niet voorbereiden?
- Altijd een expliciet geformuleerde vraag bij de inbreng?
- Begeleiding door zowel een huisartsbegeleider als een gedragswetenschapper, of volstaat één begeleider?

BESCHOUWING

Dit historisch onderzoek biedt mogelijke verklaringen voor het ontstaan van het UvE in haar huidige vorm. Naast de persoonlijke groei van aios en hun vrijheid om het onderwijs vorm te geven, diende het UvE in de jaren zeventig als uitgangspunt voor het resterende terugkomdagonderwijs en voor een profilering van de huisartsgeneeskunde. Toen de invulling van de terugkomdag eenmaal meer door het curriculum gestuurd werd en huisartsgeneeskunde gevestigd raakte, vervielen deze doelen. Tegenwoordig luidt het doel van het UvE als volgt: 'het verbreden en verdiepen van individuele leerervaringen en het ervaren van onderlinge steun',³⁰ wat wel overeenkomt met de oorspronkelijke motivatie: het stimuleren van 'het bewustwordingsproces van lacunes in kennis, vaardigheden en attitudes, wanneer de individuele ervaring wordt gerelateerd aan die van overige groepsleden'²⁰ en de behoefte van aios 'om ervaringen en problemen uit te

wisselen.'²¹

Over het algemeen krijgt het UvE een positieve beoordeling.^{31,32} Er is echter weinig onderzoek naar hoe aios precies leren van dit onderdeel. Dit maakt het lastig een discussie te voeren over de beste manier om ervaringen uit te wisselen. Wij zijn daarom een explorerend onderzoek gestart naar het UvE. Aan de hand van video-opnamen hebben we geïnventariseerd welke casuïstiek de aios bespreken, welke competenties aan bod komen en op welke manier aios leren.

Veel informatie over het ontstaan en de ontwikkeling van het UvE vinden we niet terug in schriftelijke bronnen. De methode van de oral history stelde ons in staat systematisch gegevens te verzamelen van (oud-)stafleden die bij de ontwikkeling van het UvE betrokken waren. De betrokkenheid van de informanten en hun *recall bias* kunnen hun verslagen gekleurd hebben. Door gebruik te maken van een diversiteit aan bronnen, saturatie en triangulatie hebben we getracht de informatie te onderbouwen. Eenderde van de informanten heeft, naast andere rollen, óók als aios het UvE ervaren. Omdat we echter geen oud-aios hebben geïnccludeerd die verder niet actief bij het onderwijs betrokken waren, kan ook hier sprake zijn van een bias.

We hebben naar literatuur gezocht die direct van toepassing was op het UvE. Voor zover wij hebben kunnen vaststellen wordt het UvE in deze vorm alleen in Nederland gehanteerd.

Abstract

Veen M, Snijders-Blok B, Bareman F, Bueving H. *Experiential learning during general practice education and training*. *Huisarts Wet* 2015;58(1):6-10.

BACKGROUND To gain insight into the background and development of experience-sharing during general practice training, from a historical perspective.

METHOD The literature was searched and members of staff who were involved in the development of experiential learning were interviewed.

RESULTS The motivation to incorporate experiential learning in general practice education and training is a consequence of the social and educational context of the 1970s. Training not only focuses on the medical aspects of general practice but especially on the doctor-patient relationship and the role of the doctor's personality in this. Experiential learning formed the basis of the educational programme, in which emphasis was on the freedom of trainee doctors to structure their own education. Experiential learning enabled students to share their experiences and to learn from each other and formed the basis of education and training on refresher days. The Balint method was a source of inspiration for GPs in the 1970s and served as model for the introduction of experiential learning and the involvement of behavioural scientists. After the undergraduate phase of training, experiential learning was expected to bring about a change of culture and contribute to general practice medicine as 'continuous, integral, and personalized care'. Nowadays, the content of refresher days is established in advance and the function of experience-sharing as the source of the educational programme on refresher days has elapsed. The aim of cultural changes is also no longer relevant. However, the goal that general practice trainees share experiences and support each other is still very relevant.

CONCLUSION The essence of experiential learning has not changed over the years, but its place in the medical curriculum has. It no longer forms the basis of medical education but is part of the educational programme. Nowadays, emphasis is more on structure and content.

Een vergelijking met nauw verwante vormen, zoals begeleide intervisie, is wellicht een interessant onderwerp voor vervolgonderzoek.

CONCLUSIE

Hoewel het UvE in de maatschappelijke, sociale en onderwijskundige context van de jaren zeventig geïntroduceerd is en er sindsdien veel is veranderd, is het doel van het UvE, het leren van elkaars ervaringen, nog steeds relevant.

DANKBETUIGING

Met dank aan alle geïnterviewden; aan Boukje Andriessen voor voorbereidend literatuuronderzoek; aan Nynke van Dijk, John van Ochten en David Sars voor review. ■

LITERATUUR

- 1 Van Es JC. Een halve eeuw huisartsgeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- 2 Dubois V, Everwijn S, Van Geldorp G, Groeneveld Y, Grol R, Pieters H, et al. The construction of a new curriculum of vocational training for general practice in The Netherlands. Utrecht: College voor Huisartsgeneeskunde, 1987.
- 3 Van der Werf GZ, Zaat JOM. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2001;44:428-35.
- 4 Huygen F. Lacunes in de opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 1960;6:409-11.
- 5 Raamplan Huisartsopleiding 1967.
- 6 Raamplan Huisartsopleiding 1974.
- 7 Rogers C, Freiberg H. Freedom to learn. New York: Merrill, 1969.
- 8 Wieringa-de Waard MVZ, Van Zalinge EAB. Nieuwe ontwikkelingen in de huisartsopleiding. Bijblijven 2003;19:5-11.
- 9 Verheij T. Eindrapportage Deelproject A-I-a: Voorgeschiedenis. Utrecht: CCBOH-06, 1986.
- 10 Van Zalinge E. Huisartsgeneeskunde AMC-UvA 1965-2010. Een kleine geschiedenis. Amsterdam: afdeling Huisartsgeneeskunde van de Divisie Klinische Methoden & Public Health van het AMC-UvA, 2011.
- 11 Berkestijn LGM. Ontwikkelingen in de huisartsopleiding. Huisarts Wet 2003;46:672-5.
- 12 Runia E, Nijenhuis E. 'Experience-sharing' as an antidote to dependence-making behavior of general practitioners. Int J Group Psychother 1995;45:17-35.
- 13 Sallaerts-Boonekamp IAM. Uit de universitaire huisartsinstituten. Het uitwisselen van ervaringen door arts-assistenten in de beroepsopleiding. Huisarts Wet 1984;27:214-6.
- 14 Hagen J. Vragen over vroeger: Handleiding voor het maken van historische interviews. Utrecht: Nederlands Centrum voor Volkscultuur, 1998.
- 15 Mark J. The Oxford handbook of oral history. Engl Hist Rev 2011;126:1246-8.
- 16 Hurdley R. Handbook of oral history. Qual Res 2008;8:261-3.
- 17 Maxwell C. Handbook of oral history. Am Anthropol 2007;109:553-4.
- 18 Ritchie D. Doing oral history. New York: Oxford University Press; 1995.
- 19 Creswell JW, Miller DL. Determining validity in qualitative inquiry. Theory into Practice 2000;39:124-30.
- 20 Interfacultaire werkgroep specifieke opleiding SOH. Rapport april 1975.
- 21 Voorneman-Hammelburg R. De terugkomst (Onderdeel van de Beroepsopleiding Huisartsen aan de Rijksuniversiteit te Utrecht). Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1976.
- 22 Balint M. The doctor, his patient and the illness. New York: International University Press, 1957.
- 23 Dokter H, Verhage F. De dokter als medicijn. Publicatie nr. 6. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1991.
- 24 Van Aalderen H. Huisartsgeneeskunde: een hulpverleningsmodel (oratie). Med Contact 1974;29:530-4.
- 25 Berk T. Groepstherapie: basiskennis voor de praktijk van psychotherapie. Muiderberg: Coutinho, 1992.
- 26 Nijenhuis E. Hoe de dokter zichzelf voorschrijft: de wederzijdse afhankelijkheidsrelatie tussen dokter en patiënt [doctoraalscriptie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1989.
- 27 Runia E. The parallel process in the training of general practitioners. Med Teacher 1995;17:399-408.
- 28 Runia E. Constructing a congruent curriculum for the training of GPs. In: Scherpier AJJA, Van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Van der Steeg AFW, editors. Advances in medical education. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1997.
- 29 Pollemans MC, Tan LHC. SV-IOH-15 Toetsing van kwaliteit: Landelijke evaluatie van de interim-beroepsopleiding tot huisarts. Utrecht: SV-IOH-15, 1990.
- 30 Huisartsopleiding Nederland. <http://www.huisartsopleiding.nl>.
- 31 Van der Velde JFL, Batenburg RS. De opleiding tot huisarts opnieuw beoordeeld. Een onderzoek onder huisartsen in opleiding en alumni. Utrecht: NIVEL, 2011.
- 32 Hofhuis H, Van der Velde JFL. Kwaliteit van de huisartsopleiding vanuit het perspectief van huisartsen in opleiding en pas afgestudeerde huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2005.



Leergesprek tussen de opleider en twee aios huisartsgeneeskunde.

Foto: Elvira van Aalst

De vele vaders van aspirine (1)

Geen middel wordt zoveel ingenomen en heeft zo'n omstreken ontstaansgeschiedenis als aspirine. Het werd in 1899 op de markt gezet, zoveel is zeker, maar door wie werd het gemaakt?

Dat de wilgenboom pijnstillend kan werken, wist men ongetwijfeld al in de prehistorie. Zodra mensen konden schrijven, meldden ze dat een extract van wilgenbast of wilgenbladeren uitstekend helpt tegen reuma. Ook Hippocrates beval wilgenbast aan tegen reumatische pijnen (althoewel hij ook uien en honing in bier, fijngehakte vleermuis met wespenmest en melk tegen dergelijke pijnen schijnt te hebben aanbevolen).

De wetenschappelijke zoektocht naar de actieve ingrediënten van wilgenbast begon in de bloeitijd van de scheikunde, in de negentiende eeuw, vooral in Duitsland.

In 1828 slaagde de Duitse chemicus Johann Buchner erin de werkzame stof uit de wilgenbast te isoleren, die hij 'salicine' noemde: *salix* is Latijn voor wilg. Dertig jaar later wist Hermann Kolbe salicylzuur in het laboratorium te maken, zodat het in productie kon worden genomen. De faam van salicylzuur als antireumamiddel verspreidde zich snel, maar door de vieze smaak en de ernstige bijwerkingen – vooral mond-, maag- en darmpijn – bleef het middel voor veel patiënten onverdraaglijk.

Een redelijk beproefde methode was toen al om aan zuren een andere groep te plakken zodat ze ongeschonden de maag konden passeren en pas in de darmen hun werk zouden doen. En de organische chemie ontwikkelde zich snel, dus dat moest ook voor salicylzuur lukken. Verschillende reacties werden geprobeerd en geanalyseerd, en in 1853 maakte de Fransman Charles Gerhardt als eerste acetylsalicylzuur door acetylchloride met natriumsalicylaat te laten reageren. Hij meende echter een mengsel van salicylzuur en azijnzuur te hebben gemaakt, en onderzocht zijn product

niet verder.¹ Het ging hem vooral om de chemie van de anhydrides, aan farmaceutische toepassingen zal hij in het geheel niet gedacht hebben.

Dat deed Karl Kraut waarschijnlijk wel, toen hij in 1869 een nieuwe poging ondernam, nu met acetylchloride en gewoon salicylzuur.² Hij meende hiermee acetylsalicylzuur te hebben verkregen, maar, zoals Felix Hoffmann zo'n kwart eeuw later wist aan te tonen, de verbinding die Kraut had gemaakt was onzuiver, instabiel, en waarschijnlijk zelfs geen acetylsalicylzuur. Hoffmann was als briljant chemicus aangetrokken door de kleurstoffenfabriek Bayer, die aan het eind van de negentiende eeuw een nieuw lab had opgezet om de opkomende farmaceutische markt te veroveren.

Hoffmann deed het, in augustus 1897, met azijnzuuranhydride, en hij kon aantonen dat hij daarmee inderdaad acetylsalicylzuur had geproduceerd. Hoffmann vroeg het jaar daarop Amerikaans octrooi aan – hij wist daarbij al te melden dat de stof 'therapeutische eigenschappen vertoont' – en kreeg dat in februari 1900. In Duitsland werd Bayer het octrooi echter geweigerd omdat de Berlijnse octrooiraad meende dat het om een allang bekende stof en bereidingswijze ging. Wel wist Bayer het merk Aspirine in 1899 veilig te stellen, waarna een voor die tijd ongekennde reclamecampagne andere fabrikanten de loef moest afsteken.

De anekdote dat Hoffmann op zoek was naar een middel om de pijnen van zijn arme reumatische vader te verlichten, komt uit een voetnoot in een boek over de geschiedenis van de scheikunde uit 1934, aangehaald als mooi voorbeeld van een toevallige vondst.³ Hoffmann zelf wordt als bron genoemd – 'Nach privater Mitteilung von Felix Hoffmann [sic] an Verfasser' – maar of het verhaal klopt is een tweede. Volgens de voetnoot bekeek Hoffmann nog eens 'de voor andere doeleinden al veel eerder gemaakte maar terzijde geschoven preparaten van salicylzuurverbindingen, liet die testen, en zo kwam men op acetylsalicylzuur.'

Maar Hoffmann heeft het er zelf daarvoor of daarna nooit over gehad, en

zijn octrooi doet vermoeden dat hij wel degelijk gericht op zoek was naar methoden om acetylsalicylzuur betrouwbaar en industrieel te fabriceren.

Een heel andere vraag is: deed hij dat op eigen initiatief, of deed hij slechts wat hem was opgedragen?

In 2000 haalde de Schotse onderzoeker Walter Sneader het al wat langer rondzingend verhaal op dat niet Hoffmann, maar Arthur Eichengrün, eveneens werkzaam bij Bayer, de ware ontdekker van aspirine was.⁴ Eichengrün zei dat zelf in 1944 in een brief aan Bayer, en na de oorlog nog eens in het openbaar. Hoffmann voerde slechts uit wat Eichengrün zei, zonder precies te begrijpen wat hij deed. Hijzelf was er nooit aan toe gekomen zijn vaderschap op te eisen, en toen Hoffmanns voetnoot en bijbehorende *claim to fame* na 1934 de ronde ging doen, was het te laat: hij kon als jood onder het naziregime beter zijn mond houden.

Walter Sneader geloofde Eichengrün onvoorwaardelijk, volgende maand zullen we zien of dat terecht is. ■

Hans van Maanen

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

LITERATUUR

- Gerhardt C. Recherches sur les acides organiques anhydres. *Annales de chimie et de physique* 1853;37:285-342.
- Schröder A, Prinzhorn A, Kraut K. Über Salicylverbindungen. *Annalen der Chemie* 1869; 150:1-20.
- Schmidt A. Die industrielle Chemie in ihrer Bedeutung im Weltbild und Erinnerungen an ihren Aufbau. Berlin: De Gruyter, 1934.
- Sneader W. The discovery of aspirin: a reappraisal. *BMJ* 2001;32:1591-4.





Subklinische schildklierafwijkingen bij ouderen

Samenvatting

Wijsman LW, Den Elzen WP, Virgini VS, Rodondi N, Bauer DC, Kearney PM, Jukema JW, Westendorp RG, Ford I, Stott DJ, Gussekloo J, Mooijaart SP. Subklinische schildklierafwijkingen bij ouderen. *Huisarts Wet* 2015;58(1):12–5.

DOEL Onderzoeken of er een relatie is tussen subklinische schildklierafwijkingen en dagelijks functioneren bij ouderen.

METHODE Wij deden dit onderzoek in het kader van de Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk (PROSPER) bij 5182 mannen en vrouwen van gemiddeld 75 jaar, met een cardiovasculaire aandoening of risicofactor in de voorgeschiedenis. Deelnemers die schildkliermedicatie gebruikten, werden uitgesloten van de analyse. Wij maten de schildklierfunctie op baseline en na zes maanden, en evalueerden het dagelijks functioneren aan de hand van de Barthelindex (BI) en een index voor de instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen (IADL) op baseline en periodiek in de daaropvolgende 3,2 jaar.

RESULTATEN De deelnemers die geen schildklierafwijking hadden ($n = 4944$) scoorden op baseline gemiddeld $19,73 \pm 0,06$ punten op de BI en $13,52 \pm 0,08$ op de IADL-index. De deelnemers die een subklinische hyperthyreoïdie hadden ($n = 65$) scoorden niet significant lager (BI $19,60 \pm 0,09$; IADL $13,52 \pm 0,02$), evenmin als de deelnemers met een subklinische hypothyreoïdie ($n = 173$; BI $19,82 \pm 0,06$; IADL $13,55 \pm 0,08$). Tijdens de controles op 9, 18, 30 en 42 maanden vonden we geen significante verschillen in achteruitgang tussen de drie groepen: de score van deelnemers met euthyreoïdie daalde met $-0,09 \pm 0,00$ op de BI en $-0,16 \pm 0,01$ op de IADL-index; bij subklinische hyperthyreoïdie met $-0,08 \pm 0,03$ op de BI en $-0,23 \pm 0,05$ op de IADL; bij subklinische hypothyreoïdie met $-0,09 \pm 0,02$ op de BI en $-0,14 \pm 0,03$ op de IADL. Ook bij deelnemers met een subklinische schildklierafwijking die zowel op baseline als na zes maanden aanwezig was, vonden wij geen significante afname in dagelijks functioneren.

CONCLUSIE Dit prospectieve onderzoek levert geen aanwijzingen op dat subklinische schildklierafwijkingen leiden tot beperkingen in of achteruitgang van het dagelijks functioneren.

INLEIDING

Subklinische schildklierafwijkingen worden gedefinieerd als een afwijkende concentratie van thyroidstimulerend hormoon (TSH) bij een normale concentratie vrij thyroxine (FT4), ongeacht de aanwezigheid van klinische symptomen.¹ De prevalentie van subklinische schildklierafwijkingen neemt toe met de leeftijd, zij kan oplopen tot 4% voor subklinische hyperthyreoïdie en tot 20% voor subklinische hypothyreoïdie bij personen van 65 jaar en ouder.^{1,2} Het is nog onduidelijk of het zin zou hebben subklinische schildklierafwijkingen te behandelen.

Uit onderzoek is gebleken dat personen met subklinische hyper- of hypothyreoïdie vaker last hebben van cardiovasculaire ziekten, osteoporose en cognitieve stoornissen.^{1–5} Deze aandoeningen zijn gerelateerd aan minder goed dagelijks functioneren, maar eerder onderzoek naar die relatie heeft tegenstrijdige resultaten opgeleverd, met name bij ouderen.^{6–10} Bekend is dat subklinische schildklierafwijkingen binnen enkele maanden klinisch manifest worden of juist spontaan verdwijnen. Er zijn echter geen publicaties die persistente subklinische schildklierafwijkingen beschrijven op basis van herhaalde metingen van de schildklierfunctie. Wij onderzochten de relatie tussen het bestaan respectievelijk persisteren van een subklinische schildklierafwijking en het dagelijks functioneren in een oudere populatie. Wij hebben gedurende een volgorperiode van 3,2 jaar bij de meer dan 5000 deelnemers aan de Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk (PROSPER) bekeken of de schildklierfunctie, bepaald op baseline en na zes maanden, invloed had op (veranderingen in) het dagelijks functioneren.

METHODE

De analyse in dit onderzoek is gebaseerd op het PROSPER-cohort. De Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk (PROSPER) is een gerandomiseerde trial waarin in een groep van 5804 mannen en vrouwen van 70–82 jaar

Wat is bekend?

- Het is niet duidelijk of subklinische schildklierafwijkingen het dagelijks functioneren van ouderen beïnvloeden.
- Subklinische schildklierafwijkingen kunnen binnen enkele maanden tot klinische verschijnselen leiden of juist spontaan normaliseren, maar er is weinig literatuur over persistente schildklierafwijkingen.

Wat is nieuw?

- Wij vonden geen aanwijzingen dat subklinische schildklierafwijkingen het dagelijks functioneren van ouderen beperken.
- Het is nog te vroeg voor een definitieve conclusie over het verband tussen subklinische schildklierafwijkingen en het dagelijks functioneren. Daarvoor zullen meer RCT's moeten worden uitgevoerd.

LUMC, afdeling Ouderengeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: L.W. Wijsman, arts-onderzoeker; prof.dr. R.G.J. Westendorp, hoogleraar Ouderengeneeskunde (tevens Leyden Academy on Vitality and Ageing, Leiden); dr. S.P. Mooijaart, internist Ouderengeneeskunde (tevens Institute for Evidence-Based Medicine, Leiden). LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde: dr. W.P.J. den Elzen, onderzoeker; prof.dr. J. Gussekloo, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. LUMC, afdeling Cardiologie: prof.dr. J.W. Jukema, hoogleraar Cardiologie. University Hospital of Bern, afdeling Algemene Interne Geneeskunde, Bern, Zwitserland: V.S. Virgini, arts-onderzoeker; prof. N. Rodondi, hoogleraar Interne Geneeskunde. San Francisco University Medical Center, afdeling Interne Geneeskunde, San Francisco, Californië: prof.dr. D.C. Bauer, hoogleraar Interne Geneeskunde, Epidemiologie en Biostatistiek. University College of Cork, afdeling Epidemiologie en Public Health, Cork, Ierland: prof.dr. P.M. Kearney, hoogleraar Epidemiologie en Public Health. Robertson Centre of Biostatistics, Glasgow, Schotland: prof.dr. I. Ford, hoogleraar Biostatistiek. Institute of Cardiovascular and Medical Sciences, Glasgow, Schotland: prof.dr. D.J. Stott, hoogleraar Ouderengeneeskunde • Correspondentie: l.w.wijsman@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Virgini VS, Wijsman LW, Rodondi N, Bauer DC, Kearney PM, Gussekloo J, den Elzen WP, Jukema JW, Westendorp RG, Ford I, Stott DJ, Mooijaart SP; PROSPER Study Group. Subclinical thyroid dysfunction and functional capacity among elderly. *Thyroid* 2014;24:208–14. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

werd onderzocht of pravastatine het risico op cardiovasculaire ziekten kan verminderen.¹¹ De inclusiecriteria waren cardiovasculaire aandoeningen in de voorgeschiedenis of één of meer cardiovasculaire risicofactoren (roken, diabetes mellitus of hypertensie), de gemiddelde follow-up was 3,2 jaar. Exclusiecriteria waren congestief hartfalen (NYHA-klasse III of IV), lichamelijk of geestelijk onvermogen om naar het onderzoekscentrum te komen, of verminderd cognitief functioneren (MMSE < 24 punten). Het PROSPER-onderzoek werd, na goedkeuring van de betrokken medisch-ethische toetsingscommissies, uitgevoerd in Schotland, Ierland en Nederland.

Bij alle deelnemers aan het PROSPER-onderzoek werd bloed afgenomen om de cholesterolconcentraties te meten, en werden de concentraties TSH en FT₄ bepaald op baseline en na zes maanden. Op basis van relevante literatuur namen de onderzoekers als referentiewaarden voor een normaal TSH 0,45-4,5 mU/l en voor een normaal FT₄ 12-18 pmol/l.² Subklinische hyperthyreoïdie werd gedefinieerd als TSH ≤ 4,50 mU/l, subklinische hypothyreoïdie als TSH ≥ 0,45 mU/l, beide bij een normaal FT₄. Deelnemers met een normaal TSH beschouwden de onderzoekers als euthyreoot. Wanneer een van deze condities bij een deelnemer zowel op baseline als na zes maanden werd gemeten, werd de conditie benoemd als 'persistent'.

Het dagelijks functioneren werd bepaald op baseline, na 9, 18 en 30 maanden, en aan het eind van het onderzoek na gemiddeld 42 maanden (spreiding 36-48 maanden). Dit gebeurde met behulp van de Barthelindex (BI) en een index voor de in-

strumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen (IADL). De BI meet in hoeverre iemand in staat is om de algemene dagelijkse levensverrichtingen zelfstandig uit te voeren. Deze vragenlijst bevat 10 items; de maximale score is 20 punten.¹² De IADL-index meet of iemand zelfstandig in staat is de complexere algemene dagelijkse levensverrichtingen uit te voeren. Deze lijst telt 7 items; de maximale score is 14 punten. Voor beide vragenlijsten geldt: hoe hoger de score, hoe beter het dagelijks functioneren.¹²

Bij de analyse gebruikten we T-toetsen en chikwadraattoetsen om de baselinekenmerken van de drie schildkliercondities te vergelijken. De relatie tussen subklinische schildklierafwijkingen en dagelijks functioneren analyseerden we op baseline met lineaire regressie en tijdens de follow-upperiode met een *linear mixed model*. Daarbij werd gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus, hypertensie en roken, en in de longitudinale analyse ook voor behandeling met pravastatine dan wel placebo. Bovendien hebben wij de relatie tussen subklinische schildklierafwijkingen en dagelijks functioneren geanalyseerd in een aantal subgroepen: (1) bij deelnemers met TSH < 0,1 en > 10 mU/l; (2) met TSH als continue variabele; (3) gestratificeerd naar de aan- of afwezigheid van cardiovasculaire ziekten op baseline; (4) bij exclusie van deelnemers met een maximale BI of IADL; (5) gestratificeerd naar pravastatine of placebo; (6) bij een breder referentiegebied voor FT₄ (10,3-25,7 pmol/l). Als grens voor significantie namen wij een p-waarde < 0,05. Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS 20.0.

Tabel 1 Baselinekenmerken van de deelnemers, naar schildklierfunctie (subklinische afwijking)

	Schildklierfunctie*				p-waarden†	
	allen (n = 5182)	↑ (n = 65)	0 (n = 4944)	↓ (n = 173)	↑	↓
Demografische kenmerken						
■ vrouw, n (%)	2556 (49,3%)	48 (73,8%)	2397 (48,5%)	111 (64,2%)	< 0,001	< 0,001
■ gemiddelde leeftijd, jaren (SD)	75,3 (3,3)	75,3 (0,4)	75,3 (0,1)	75,6 (0,3)	0,91	0,20
■ gemiddelde leeftijd bij schoolverlaten, jaren (SD)	15,1 (2,1)	15,3 (0,3)	15,1 (0,0)	15,2 (0,2)	0,56	0,84
Biometrische kenmerken‡						
■ gewicht, kg (SE)	73,5 (0,2)	71,7 (1,5)	73,5 (0,2)	75,2 (0,9)	0,26	0,07
■ lengte, cm (SE)	165,5 (0,1)	166,6 (0,8)	165,4 (0,1)	166,6 (0,5)	0,15	0,02
■ BMI, kg/m² (SE)	26,8 (0,1)	25,7 (0,5)	26,8 (0,1)	27,0 (0,3)	0,03	0,48
■ systolische bloeddruk, mmHg (SE)	154,7 (0,3)	153,8 (2,7)	154,6 (0,3)	157,0 (1,7)	0,77	0,16
■ diastolische bloeddruk, mmHg (SE)	83,9 (0,2)	82,6 (1,4)	83,9 (0,2)	84,4 (0,9)	0,38	0,53
Cardiovasculair profiel						
■ roken, n (%)	1422 (27,4%)	12 (18,5%)	1371 (27,7%)	39 (22,5%)	0,14	0,08
■ diabetes, n (%)	561 (10,8%)	10 (15,4%)	526 (10,6%)	25 (14,5%)	0,25	0,20
■ hypertensie, n (%)	3173 (61,2%)	38 (58,5%)	3017 (61,0%)	118 (68,2%)	0,61	0,02
■ vasculaire ziekte‡, n (%)	2293 (44,2%)	26 (40,0%)	2190 (44,3%)	77 (44,5%)	0,51	0,84
■ beroerte/TIA, n (%)	585 (11,3%)	6 (9,2)	556 (11,2%)	23 (13,3%)	0,56	0,94

BMI = body mass index; SD = standaarddeviatie; SE = standaardfout.

^a ↑ = subklinische hyperthyreoïdie; 0 = euthyreoidie; ↓ = subklinische hypothyreoïdie.

[†] P-waarden voor subklinische hyperthyreoïdie (↑) respectievelijk hypothyreoïdie (↓) versus euthyreoidie.

[‡] Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

[§] Stabiele angina pectoris, claudicatio intermittens, beroerte of TIA, myocardiinfarct of arteriële chirurgie in de voorgeschiedenis.

RESULTATEN

[Tabel 1] toont de kenmerken van de deelnemers op baseline. De gemiddelde leeftijd was 75,3 jaar met een standaarddeviatie (SD) van 3,3 jaar. Van de 5182 deelnemers hadden er 65 (1,3%) subklinische hyperthyreoïdie en 173 (3,3%) subklinische hypothyreoïdie. Beide afwijkingen werden vaker gevonden bij vrouwen. Ten opzichte van deelnemers met euthyreoïdie hadden deelnemers met subklinische hyperthyreoïdie gemiddeld een significant lagere body mass index (BMI): 25,7 versus 26,8 ($p = 0,03$), en hadden deelnemers met subklinische hypothyreoïdie vaker hypertensie: 68,2% versus 61,0% ($p = 0,02$).

Wij vonden op baseline geen significante verschillen in BI en IADL tussen de drie condities [tabel 2]. Gedurende de 42 maanden van het onderzoek observeerden we voor de totale onderzoekspopulatie een significante daling in BI en IADL, van $-0,09$ en $-0,16$ punten respectievelijk, maar deze daling was in elk van de drie condities vergelijkbaar. Ook in de zes subgroep analyses vonden wij geen relatie tussen subklinische schildklierafwijkingen en dagelijks functioneren.

Bij 41 (63,1%) van de 65 deelnemers met subklinische hyperthyreoïdie op baseline was de afwijking na 6 maanden nog aanwezig, zoals ook bij 93 (53,8%) van de 173 deelnemers met subklinische hypothyreoïdie. We vonden geen verschillen in BI en IADL tussen de deelnemers met een persistente subklinische schildklierafwijking en de deelnemers met persistente euthyreoïdie ($p > 0,14$). Ook de afname van het dagelijks functioneren was gelijk over de verschillende groepen ($p > 0,45$).

BESCHOUWING

Dit grote prospectieve cohortonderzoek met een follow-up van gemiddeld 42 maanden bij meer dan 5000 ouderen laat zien dat subklinische schildklierafwijkingen in een oudere populatie niet gerelateerd zijn aan beperkingen in en achteruitgang van het dagelijks functioneren.

Eerder onderzoek naar de relatie tussen subklinische schildklierafwijkingen en dagelijks functioneren heeft tegenstrijdige resultaten opgeleverd. Een dwarsdoorsnede-onderzoek bij 44 deelnemers met subklinische hypothyreoïdie en 24 deelnemers zonder schildklierafwijking vond geen verschillen in het dagelijks functioneren.⁹ Ook de Leiden 85-plus Studie vond, bij 558 deelnemers van 85 jaar en ouder, geen verband tussen de schildklierfunctie en een achteruitgang in het dagelijks functioneren.⁶ Het Health ABC-onderzoek, met 2290 deelnemers, wees uit dat ouderen met subklinische hypothyreoïdie niet vaker last hebben van beperkingen in het dagelijks functioneren dan personen zonder schildklierafwijking, en zelfs dat personen met een milde subklinische hypothyreoïdie (TSH 4,5-7 mU/l) beter functioneerden.¹⁰ Anderzijds bleek in een kleine trial bij 11 patiënten met een subklinische hypothyreoïdie dat het dagelijks functioneren significant verbeterde na zes maanden behandeling met levothyroxine.⁷

Wij startten dit onderzoek in de verwachting een relatie te vinden tussen subklinische schildklierafwijkingen en dagelijks functioneren. Ten eerste verhogen deze afwijkingen

Tabel 2 Dagelijks functioneren op baseline en tijdens de follow-up

		Schildklierfunctie*			p-waarden†	
	allen	↑	0	↓	↑	↓
	n = 5182	n = 65	n = 4944	n = 173		
Barthelindex						
■ range op baseline	11-20	15-20	11-20	15-20		
■ score op baseline (SE)	19,71 (0,04)	19,60 (0,09)	19,73 (0,06)	19,82 (0,06)	0,147	0,103
■ jaarlijkse verandering (SE)	-0,09 (0,00)	-0,08 (0,03)	-0,09 (0,00)	-0,09 (0,02)	0,859	0,952
IADL						
■ range op baseline	4-14	10-14	4-14	7-14		
■ score op baseline (SE)	13,53 (0,05)	13,51 (0,12)	13,52 (0,02)	13,55 (0,08)	0,910	0,721
■ jaarlijkse verandering (SE)	-0,16 (0,01)	-0,23 (0,05)	-0,16 (0,01)	-0,14 (0,03)	0,144	0,641
Persisterende schildklierfunctie, n (%)	4593 (88,6%)	n = 41 (63,1%)	n = 4459 (90,2%)	n = 93 (53,8%)		
Barthelindex						
■ range op baseline	11-20	15-20	11-20	18-20		
■ score op baseline (SE)	19,73 (0,05)	19,59 (0,11)	19,74 (0,02)	19,85 (0,07)	0,161	0,151
■ jaarlijkse verandering (SE)	-0,08 (0,00)	-0,04 (0,04)	-0,08 (0,0)	-0,09 (0,03)	0,486	0,807
IADL						
■ range op baseline	4-14	10-14	4-14	7-14		
■ score op baseline (SE)	13,52 (0,06)	13,43 (0,15)	13,53 (0,03)	13,60 (0,10)	0,477	0,527
■ jaarlijkse verandering (SE)	-0,15 (0,01)	-0,19 (0,06)	-0,15 (0,01)	-0,12 (0,04)	0,536	0,444

Cijfers zijn gemiddelden, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, land, cardiovasculaire ziekten, hypertensie, diabetes mellitus en roken, en in de longitudinale analyse ook voor pravastatinegebruik.

SE = standaardfout (standard error); IADL = instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen.

* ↑ = subklinische hyperthyreoïdie; 0 = euthyreoïdie; ↓ = subklinische hypothyreoïdie.

† p-waarden voor subklinische hyperthyreoïdie (↑) respectievelijk subklinische hypothyreoïdie (↓) versus euthyreoïdie.

het risico op cardiovasculaire ziekten, en daarvan is aangetoond dat ze leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren. Gezien de hoge prevalentie van hart- en vaatziekten in onze onderzoekspopulatie verwachtten wij deze beperkingen terug te vinden.^{2,5} Ten tweede heeft eerder onderzoek laten zien dat personen met een (subklinische of klinische) schildklierafwijking vaker klachten van het bewegingsapparaat hebben, zoals fracturen en beperkte gewrichtsmobiliteit.^{1,3,13} Zowel subklinische als klinische hyperthyreoïdie is geassocieerd met een verhoogd risico op osteoporose en afname van de spierkracht, klachten die bijdragen aan beperkingen in het dagelijks functioneren.^{1,3} Onze hypothese was daarom dat personen met subklinische schildklierafwijkingen vergelijkbare klachten zouden hebben, wat uiteindelijk zou leiden tot beperkingen in het dagelijks functioneren.

Wij hebben een aantal mogelijke verklaringen voor de afwezigheid van deze veronderstelde relatie. Ten eerste kan het zo zijn dat de gesuggereerde biologische relatie niet bestaat; er is weinig onderzoek gedaan naar de relatie tussen spiermetabolisme en subklinische hypothyreoïdie.^{7,14} Een tweede verklaring kan zijn dat alle PROSPER-deelnemers op baseline een MMSE-score ≥ 24 moesten hebben en in goede fysieke gezondheid moesten verkeren.¹¹ Dit resulteerde in een relatief gezonde onderzoekspopulatie waaruit ouderen met een verhoogd risico op beperkingen in functioneren en cognitie waren geëxcludeerd. Daar staat tegenover dat we over de gehele onderzoeksduur binnen de totale onderzoekspopulatie wel een significante achteruitgang maten in dagelijks functioneren, dus onze meetinstrumenten waren gevoelig genoeg om een eventueel verschil aan te tonen.

De kans op spontane normalisatie van de TSH-concentratie bij subklinische schildklierafwijkingen lijkt tot 65% te kunnen oplopen, maar er is weinig onderzoek gedaan naar persisterende afwijkingen. De herhaalde schildkliermetingen in een grote populatie, in combinatie met de herhaalde metingen van het dagelijks functioneren gedurende 3,2 jaar, zijn sterke punten van dit onderzoek. De relatief grote zelfredzaamheid van onze deelnemers geeft echter, zoals gezegd, aanleiding tot voorzichtigheid bij het generaliseren van onze resultaten. In de literatuur wordt een afname van ten minste 1,85 punten op de BI en 3 punten op de IADL als klinisch relevant beschouwd. De verschillen die wij vonden, blijven daar ruim onder en zijn dus wellicht minder relevant voor de

kliniek. Daarbij moet worden aangetekend dat de relevantie van een verschil in epidemiologisch onderzoek op een andere schaal beoordeeld moet worden, zeker als het om grote cohorten gaat. Daarnaast is de volgperiode van 3,2 jaar wellicht te kort om veranderingen in dagelijks functioneren aantoonbaar te maken.

CONCLUSIE

Wij vonden geen aanwijzingen dat subklinische schildklierafwijkingen bij ouderen gerelateerd zijn aan een beperking in en achteruitgang van het dagelijks functioneren. Om een definitieve uitspraak te kunnen doen is echter meer bewijs nodig uit gerandomiseerde klinische trials. ■

LITERATUUR

- 1 Cooper DS, Biondi B. Subclinical thyroid disease. *Lancet* 2012;379:1142-54.
- 2 Rodondi N, Den Elzen WP, Bauer DC, Cappola AR, Razvi S, Walsh JP, et al. Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality. *JAMA* 2010;304:1365-74.
- 3 Bauer DC, Ettinger B, Nevitt MC, Stone KL. Risk for fracture in women with low serum levels of thyroid-stimulating hormone. *Ann Intern Med* 2001;134:561-8.
- 4 Ceresini G, Lauretani F, Maggio M, Ceda GP, Morganti S, Usberti E, et al. Thyroid function abnormalities and cognitive impairment in elderly people: results of the Invecchiare in Chianti study. *J Am Geriatr Soc* 2009;57:89-93.
- 5 Collet TH, Gussekloo J, Bauer DC, Den Elzen WP, Cappola AR, Balmer P, et al. Subclinical hyperthyroidism and the risk of coronary heart disease and mortality. *Arch Intern Med* 2012;172:799-809.
- 6 Gussekloo J, Van Exel E, De Craen AJ, Meinders AE, Frolich M, Westendorp RG. Thyroid status, disability and cognitive function, and survival in old age. *JAMA* 2004;292:2591-9.
- 7 Mainenti MR, Vigario PS, Teixeira PF, Maia MD, Oliveira FP, Vaisman M. Effect of levothyroxine replacement on exercise performance in subclinical hypothyroidism. *J Endocrinol Invest* 2009;32:470-3.
- 8 Portella RB, Silva JL, Wagman MB, De Oliveira FP, Buescu A, Vaisman M. Exercise performance in young and middle-aged female patients with subclinical hyperthyroidism. *Thyroid* 2006;16:731-5.
- 9 Reuters VS, Teixeira PF, Vigario PS, Almeida CP, Buescu A, Ferreira MM, et al. Functional capacity and muscular abnormalities in subclinical hypothyroidism. *Am J Med Sci* 2009;338:259-63.
- 10 Simonsick EM, Newman AB, Ferrucci L, Satterfield S, Harris TB, Rodondi N, et al. Subclinical hypothyroidism and functional mobility in older adults. *Arch Intern Med* 2009;169:2011-7.
- 11 Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB, Cobbe SM, Bollen EL, Buckley BM, et al. The design of a prospective study of Pravastatin in the Elderly at Risk (PROSPER). PROSPER Study Group. PROSpective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk. *Am J Cardiol* 1999;84:1192-7.
- 12 Lawton MP. The functional assessment of elderly people. *J Am Geriatr Soc* 1971;19:465-81.
- 13 Cakir M, Samanci N, Balci N, Balci MK. Musculoskeletal manifestations in patients with thyroid disease. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2003;59:162-7.
- 14 Caraccio N, Natali A, Sironi A, Baldi S, Frascerra S, Dardano A, et al. Muscle metabolism and exercise tolerance in subclinical hypothyroidism: a controlled trial of levothyroxine. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:4057-62.



Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting

Samenvatting

Cohen D. Een ernstige psychiatrische aandoening verkort de levensverwachting. *Huisarts Wet* 2015;58(1):16-8.

Patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) hebben een sterk verkorte levensverwachting, wat vooral te wijten is aan een relatief hoge cardiovasculaire mortaliteit. Het is daarom aan te bevelen EPA als aparte risicofactor op te nemen in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement, naast de twee reeds bestaande indicaties diabetes mellitus en reumatoïde artritis. Net als bij deze twee aandoeningen is het cardiovasculair risico van een EPA in te schatten door bij de kalenderleeftijd vijftien jaar op te tellen. Cardiovasculair risicomanagement bij EPA kan eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender worden wanneer dat gebeurt door een daartoe geschoold psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist binnen een FACT-team. Deze teams zijn bovendien goed in staat problemen rond de therapietrouw bij EPA-patiënten adequaat te ondervangen.

'ERNSTIGE PSYCHIATRISCHE AANDOENING' (EPA)

Binnen de psychiatrie onderscheidt men tegenwoordig een aparte groep patiënten, die met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Tot deze categorie behoren patiënten die lijden aan een psychiatrische stoornis waarvoor gecoördineerde zorg of behandeling door professionele hulpverleners in een zorgnetwerk geïndiceerd is en die bovendien gepaard gaat met ernstige beperkingen in het sociaal of maatschappelijk functioneren, die zowel oorzaak als gevolg van de stoornis kunnen zijn. Wellicht ten overvloede geldt dat een EPA niet van voorbijgaande aard is.¹ Van de patiënten met een EPA leidt 67% aan een psychotische stoornis zoals schizofrenie of een affectieve dan wel organische psychose, en heeft 33% een andere diagnose, zoals autisme, obsessieve-compulsieve angststoornis, ernstige depressie of persoonlijkheidsstoornis. Naar schatting 160.000 Nederlanders hebben een EPA, dat is ongeveer 1% van de totale bevolking en 1,6% van de bevolking tussen de 18 en 65 jaar.¹

Omdat patiënten met een EPA beperkingen ervaren op vele verschillende levensgebieden, is een aangepaste werkwijze van de psychiatrische hulpverlening vaak wenselijk en soms noodzakelijk. Een complicerende factor is dat de patiënt vaak zelf niet om hulp vraagt. Bij een minderheid van de patiënten ontbreekt zelfs volledig het besef dat ze een psychiatrische ziekte hebben. Vandaar dat er zogenoemde 'bemoeizorg'-teams zijn gekomen die het initiatief en de verantwoordelijkheid voor de zorg overnemen van de patiënt. In de regio Alkmaar is een vorm van bemoeizorg ontwikkeld, Functionele Assertieve

Community Treatment (FACT), die inmiddels in het hele land steeds meer ingang vindt.² De zorg die een FACT-team biedt, wordt aangepast aan het actuele disfunctioneren (zie verder onder Bemoeizorg en FACT-teams).

CVRM IS VOOR EPA-PATIËNTEN HARD NODIG

Het punt waar het in deze beschouwing om gaat, is dat in Nederland de levensverwachting van patiënten met een EPA gemiddeld 15-20 jaar korter is dan die van de algemene bevolking. Dit is niet toe te schrijven aan het peil van de gezondheidszorg in Nederland, want de kortere levensverwachting wordt ook gevonden in andere landen met een hoogwaardige somatische en psychiatrische gezondheidszorg zoals Denemarken, Finland, Israël, de Verenigde Staten en Zweden.³⁻⁷ In de diverse onderzoeken zijn uitschieters naar beide kanten te vinden: in Israël is de levensverwachting van psychiatrische patiënten 12 jaar korter dan bij de algemene bevolking,⁵ in Denemarken 11-20 jaar,⁷ in de Amerikaanse staat Arizona 32 jaar.⁶ De oorzaak is evenmin de sterk verhoogde incidentie van suicide, zoals om begrijpelijke redenen vaak gedacht wordt. De incidentie van suicide bij de algemene bevolking is laag – tussen 2000 en 2006 in Nederland gemiddeld 9,39 per 100.000 inwoners per jaar (mannen 12,88; vrouwen 5,97), wat overeenkomt met 0,1‰.⁸ Binnen het totaal van doodsoorzaken neemt zelfdoding een zeer bescheiden plaats in, ver achter hart- en vaatziekten (27 keer zo frequent), en kanker (26 keer zo frequent). Daarom kan zelfs de acht- tot tienmaal hogere incidentie van suicide onder EPA-patiënten hun kortere levensverwachting niet verklaren. In een Zweeds cohortonderzoek naar doodsoorzaken onder patiënten met een bipolaire stoornis overleden 34 (5,4%) van de 626 vrouwen en 43 (9,6%) van de 450 mannen door zelfdoding.⁹ Een groter effect op de levensverwachting heeft de cardiovasculaire mortaliteit, die voor psychiatrische patiënten dubbel zo hoog is als bij de algemene bevolking (2,2 maal voor vrouwen, 2,1 maal voor mannen) heeft een groter effect op de levensverwachting. Het verschil lijkt relatief minder

De kern

- De levensverwachting van Nederlanders met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is 15-20 jaar korter dan die van de gemiddelde Nederlander.
- De fors hogere cardiovasculaire mortaliteit in deze groep rechtvaardigt opname van EPA als aparte risicofactor in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.
- Om gebrek aan ziektebesef en therapietrouw te ondervangen, zijn er in veel regio's al structuren voor psychiatrische 'bemoeizorg' rond deze patiënten opgezet.
- Cardiovasculair risicomanagement bij EPA kan eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender worden wanneer dat gebeurt door een daartoe geschoold psychiatrisch verpleegkundige of verpleegkundig specialist binnen een FACT-team.

Geestelijke Gezondheidszorg Noord-Holland Noord, Polikliniek Metabole Screening, FACT-team Heerhugowaard, Hectorlaan 190, 1702 CL Heerhugowaard; dr. D. Cohen, psychiater • Correspondentie: d.cohen@ggz-nhn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur heeft een *educational grant* ontvangen van AstraZeneca Nederland BV om over dit onderwerp te schrijven, zonder dat verder overleg over de inhoud heeft plaatsgevonden.



Foto: Flickr

groot dan bij suïcide maar heeft in absolute zin meer invloed omdat de cardiovasculaire mortaliteit ook in de algemene bevolking veel hoger ligt. In het reeds genoemde Zweedse onderzoek overleed 35% van de patiënten (219/616 vrouwen en 162/450 mannen) aan een cardiovasculaire ziekte.⁹ Even zorgelijk, zo niet zorgelijker, is dat een meta-analyse laat zien dat de cardiovasculaire mortaliteit bij schizofrenie verder toeneemt.¹⁰

De grote bijdrage van cardiovasculaire oversterfte aan de kortere levensverwachting bij EPA-patiënten heeft een belangrijke therapeutische consequentie: de indicatiestelling voor medicamenteuze interventie in het kader van cardiovasculair risicomanagement. In de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement speelt de leeftijd van de patiënt een belangrijke rol bij deze indicatiestelling,¹¹ maar door de aanzienlijk verkorte levensverwachting van EPA-patiënten schiet de NHG-Standaard voor deze groep ernstig tekort. Een voorbeeld: voor patiënten jonger dan 50 jaar zonder hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis is er ook in de meest recente versie van de standaard, op één uitzondering na, geen indicatie voor medicamenteuze interventie. In dit advies spelen de ernst en het aantal risicofactoren, afzonderlijk of gezamenlijk genomen, geen rol. De standaard maakt een uitzondering voor een selecte groep patiënten die aan vier eisen voldoet: (1) mannen die (2) roken, met (3) een systolische bloeddruk ≥ 180 mmHg en (4) een ratio totaal cholesterol/HDL ≥ 7 . Voor deze groep is er wel een indicatie voor medicamenteuze interventie, voor alle andere patiënten niet.¹¹ De standaard benoemt een verhoogd cardiovasculair risico bij twee groepen, namelijk

patiënten met diabetes mellitus en met reumatoïde artritis, voor wie vijftien jaar bij de actuele leeftijd moet worden opgeteld om tot een adequate risico-inschatting te komen.

Op grond van het bovenstaande lijkt het ons zinnig om patiënten met een EPA als risicogroep toe te voegen aan de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Ook voor deze groep, die een ernstig verhoogd cardiovasculair risico heeft, zou men het cardiovasculair risico moeten aanpassen door vijftien jaar op te tellen bij de kalenderleeftijd – en moeten handelen conform het aldus berekende risico. Dit komt overeen met het advies uit de meest recente Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie om 'bij toepassing van de NHG-Standaard CVRM de leeftijd van een patiënt met antipsychotica met vijftien jaar te verhogen'.¹²

Abstract

Cohen D. Severe mental illness shortens life expectancy. *Huisarts Wet* 2015;58(1):16-8.

Patients with a severe mental illness have a considerably reduced life expectancy, mainly due to their relatively high cardiovascular mortality. For this reason, it would be advisable to include severe mental illness as a separate risk factor in the Dutch College of General Practitioners' guideline on Cardiovascular Risk Management, in addition to the two existing risk factors, diabetes mellitus and rheumatoid arthritis. As for these two risk factors, the cardiovascular risk associated with severe mental illness can be estimated as the patient's age plus 15 years. When diagnosing and treating risk factors such as dyslipidaemia and hypertension in these patients, general practitioners could work together with Functional Assertive Community Treatment teams, which provide social-psychiatric care on a regional basis. In addition, these teams are able to manage problems of treatment compliance in these patients.

BEMOEIZORG EN FACT-TEAMS

Een belangrijk probleem bij het cardiovasculair risicomanagement van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening is de te verwachten therapietrouw. Patiënten met een EPA vertonen vaak symptomen als desorganisatie, incoherent denken en gebrekkige zelfverzorging. Als gevolg hiervan zien we bij deze groep patiënten vaker problemen en beperkingen bij uiteenlopende aspecten van hulpzoekend gedrag, zoals het signaleren van lichamelijke klachten en het maken of naleven van afspraken met (psychiatrische of somatische) hulpverleners. Therapietrouw is een punt van aandacht bij cardiovasculair risicomanagement, en dat geldt des te sterker bij EPA-patiënten.

De recente ontwikkeling van sociaal-psychiatrische zorg door regionale FACT-teams maakt de situatie echter minder somber dan die op het eerste gezicht misschien lijkt. Elk FACT-team is binnen een postcodegebied van gemiddeld 50.000 inwoners verantwoordelijk voor de volledige psychiatrische zorg aan alle gemiddeld 200 EPA-patiënten.² Idealiter is het kantoor van een FACT-team leeg omdat de bemoeizorg voor een belangrijk deel bestaat uit het afleggen van huisbezoeken. Bij vermoede of gebleken therapie-ontrouw kan de interventie bijvoorbeeld zijn dat de hulpverlener de medicatie bij de apotheek ophaalt, bij de patiënt thuis aflevert en erop toeziet dat deze de medicatie ook daadwerkelijk inneemt. Het team bepaalt zelf de frequentie van een interventie, zo nodig zeven dagen per week. Op die manier bereiken de FACT-teams een niveau van therapietrouw dat niet onderdoet voor dat bij chronische somatische aandoeningen.

Zijn de problemen rondom indicatiestelling en therapietrouw ondervangen, dan doet zich vervolgens het probleem voor welke zorgverlener de verantwoordelijkheid krijgt voor het risicomanagement. Wie is het best toegerust voor de diagnostiek en therapie van cardiovasculaire risicofactoren bij EPA-patiënten? De huisarts ligt voor de hand, maar een fulltime huisarts zal, bij een gemiddelde praktijkgrootte van 2350 patiënten en een prevalentie van 1%, jaarlijks niet meer dan 20-25 EPA-patiënten zien, en van dezen heeft slechts een minderheid een verhoogd cardiovasculair risicoprofiel. Het gaat

dus om een vrij kleine, maar bewerkelijke groep patiënten: ze verschijnen niet altijd op het spreekuur, ze zijn stroef tot achterdochtig in het contact, ze kunnen lang van stof en traag van begrip zijn, hun taalgebruik is soms moeilijk te volgen, enzovoort. Om dit alles te ondervangen lijkt het zinnig de psychiatrische bemoeizorg van het FACT-team aan te vullen met somatische, vooral cardiovasculaire bemoeizorg. Deze zorg kan worden geleverd door psychiatrisch verpleegkundigen, bij voorkeur verpleegkundig specialisten, die – na bijscholing – bevoegd en bekwaam zijn in de diagnostiek en behandeling van hypertensie en dyslipidemie. Aldus kan cardiovasculair risicomanagement bij EPA-patiënten zorg eenvoudiger, goedkoper en doeltreffender worden dan momenteel het geval is. ■

LITERATUUR

- 1 Delespaul Ph, de Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013;55:427-38.
- 2 Van Veldhuizen R, Bähler M, Polhuis D, Van Os J (redactie). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom, 2008.
- 3 Wahlbeck K, Wetsman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental health disorders. *Br J Psychiatry* 2011;199:453-58.
- 4 Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN 11 study). *Lancet* 2009;374:620-7.
- 5 Kodesh A, Goldshtein I, Gelkopf M, Goren I, Chodick G, Shalev V. Epidemiology and comorbidity of severe mental illnesses in the community: findings from a computerized mental health registry in a large Israeli health organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1775-82.
- 6 Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006;3:A42.
- 7 Laursen TM, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby, Alinaghizadeh H, et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *Plos One* 2013;8:e67133.
- 8 Garssen J, Hoogenboezem J. Zelfdoding in Nederland: een statistisch overzicht. *Bevolkingstrends* 2007;4:73-83.
- 9 Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry* 2013;70:931-39.
- 10 Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-31.
- 11 Banga JD, Van Dijk JL, Van Dis I, Giepmans L, Goudswaard AN, Grobbee DE, et al. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:14-28. Tabel 1
- 12 Van Alphen C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Brugge-man R, et al. *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom/Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012.



Kwalitatief onderzoek

PRAKTIJKPROBLEEM

Huisartsen vinden het vaak moeilijk om patiënten met SOLK (Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten) te behandelen en begeleiden. Gevoelens van machteloosheid voeren de boventoon. Je hoort huisartsen zeggen: 'Ik vind het maar lastige patiënten'. Maar hoe onderzoek je waarom huisartsen dit lastige patiënten vinden?

ACHTERGROND

Meestal denken we bij onderzoek aan vragenlijstonderzoek of Randomised Controlled Trials (RCT's). Dit zijn voorbeelden van kwantitatief onderzoek. Daarmee krijg je antwoord op de vragen 'hoe vaak komt iets voor?' of 'hoe groot is de kans dat...?' Het gaat dus over zaken die meetbaar zijn. Maar wat nu als je vooral geïnteresseerd bent in het brede palet aan 'subjectieve' meningen en opvattingen zoals die binnen onze beroepsgroep leven, bijvoorbeeld over patiënten met SOLK? Kwalitatief onderzoek biedt dan uitkomst.

Kwalitatief onderzoek gaat over 'wat', 'waarom', en 'hoe'. Je kunt er verhalen, betekenissen, meningen, opvattingen en interpretaties mee exploreren en onderzoeken. Het doel van kwalitatief onderzoek is het begrijpen van verschijnselen in hun context en het wordt vooral toegepast op terreinen waar nog weinig kennis voorhanden is. Daarmee is kwalitatief onderzoek geschikt om hypothesen te ontwikkelen.

Er zijn verschillende methoden van kwalitatief onderzoek: observatie, ondervraging en analyse van bestaande documenten. Een voorbeeld van observatie is de conversatieanalyse waarbij men analyseert wat er precies gezegd wordt tijdens een consult met het doel te ontdekken hoe de opvattingen van de patiënt (of huisarts) naar voren komen in het gesprek. Ondervraging kan zijn met een individu (diepte-interviews) of groep (focusgroep). Bij focusgroeponderzoek discussiëren vijf tot tien deelnemers onder leiding van een discussieleider (moderator) over hun opvattingen. Bij diepte-interviews ondervraagt de onderzoeker de ondervraagde uitvoerig in een één-op-één setting. Bij documentanalyse maakt men een analyse van de opvattingen in bestaande documenten zoals medische dossiers, rapporten en richtlijnen.

In kwalitatief onderzoek bestaat het analysemateriaal meestal uit teksten. De onderzoeker schrijft daarbij de interviews, discussies en consulten woordelijk uit.

Anders dan in kwantitatief onderzoek wordt in kwalitatief onderzoek veelal gebruikgemaakt van een bewust doelge-

richte steekproef van deelnemers (*purposive sample*) om een zo breed mogelijke schakering van opvattingen te verzamelen. De dataverzameling gaat net zo lang door tot er 'saturatie' (verzadiging) is bereikt. Dit is het punt waarop er geen nieuwe informatie meer naar voren komt. Dataverzameling en data-analyse vinden daarom afwisselend (iteratief) plaats om zoveel mogelijk diepgang in het onderzoek aan te brengen.

Om de betrouwbaarheid (controleerbaarheid en reproduceerbaarheid) te waarborgen legt de kwalitatief onderzoeker gesprekken en discussies vast op audio- of videotape.

UITWERKING

Om meer zicht te krijgen op de meningen en opvattingen van huisartsen rondom SOLK deden wij een focusgroeponderzoek. We organiseerden bijeenkomsten met vijf tot acht huisartsen onder leiding van een ervaren discussieleider. De huisartsen gingen met elkaar in discussie over de problemen die ze tegenkomen bij de behandeling en begeleiding van patiënten met SOLK. We kozen voor deze onderzoeksmethode omdat we verwachtten dat huisartsen in een groepsdiscussie elkaar stimuleren duidelijk voor hun mening uit te komen. Bovendien geeft deze onderzoeksmethode de andere deelnemers de mogelijkheid om te reageren op de meningen van anderen waardoor een nog duidelijker beeld van de problematiek ontstaat.

Tijdens de focusgroepen bleek dat huisartsen veel belang hechten aan een goede uitleg van de klachten en een goede arts-patiëntrelatie. Het bleek ook dat huisartsen veel problemen hebben met het goed uitleggen van de klachten en dat de arts-patiëntrelatie continu onder druk staat bij deze patiënten.

De uitkomsten van dit focusgroeponderzoek geven handvatten om de zorg voor patiënten met SOLK te verbeteren.

BETEKENIS VOOR DE PRAKTIJK

Kwalitatief onderzoek wordt toegepast wanneer diepgaande informatie gewenst is. Er wordt informatie verzameld over opvattingen, denkbeelden of gedrag. Het is bij kwalitatief onderzoek vooral van belang om een beeld te krijgen van wat er leeft onder de doelgroep. Kwalitatief onderzoek is daarmee een geschikte methode voor onderzoek in de huisartsgeneeskunde, juist omdat binnen ons vak veel gebeurt wat niet goed meetbaar is. ■

LITERATUUR

- 1 Lucassen PLBJ, olde Hartman TC, redactie. Kwalitatief onderzoek. Praktisch methoden voor de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- 2 olde Hartman TC, Hassink-Franke L, Lucassen PL, Van Spaendonck KP, Van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. BMC Fam Pract 2009;10:68.

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

RadboudUMC, afdeling Eerstelijns geneeskunde, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: T.C. olde Hartman, senior onderzoeker en huisarts in Oosterhout; P. Lucassen, senior onderzoeker en huisarts in Bakel • Correspondentie: tim.oldehartman@radboudumc.nl.



Strategieën in preventieve zorg voor ouderen

Samenvatting

Drewes YM, Blom JW, Assendelft WJJ, Gussekloo J. Strategieën in preventieve zorg voor ouderen. *Huisarts Wet* 2015;58(1):20-3.

Bij preventieve zorg gaat het veelal om het voorkomen van ziekte, maar op hogere leeftijd komt de nadruk steeds meer te liggen op behoud van de zelfredzaamheid, met name bij kwetsbare ouderen. Er is echter geen gouden standaard voor het onderscheid tussen 'kwetsbaar' en 'niet-kwetsbaar'. In de praktijk hanteren huisartsen ongeveer eenzelfde medisch concept van kwetsbaarheid, waarin zij somatische en psychologische kenmerken laten meewegen. Onderzoek wijst uit dat het niet zinvol is om deze kwetsbare ouderen collectief te gaan screenen op aanwezige ziekten, beperkingen en risicofactoren. Aangezien de meeste kwetsbare ouderen al zorg ontvangen voor één of meer chronische ziekten, levert het verbeteren van de individuele zorg aan deze patiënten waarschijnlijk meer winst op. Onderzoek onder 85-plussers heeft uitgewezen dat stratificatie van het cardiovasculair risico tot op zeer hoge leeftijd mogelijk is.

INLEIDING

De Gezondheidsraad stelde in 2009 dat preventie bij ouderen ook gericht zou moeten zijn op het voorkomen of uitstellen van functionele achteruitgang en sociaal isolement, teneinde zelfredzaamheid en welzijn te bevorderen.¹ Het begrip 'preventie' verwijst van oudsher naar maatregelen om ziekte, ongevallen en overlijden te voorkomen, en het is de vraag of en hoe preventieve interventies daadwerkelijk bijdragen aan zelfredzaamheid en welzijn. In dit artikel beschouwen wij een aantal onderzoeken naar deze vraag, besproken in het proefschrift van de eerste auteur.

De diversiteit van de gezondheid, het functioneren en het welzijn in de algemene oudere bevolking is groot en ieder preventieprogramma zal rekening moeten houden met die verschillen. Voor ouderen met een minder goede gezondheid kan het doel van preventie zijn de zelfredzaamheid te bevorderen door beperkingen en sociaal isolement uit te stellen. Bij gezonde ouderen zal het er juist om gaan de levensverwachting te bevorderen door ziekten te voorkomen. De vraag is dus: is het mogelijk strategieën voor een preventief zorgbeleid te ontwerpen waarvan doel en aanpak aangepast zijn aan de be-

hoefden van diverse groepen ouderen? Om deze vraag te beantwoorden, moet allereerst worden onderzocht of preventie verschillende doelen kan hebben, en vervolgens of er binnen de groep ouderen subgroepen te onderscheiden zijn. Ten slotte bespreken wij of screening een geschikte methode is in het kader van preventieve zorg, en welke risicogroepen dan kunnen worden gedefinieerd.

ZIEKTEPREVENTIE VERSUS ZELFREDZAAMHEID

De vraag welke verschillende doelen huisartsen onderscheiden in de preventieve zorg voor ouderen, is onderzocht in zes focusgroepbijeenkomsten met in totaal 37 huisartsen, die we analyseerden met behulp van de *framework analysis method*.^{2,3} Uit de discussies kwam naar voren dat de vitaliteit van de oudere, zoals gepercipieerd door de huisarts, bepalend is voor doel, inhoud en aanpak van diens preventieve interventies. Naarmate die vitaliteit afneemt, verwacht de huisarts meer van een proactieve, individuele benadering die gericht is op het voorkomen van functionele achteruitgang en het behoud van zelfredzaamheid. De conclusies zijn samengevat in een conceptueel model [figuur] dat de aanpak van preventie voor vitale en voor kwetsbare ouderen beschrijft in vijf dimensies. Bij vitale ouderen is het doel vooral het voorkomen van ziekte, is het zorgconcept een ziektemodel, ligt het initiatief bij de oudere zelf, bestaat de doelgroep uit ouderen met een hulpvraag en ligt de nadruk op cardiovasculair risicomanagement. Bij kwetsbare ouderen is het doel vooral het voorkomen van functionele achteruitgang, is het zorgconcept een functioneel model, ligt het initiatief meer (proactief) bij de huisarts, zijn er specifieke risicogroepen en ligt de nadruk op sociaal isolement en functionele achteruitgang.⁴

De kern

- Naarmate de kwetsbaarheid van oudere patiënten toeneemt, wordt het voorkomen van ziekten minder belangrijk en wordt het behoud van zelfredzaamheid en welzijn belangrijker.
- Bij het beoordelen van de kwetsbaarheid van ouderen gaan huisartsen uit van eenzelfde medisch concept, waarin ze somatische en psychologische kenmerken laten meewegen.
- Het heeft geen zin kwetsbare ouderen als groep te screenen op allerlei aandoeningen; zinvoller lijkt het de individuele zorg aan kwetsbare ouderen te verbeteren.
- Tot op hoge leeftijd is risicostratificatie op basis van ernst van de cardiovasculaire voorgeschiedenis voorspellend voor het optreden van een nieuwe cardiovasculaire ziekte of cardiovasculaire mortaliteit.

LUMC, afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde, Postzone Vo-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden; dr.mr. Y.M. Drewes, arts maatschappij en gezondheid (thans Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst); dr. J.W. Blom, senior onderzoeker; prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde (thans Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen); prof.dr. J. Gussekloo, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: y.m.drewes@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van de eerste auteur: Drewes YM, Strategies in preventive care for older people. Leiden: LUMC, afdeling Public health en Eerstelijngeneeskunde, 2013.

VITALE VERSUS KWETSBARE OUDEREN

We zagen dat huisartsen het onderscheid tussen ‘vitaal’ en ‘kwetsbaar’ belangrijk vinden, maar in hoeverre hebben zij daarbij steeds dezelfde groep voor ogen, met andere woorden, hanteren alle huisartsen hetzelfde impliciete concept voor kwetsbaarheid bij ouderen? Als dat zo is, zou het oordeel van de huisarts een veelbelovend instrument zijn om die ouderen te selecteren die complexere zorg behoeven.

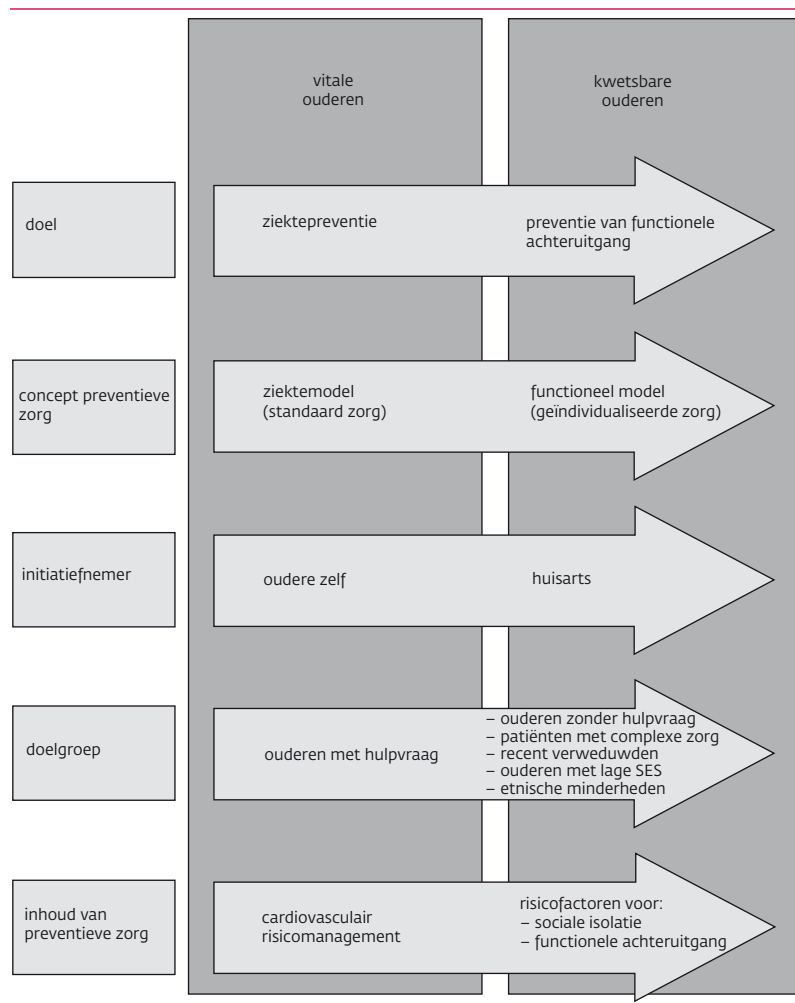
Wij hebben dit onderzocht in een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial naar het effect van proactieve zorgplanning bij patiënten van 75 jaar en ouder die complexe problemen hebben. In dit onderzoek, Integrated Systematic Care for Older People (ISCOPE), vroegen wij 77 huisartsen de in hun praktijk ingeschreven 75-plussers (n = 11.392) onder te verdelen in niet-kwetsbare, mogelijk kwetsbare en kwetsbare patiënten. Naast de persoons- en praktijkkenmerken van de huisartsen verzamelden wij uit een steekproef van 2828 patiënten uitgebreide patiëntkenmerken in het sociaal-demografische, functionele, somatische, psychologische en sociale domein. De huisartsen beoordeelden tussen de 2,4 en 81% van de 75-plussers in hun praktijk als kwetsbaar, met een mediaan percentage van 32%. Door middel van *mixed-effects* logistische regressie gingen we na of kenmerken van de huisarts of de praktijk van invloed waren op dit oordeel. Dat bleek niet het geval, behalve dat huisartsen in de stad een hoger percentage ouderen als kwetsbaar beoordeelden dan huisartsen op het platteland.

[Tabel 1] toont de onderlinge variatie tussen de huisartsen in het gewicht dat zij aan de verschillende patiëntkenmerken hechtten. Hoe groter de overeenstemming over een bepaald kenmerk, hoe kleiner de spreiding van de oddsratio (OR) rondom de mediaan. Een patiëntkenmerk waarvan de OR géén spreiding heeft, wordt dus door alle huisartsen even sterk meegewogen. Uit de tabel blijkt dat dit opgaat voor drie patiëntkenmerken uit het psychologische en somatische domein: zelfgerapporteerde ziekten (OR mediaan 1,7; 90% range 0; $p_{var} = 1$), polyfarmacie (OR mediaan 2,3; 90% range 0; $p_{var} = 1$) en depressieve symptomen (OR mediaan 1,6; 90% range 0; $p_{var} = 1$). Er zijn daarentegen duidelijke verschillen zichtbaar in de mate waarin de huisartsen cognitie, functionele status en eenzaamheid laten meewegen.⁵ Blijkbaar geven huisartsen wel dezelfde *medische* invulling aan het begrip ‘kwetsbaarheid’, maar verschilt de wijze waarop zij functionele en sociale patiëntkenmerken laten meewegen.

GESCHIKTE RISICOFACTOREN VOOR SCREENING

Als men het onderscheid tussen kwetsbare en vitale ouderen inderdaad kan maken, is het in principe ook mogelijk ouderen te screenen op ziekten, beperkingen of risicofactoren – of het zin heeft is een tweede. We onderzochten voor een aantal gebieden of screening daarop zinvol zou kunnen zijn, dat wil zeggen evidence-based bijdraagt aan het bevorderen van de zelfredzaamheid van ouderen. Wij onderzochten dit met behulp van de RAND/UCLA Appropriateness Method.⁶ Een multidisciplinair panel van elf experts beoordeelde op basis van literatuur en screeningsrichtlijnen uit vier landen de ef-

Figuur Conceptueel model van preventieve zorg door de huisarts waarbij het perspectief verschuift afhankelijk van de vitaliteit van de oudere



fectiviteit van 29 potentiële screeningsonderwerpen. Per onderwerp gaven de experts een cijfer tussen 1 en 9 aan het nut van screening in drie leeftijdsgroepen (60-74 jaar, 75-84 jaar, 85-plus) en voor drie ‘gezondheidsniveaus’ (algemene bevol-

Abstract

Drewes YM, Blom JW, Assendelft WJJ, Gussekloo J. Strategies for preventive care for elderly patients. *Huisarts Wet* 2015;58(1):20-3.

While preventive care is usually focused on disease prevention, in advanced old age emphasis is more on maintaining independence, especially in vulnerable elderly patients. Unfortunately, there is no gold standard for distinguishing between vulnerable and non-vulnerable individuals. In practice, general practitioners use more-or-less the same concept of vulnerability, in terms of somatic and psychological aspects. Research has shown that a screening programme for disease, limitations, and risk factors in elderly individuals is not really useful. As the most vulnerable elderly people are often already receiving medical care for one or more chronic health problems, more can be gained by improving the individual care for these patients. Research among individuals aged 85 years and older has shown that risk stratification for cardiovascular management is still possible in advanced old age.

Tabel 1 De invloed van patiëntkenmerken op het kwetsbaarheidsoordeel van de huisarts (n = 2828)

Patiëntkenmerken	SD*	Oddsratio†		p _{var}	mediaan met 90% spreiding
		mediaan	5-95% (90% spreiding)		
Leeftijd	5,24	1,6	1,3-1,9 (0,6)	< 0,001	
Man	–	1,1	1,1-1,1 (0)	1	
Alleen AOW	–	1,2	0,64-2,2 (1,6)	0,033	
Woonsituatie					
■ alleenstaand	–	1,1	0,51-2,3 (1,8)	0,144	
■ verzorgingshuis	–	2,7	1,5-4,7 (3,2)	0,017	
Functioneel domein					
■ IADL	8,27	2,8	2,1-3,7 (1,6)	<0,001	
■ BADL	4,87	2,4	1,4-4,3 (2,9)	<0,001	
Somatisch domein (zelfrapportage)					
■ totaal aantal ziekten	2,27	1,7	1,7-1,7 (0)	1	
■ polyfarmacie (≥ 4 geneesmiddelen)	–	2,3	2,3-2,3 (0)	1	
Psychologisch domein					
■ MMSE	3,57	1,9	1,5-2,3 (0,8)	< 0,001	
■ GDS-15	2,56	1,6	1,6-1,6 (0)	1	
Sociaal domein					
■ DJG	2,81	1,2	0,75-1,9 (1,2)	< 0,001	

BADL = basale algemene dagelijkse levensverrichtingen; DJG = De Jong-Gierveld Eenzaamheidsschaal; GDS-15 = Geriatric Depression Scale (15 items); IADL = instrumentele algemene dagelijkse levensverrichtingen; MMSE=Mini-Mental State Examination; SD = standaarddeviatie.

* Berekend voor continue data.

† Geschat per SD achteruitgang in functioneren.

king, vitale ouderen, kwetsbare ouderen).

Uiteindelijk bleken naar het oordeel van de experts slechts 3 van de 29 onderwerpen nuttige screeningscondities te vormen [tabel 2], zie www.henw.org: screening op onvoldoende fysieke activiteit achtten zij zinvol voor alle leeftijdsgroepen en alle gezondheidsniveaus; screening op cardiovasculaire risicofactoren en op roken achtten zij zinvol voor ouderen in de algemene bevolking en voor vitale ouderen van 60-74 jaar.⁷ Bij 75-plussers achtte de expertgroep cardiovasculaire screening niet zinvol, omdat er voor deze groep geen passende risicotabel is (de risicotabel uit de NHG-Standaard gaat tot 70 jaar en de Framingham Risk Score is niet gevalideerd voor personen ouder dan 75 jaar).

Volgens het panel is er onvoldoende bewijs dat collectieve screening van kwetsbare ouderen de zelfredzaamheid van deze groep zal bevorderen. Aangezien de meeste kwetsbare ouderen vanwege hun chronische ziekte(n) al reguliere zorg ontvangen, verwacht het panel dat het verbeteren van de individuele zorg meer winst zal opleveren dan een collectief screeningsprogramma.

CVRM BIJ OUDEREN

De voorspellende waarde van de klassieke cardiovasculaire risicofactoren neemt af met het stijgen van de leeftijd, en er is voor ouderen geen predictieregel of risicotabel beschikbaar. Maar er zijn misschien andere manieren om het cardiovasculaire risico bij ouderen te voorspellen. Eerder doorgemaakte

cardiovasculaire ziekten zijn een belangrijke determinant van het cardiovasculair risico: een cardiovasculaire voorgeschiedenis verhoogt sowieso het risico op een recidief, bij mensen zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis is dat risico afhankelijk van risicofactoren. Hierop is het onderscheid tussen primaire en secundaire cardiovasculaire preventie bij mensen op middelbare leeftijd gebaseerd. Bij mensen van middelbare leeftijd met een cardiovasculaire aandoening hangt het risico op herhaling af van de ernst van de voorgeschiedenis. Of dit bij zeer oude mensen ook het geval is, is onderzocht door de prognose van ouderen met een milde of ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis te vergelijken met die van ouderen zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis. Als de ernst van de cardiovasculaire voorgeschiedenis het risico op cardiovasculaire ziekten betrouwbaar voorspelt, heeft de huisarts een eenvoudig instrument in handen om ouderen te selecteren die baat kunnen hebben bij secundaire preventieve interventies. Wij gingen dit na in een populatie zeer oude mensen: 570 deelnemers aan de Leiden 85-plus Studie. We bepaalden het cardiovasculair risico van drie groepen deelnemers: zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis (47%), met een milde cardiovasculaire voorgeschiedenis zoals angina pectoris, TIA, claudicatio intermittens en/of hartfalen (22%) en met een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis zoals hartinfarct, beroerte en/of arteriële chirurgie (30%). Bij een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis was het risico op cardiovascu-

laire ziekte of mortaliteit vrijwel verdubbeld ten opzichte van een milde cardiovasculaire voorgeschiedenis, en in de groep met een milde cardiovasculaire voorgeschiedenis was het cardiovasculaire risico 1,6 maal hoger dan in de groep zonder cardiovasculaire voorgeschiedenis. Bovendien bleek een milde of ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis een versnelde achteruitgang van het cognitief en lichamelijk functioneren te voorspellen, alweer het meest uitgesproken in de groep met een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis.⁸

Dit toont aan dat niet alleen predictie mogelijk is, maar dat ook cardiovasculaire preventie belangrijk blijft bij ouderen, zeker bij ouderen met een (ernstige) cardiovasculaire voorgeschiedenis. Wel zal men eerder rekening houden met bijwerkingen of schadelijke interacties van medicatie en de voor- en nadelen van preventieve interventies anders afwegen bij ouderen met een milde cardiovasculaire voorgeschiedenis. In deze groep is het risico op recidief immers kleiner dan in de groep met een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis.

CONCLUSIE

Naarmate de vitaliteit van ouderen afneemt en hun kwetsbaarheid toeneemt, verschuift het doel van preventie naar het behoud van zelfredzaamheid en welzijn. Er is geen gouden standaard om de oudere bevolking in te delen naar kwetsbaarheid. Huisartsen hebben wel een gezamenlijk medisch concept van kwetsbaarheid, waarin zij somatische en psychologische kenmerken van hun oudere patiënten laten meewegen. Er is geen bewijs of consensus dat het zinvol zou zijn de groep kwetsbare ouderen te gaan screenen op allerlei factoren (met uitzondering van onvoldoende fysieke activiteit). Collectieve screening lijkt dan ook niet het juiste middel om de zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen te vergroten. Aangezien de meeste kwetsbare ouderen vanwege hun chronische ziekte(n) al reguliere zorg zullen ontvangen, lijkt het verbeteren van de individuele zorg meer winst te kunnen opleveren. Zolang huisartsen geen andere goede instrumenten ter beschikking staan om kwetsbare ouderen in hun praktijk

te selecteren, kunnen ze zich het best baseren op hun eigen inschatting.

Als huisartsen denken aan de preventie van ziekten bij ouderen, hebben zij vooral de nationale programma's voor kankerscreening en vaccinatie voor ogen, en daarnaast cardiovasculair risicomanagement. Dat laatste blijft tot op hoge leeftijd mogelijk, ook al zijn de traditionele risicofactoren niet meer bruikbaar. In de groep oudste ouderen hebben degenen met een ernstige cardiovasculaire voorgeschiedenis het hoogste risico op een nieuw cardiovasculair incident. Voor huisartsen die hun beleid op het gebied van secundaire cardiovasculaire preventie willen intensiveren, is het meewegen van de ernst van de cardiovasculaire voorgeschiedenis dus een eenvoudige methode om de groep met het hoogste risico op een nieuwe cardiovasculaire ziekte te selecteren. In deze groep valt de meeste winst te behalen met preventieve medicamenteuze behandeling. Voor de groep kwetsbare ouderen is verder onderzoek noodzakelijk naar het verbeteren van de individuele zorg om zelfredzaamheid te behouden. ■

LITERATUUR

- 1 Schadé E, Cuijpers P, Dekker GW, Dekker J, Gussekloo J, Kempen GJM, et al. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009. Publicatienr. 2009/07.
- 2 Green J, Thorogood N, editors. Qualitative methods for health research. 2nd ed. London: Sage, 2009.
- 3 Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Miles MB, Huberman AM, editors. In qualitative researcher's companion. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2002.
- 4 Drewes YM, Koenen JM, De Ruijter W, Van Dijk-Van Dijk DJ, Van der Weele GM, Middelkoop BJ, et al. GPs' perspectives on preventive care for older people: a focus group study. *Br J Gen Pract* 2012;62:e765-72.
- 5 Drewes YM, Blom JW, Assendelft WJJ, Stijnen T, Den Elzen WPJ, Gussekloo J. Variability in vulnerability assessment of older people by individual general practitioners: a cross-sectional study. *Plos One* 2014;9(11):e108666.
- 6 Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica, CA: RAND, 2001.
- 7 Drewes YM, Gussekloo J, Van der Meer V, Rigter H, Dekker JH, Goumans MJ, et al. Assessment of appropriateness of screening community-dwelling older people to prevent functional decline. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:42-50.
- 8 Van Peet PG, Drewes YM, de Craen AJ, Westendorp RGJ, Gussekloo J, De Ruijter W. Prognostic value of cardiovascular disease status: the Leiden 85-plus study. *Age (Dordr)* 2013;35:1433-44.

Huisarts, ook voor je eigen familie?

Onlangs verscheen in BMJ een beschouwing van Douglas Kamerow over het veelvoorkomende fenomeen dat artsen hun eigen familieleden behandelen.¹ Hij noemt dit 'vaak onschadelijk maar soms gevaarlijk en verkeerd'. Hij beschrijft de risico's maar ook de voorwaarden waaronder zorg voor familieleden toch verantwoord kan zijn. Een eerste voorwaarde is dat de aandoening op het competentiegebied van de arts moet liggen. Dit is een helder, inperkend criterium voor specialisten – Kamerow schrijft voor alle artsen. Maar hoe zit dat voor huisartsen? Wij zijn er immers voor 'alle klachten, voor iedereen'? Ook voor onze eigen familie?

RISICO'S EN VOORWAARDEN

Wanneer een arts zijn eigen familie behandelt zijn de belangrijkste risico's: het gebrek aan professionele objectiviteit, de belemmering om gevoelige vragen te stellen of intiem onderzoek te verrichten, het gevoel van verplichting om zorg te verlenen waarvoor de arts niet gekwalificeerd is en het gebrek aan continuïteit van zorg. Professionele richtlijnen, zoals van de KNMG, ontraden artsen dan ook om hun eigen familie te behandelen, vanwege het gebrek aan professionele distantie.³

Hiermee is naar mijn idee niet alles gezegd. Professionele distantie wordt vaak tegenover persoonlijke betrokkenheid gesteld.⁴ Maar die grote persoonlijke betrokkenheid kan voor huisartsen juist reden zijn om zich wél te bemoeien met familieleden, in het belang van goede en verantwoorde zorg. Hiermee bedoel ik bemoeienis en niet daadwerkelijk behandelen; dit is ook naar mijn mening alleen verantwoord als aan de voorwaarden van Kamerow wordt voldaan:

1. de behandeling ligt binnen de huisartsgeneeskundige competentie;
2. de huisarts voelt zich comfortabel bij deze behandeling;
3. het probleem is acuut en waarschijnlijk beperkt van duur en ernst (verzwikte enkel) of juist chronisch en stabiel (recept voor hoge bloeddruk);
4. de zorg is van dezelfde kwaliteit als binnen een officiële setting (dus hetzelfde lichamelijk onderzoek, het juiste instrumentarium);
5. gegevens over deze behandeling worden naar de eigen huisarts gestuurd.

DE ANDER KANT

De risico's zijn evident, soms is het echt verkeerd eigen familie te behandelen en leidt dit terecht tot een waarschuwing door het medisch tuchtcollege.⁵ Ook ik weet uit ervaring hoe het mis kan gaan. Als jonge huisarts besloot ik af te wachten toen mijn man 's nachts over buikpijn klaagde, hoewel hij verhoging had en drukpijn op McBurney (bij elke andere patiënt re-

den om in te sturen), want wie zou op ons dochttertje kunnen passen en wat zou mijn dienstdoende collega wel niet denken als ik hem wakker zou bellen? De volgende ochtend bleek de appendix helaas al geperforeerd te zijn. Maar ik ken ook de andere kant van het verhaal: het is voorgekomen dat mijn kennis van en persoonlijke betrokkenheid bij een familielid hielpen om de juiste diagnose te stellen die tot dan toe was gemist. Waarschijnlijk sta ik niet alleen in deze ervaring, aangezien huisartsen vaak hun eigen familie behandelen.^{6,7,8}

Dit doen zij mijn inziens niet uitsluitend uit gemakzucht, zoals Kamerow veronderstelt, of omdat zij de druk van familieleden niet kunnen weerstaan. Soms zullen zij ervan overtuigd zijn dat hun bemoeienis nodig is om goede zorg voor hun familielid te krijgen. Zij staan voor het morele dilemma wat goed professioneel handelen is, hoe zij bij deze mens die om hun hulp vraagt het meeste recht kunnen doen aan het medisch-ethisch leidende principe van goed doen en niet schaden.⁹ We weten dat contextgerichtheid² in hoge mate bijdraagt aan de effectiviteit van de huisartsenzorg.¹⁰ Een dokter uit de directe omgeving zal bij uitstek op de hoogte (kunnen) zijn van de context van de patiënt en van de wijze waarop hij omgaat met gezondheidsproblemen. Dan lijkt het moreel juist om deze kennis in te zetten voor goede diagnostiek en behandeling, om wat voor medisch probleem het ook gaat. Juist als huisarts weten we hoe het soms verkeerd loopt als artsen voorbijgaan aan relevante eerdere ervaringen van een patiënt, of een standaard behandeling inzetten ondanks aanwijzingen voor een niet-standaard situatie. En hoe het kan helpen als de huisarts de context van de patiënt onder de aandacht brengt bij de behandelend arts. Die hulp mogen huisartsen hun familie niet ontfangen. Een praktische manier hiervoor is om diagnostische vermoedens of therapeutische overwegingen op papier te zetten en aan het familielid mee te geven voor diens eigen huisarts of specialist.

Concluderend raad ik huisartsen het volgende aan:

- wees nooit dé huisarts van uw naasten;
- behandel soms uw naasten, onder de hierboven genoemde voorwaarden;
- steun altijd uw naasten met huisartsgeneeskundig advies en 'aandachtige betrokkenheid'.¹¹ ■

LITERATUUR

- 1 Kamerow D. Doctors treating their families. BMJ 2014;348:g4281.
- 2 NHG. NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde: generalistisch, persoonsgericht en continu. Vastgesteld in de Algemene Ledenvergadering van het NHG op 9 juni 2011.
- 3 KNMG, Doppegieter RMS, Van Meersbergen DYA. Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Standpunt. Utrecht: KNMG, 2005.
- 4 Schmitz MBG. Intelligent balanceren tussen distantie en betrokkenheid. Huisarts Wet 2001;44:555-8.
- 5 Van Meersbergen DYA, Crul BVM. Opa en arts. Rubriek Uitspraak Tuchtcollege. Medisch Contact 2010;1518-19.
- 6 Lens P. Zieke dokters [proefschrift]. Utrecht: Bunge, 1984.
- 7 De Jonge PP, Thijssen CM, Boendermaker PM. Zieke dokters anno 1998. Huisarts Wet 2002;45:8-10.
- 8 Visscher A. Pillen op eigen recept. Medisch Contact 2013;1772-4.
- 9 KNMG Richtlijn Gedragsregels voor artsen. Utrecht: KNMG, 2013.
- 10 Van Weel, C. De huisarts van de toekomst. Huisarts Wet 2012; 55:500-3.
- 11 Baart A. Een theorie van de presentie, derde druk. Utrecht: Lemma, 2004.

Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde en Pharos, expertisecentrum voor gezondheidsverschillen, UGC Heyendaal, Gerard van Swietenlaan 3, 6523 GB Nijmegen: dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh, huisarts, onderzoeker en secretaris van de medische afdeling van het Thijmgenootschap • Correspondentie: Maria.vandenmuisenbergh@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Urethritis of cystitis: soa of urineweginfectie?

In het augustusnummer van H&W verscheen een artikel over de diagnostiek van urineweginfecties (UWI) bij mannen.¹ Ik las dit met veel belangstelling omdat cystitisklachten bij mannen zoals gedefinieerd in dit artikel (pijnlijke of branderige mictie, verhoogde mictiefrequentie of loze aandrang) ook worden behandeld in de NHG-Standaard Het soa-consult, onder het kopje Urethritis. Dat roept de vraag op of bij mannen een cystitis (dus een UWI) goed te onderscheiden is van een urethritis (vaak een soa). Om die vraag te beantwoorden heb ik de beide NHG-Standaarden naast elkaar gelegd.

EEN VERGELIJKING

De NHG-Standaard Het soa-consult adviseert bij de anamnese te vragen: 'Is er een pijnlijk, branderig, geïrriteerd gevoel bij het plassen of moet de patiënt duidelijk vaker plassen dan anders?' Deze klachten kunnen wijzen op urethritis, veroorzaakt door een soa (meestal chlamydia, soms gonorroë, trichomonas, herpes of mycoplasma). De handelwijze is vervolgens: 'Bij urethritisklachten met afscheiding: verricht een chlamydia- en gonorroëtest (eerstestraalsurine). Bij urethritisklachten zonder afscheiding: verricht urineonderzoek (dipstick of sediment van eerstestraalsurine). Verricht vervolgens bij leukocyurie een chlamydia- en gonorroëtest (eerstestraalsurine).' Als op basis van anamnese en urineonderzoek de klinische diagnose urethritis is gesteld, adviseert de standaard om in afwachting van het aanvullend onderzoek op een soa alvast te starten met een behandeling gericht op een chlamydia-infectie.

De NHG-Standaard Urineweginfecties stelt: 'Diagnostiek en behandeling van urethritis, chronische prostatitis en epididymitis vallen buiten het bestek van deze standaard.' Bij mictieklachten wordt geadviseerd om een urineonderzoek te doen met een dipstick (niet van eerstestraalsurine); indien deze geen nitriet aantoonde een dipslide of sediment te verrichten en bij negatieve bevindingen te concluderen dat er geen UWI is (met name geen cystitis).

Het lijkt dus of er een duidelijk onderscheid is te maken tussen een urethritis (dan naar de standaard Het soa-consult) en een cystitis (dan naar de standaard Urineweginfecties). Maar is dat wel zo? Wat zegt de literatuur?

Bij jonge mannen is een cystitis zeldzaam. Pas na de leeftijd van 50 jaar neemt de incidentie van urineweginfecties bij mannen toe, meestal in combinatie met een infectie van de prostaat, een cystoprostatitis.² Mannen (en hun dokters) denken vaak op grond van de klachten 'branderige, pijnlijke of frequente mictie' dat ze een 'blaasontsteking' hebben terwijl de oorzaak van de klachten een ontsteking van de urethra is, dus een urethritis. En die wordt vaak veroorzaakt door een soa-organisme.³ Alleen bij een duidelijk verhaal over afscheiding uit de penis wordt de diagnose urethritis (en dus soa) gemakkelijk gesteld.

DE PRAKTIJK

Wat betekent dat voor de diagnostiek van mictieklachten bij mannen? Bij jonge mannen met klachten over branderige, pijnlijke of frequente mictie zou de huisarts zich in eerste instantie moeten richten op het aantonen of uitsluiten van een soa. Daarvoor is een gerichte anamnese nodig, waarin ook aandacht wordt besteed aan risicogedrag. Het urineonderzoek moet worden gedaan met eerstestraalsurine. Bij oudere mannen met dezelfde klachten heeft een soa-anamnese en -onderzoek nog steeds zin, zeker als er geen aanwijzingen zijn voor prostatitis (met name koorts). Bij twijfel kan de huisarts een onderzoek doen naar soa (PCR uit eerstestraalsurine) en naar urinewegpathogenen (kweek van willekeurige urine).

Het komt regelmatig voor dat praktijkassistenten een potje urine aannemen van mannen met mictieklachten die vragen om onderzoek naar een blaasontsteking. Vervolgens kijken zij de urine na en melden dat er geen afwijkingen zijn. Mannen kunnen dan denken (verwachten?) dat er ook op soa is getest en zijn ten onrechte gerustgesteld. Hun dokters menen dat een UWI is uitgesloten en denken niet aan een soa. Een beter beleid zou zijn bij dergelijke patiënten een soa-anamnese af te nemen, bijvoorbeeld aan de hand van een gestructureerde soa-vragenlijst voor assistentes. Wij hebben daarmee ervaring opgedaan en hebben op deze wijze regelmatig chlamydia-infecties gevonden bij mannen die kwamen met het verzoek om onderzoek naar een blaasontsteking.

Concluderend: bij mictieklachten bij mannen zonder aanwijzingen voor een prostatitis is een inschatting van het risico op een soa noodzakelijk om tot een goede diagnose te komen. Dat had in de NHG-Standaard Urineweginfecties en in het artikel van Den Heijer et al. prominenter naar voren mogen komen. ■

LITERATUUR

- 1 Den Heijer CDJ, Van Dongen MCJM, Donker GA, Stobberingh EE. Diagnostiek van urineweginfecties bij mannen. Huisarts Wet 2014;57:390-4.
- 2 SWAB Guidelines Complicated Urinary Tract Infections 2013. <http://www.swab.nl/richtlijnen>.
- 3 Vriend HJ, Donker GA, Van Bergen JE, Van der Sande MA, Van den Broek IVF. Urethritis bij de man in de huisartsenpraktijk. Ned Tijdschr Geneesk 2009;153:A323.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: dr. J. H. Dekker, huisarts, universitair hoofddocent, lid huisartsenexpertgroepen Soa en Seksuele gezondheid (Seks-Hag) en Urogynaecologie (UrogynHag) • Correspondentie: j.h.dekker@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur heeft subsidies ontvangen van ZonMw voor onderzoek naar urogynaecologische problemen in de huisartsenpraktijk (incontinentie, prolaps); zij ontvangt vacatiegelden van het NHG voor deelname aan standaardwerkgroepen (Het soa-consult, Incontinentie bij vrouwen, Fluor vaginalis) en zij heeft een vergoeding ontvangen voor het geven van workshops over soa en fluor vaginalis aan de kaderopleiding huisartsen Urogynaecologie.

Belangrijkste wijziging

- De standaard bevat nu ook aanbevelingen voor het uitsluiten van longembolie en voor de diagnostiek en behandeling van tromboflebitis.

Kernboodschappen

- De huisarts kan bij een deel van de patiënten DVT of longembolie uitsluiten door gebruik te maken van een beslissingsregel bestaande uit gegevens uit de anamnese en lichamelijk onderzoek; en daarnaast een D-dimeerbepaling.
- Als DVT en longembolie na toepassing van de beslissingsregel niet kan worden uitgesloten, is beeldvormend onderzoek noodzakelijk.
- De huisarts kan DVT in veel gevallen zelf behandelen.
- De behandeling van DVT bestaat uit kortdurend LMWH en gedurende drie of zes maanden een cumarinederivaat, afhankelijk van het risicoprofiel van de patiënt; tevens wordt een steunkous aangemeten.
- De behandeling van een (aangetoonde) longembolie vindt plaats in de tweede lijn.

INLEIDING

De NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie geeft richtlijnen voor de preventie, diagnostiek en behandeling van diepe veneuze trombose (DVT) en longembolie. Ook tromboflebitis in het been en het posttrombotisch syndroom vallen binnen het domein van deze standaard.^{1,2}

Omdat een DVT en longembolie eenzelfde pathofysiologie hebben, is er voor gekozen deze aandoeningen binnen dezelfde standaard te behandelen. Het vermoeden van een DVT berust meestal op een pijnlijk, gezwollen (onder)been, soms met roodheid en uitgezette venen. Soms zijn er maar weinig klachten en bevindingen. Een longembolie kan (sub)acute kortademigheid geven, pijn bij de ademhaling, tachypneu en tachycardie, al kan de presentatie atypisch zijn. Longembolieën zijn soms fataal. Op grond van anamnese en lichamelijk

onderzoek alléén kunnen zowel DVT als longembolie niet met voldoende zekerheid worden bevestigd of uitgesloten. Bij een deel van de patiënten kan de huisarts met behulp van beslissingsregels gecombineerd met een D-dimeerbepaling zowel DVT als longembolie met grote waarschijnlijkheid uitsluiten. De huisarts hoeft deze patiënten dan niet te verwijzen. Bij een vermoeden van DVT hoeft tot 49% van de patiënten dan niet te worden verwezen, bij longembolie is dat 45%. Voor definitieve vaststelling van een DVT of longembolie is beeldvormend onderzoek noodzakelijk. Het zorgvuldig vaststellen van DVT of longembolie is belangrijk vanwege de ernst van de aandoening, maar ook omdat de behandeling intensief, langdurig en niet zonder risico is. Het doel van de behandeling van DVT is om uitbreiding van de trombose en longembolieën te voorkomen en de kans op ontwikkeling van het posttrombotisch syndroom te verkleinen. De huisarts kan een DVT zelf behandelen. De behandeling van longembolie wordt ingesteld in de tweede lijn en richt zich op het bestrijden van symptomen en het voorkomen van ernstige (fatale) complicaties en recidieven.

ACHTERGRONDEN**Begrippen**

Diepe veneuze trombose (DVT): een bloedstolsel in het diepe veneuze systeem. Er is sprake van 'uitgelokte' of *secundaire*

DVT indien er een risicofactor is waarvan de DVT duidelijk het gevolg is; het gaat dan om (gips)immobilisatie, een recente operatie, trauma aan het been, oestrogeengebruik (al dan niet in combinatie met progestagenen), maligniteit, zwangerschap of kraambed.³ Deze risicofactoren zijn in de meeste gevallen tijdelijk aanwezig. Indien er géén, of andere dan voornoemde risicofactoren zijn, spreekt men van een *idiopathische DVT* (zie de paragraaf *Risicofactoren*).

DVT in het been kan *distaal* in de kuitvenen, onder het niveau van de knie gelokaliseerd zijn of *proximaal*, in het gebied dat begint bij de trifurcatie van de vena poplitea tot en met de bekkenvenen (**figuur 1**). Als de trombose zich uitsluitend distaal bevindt, wordt dit aangeduid met *distale trombose* of *geïsoleerde kuitvenetrombose*.

Longembolie: een (gedeeltelijke) afsluiting van een longslagader door een embolie waardoor een deel van de long niet of slechts gedeeltelijk van bloed kan worden voorzien. Een longembolie kan net als een DVT idiopathisch of secundair zijn.

Veneuze trombo-embolie of veneus-trombotische embolie (VTE): een overkoepelend begrip dat zowel DVT als longembolie omvat.

Tromboflebitis of oppervlakkige veneuze trombose: een trombotisch proces in een oppervlakkige vene met verschijnselen van ontsteking.

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

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

Delegeren van taken

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

Trombofilie: een erfelijke of verworven aanleg tot het ontwikkelen van veneuze trombo-embolie.

Posttrombotisch syndroom: veneuze insufficiëntie als gevolg van een doorgeemaakte DVT, gekenmerkt door oedeem, jeuk, pijn, trofische stoornissen, hyperpigmentatie en/of dilatatie van subcutane venen. Ook kunnen – meestal in een gevorderd stadium – eczeem en ulceratie voorkomen.

Epidemiologie

De incidentie van DVT in de huisartsenpraktijk is 0,5 tot 1,5 per 1000 patiënten per jaar en is bij vrouwen hoger dan bij mannen.⁴ De incidentie neemt toe met de leeftijd. In de huisartsenpraktijk is de jaarlijkse incidentie van longembolie ongeveer 0,2 per 1000 patiënten. De huisarts ziet per jaar per normpraktijk circa 10 patiënten met klachten die doen denken aan een DVT van het been en 4 patiënten met verdenking longembolie. Bij ongeveer 2 van de 10 patiënten met een vermoedelijke DVT wordt ook daadwerkelijk de diagnose DVT gesteld en bij 1 van de 8 patiënten met een vermoedelijke longembolie de diagnose longembolie.

Een recidief-DVT of longembolie binnen 5 jaar komt voor bij ongeveer 30% van de patiënten met een idiopathische DVT of longembolie; bij VTE na een operatie is het recidiefrisico binnen 5 jaar 3%.⁵

Bij 15 tot 50% van de patiënten met DVT treedt het *posttrombotisch syndroom* op.⁶ De kans daarop is het grootst na een recidief-DVT in hetzelfde been.

Risicofactoren

Een VTE wordt als secundair beschouwd als deze optreedt na een recente operatie, trauma van het been, immobilisatie (bijvoorbeeld met gips rond de onderste extremiteit), tijdens oestrogeengebruik (zoals hormonale anticonceptie⁷ en hormonale substitutietherapie), zwangerschap of kraambed.⁸ Indien deze risicofactoren worden weggenomen is de recidiefkans klein. Een VTE bij aanwezigheid van een maligniteit kan beschouwd worden als secundair, al is de kans op recidief juist relatief groot als de maligniteit persisteert [tabel 1].

Van diverse andere factoren is bekend dat ze het risico op VTE verhogen zoals trombofilie, recente tromboflebitis, eerder doorgemaakte VTE, obesitas (BMI > 30 kg/m²), gevorderde leeftijd, chronische

ziekten (zoals nierinsufficiëntie, ziekte van Crohn, hartfalen), vlieguren en roken.⁹ VTE in de aanwezigheid van deze risicofactoren worden als idiopathisch beschouwd. Het is meestal niet

Abstract

Dutch College of General Practitioners' Guideline deep venous thrombosis and pulmonary embolism (first revision). Huisarts Wet 2015;58(1):26-35.

The Dutch College of General Practitioners (NHG) has revised its guideline on deep venous thrombosis (DVT) to include recommendations about pulmonary embolism. DVT is a condition in which a blood clot (thrombus) forms in a leg vein. The thrombus may dislodge from its site of origin to travel in the blood to the lungs – a phenomenon called pulmonary embolism (PE). A long-term consequence of DVT is post-thrombotic syndrome. DVT may cause pain and swelling of the leg and reddening of the skin. PE typically presents with subacute/acute dyspnoea, pleuritic pain, tachypnoea, tachycardia, but symptoms can be atypical. PE can be fatal.

Patients with suspected PE presenting with respiratory failure or haemodynamic instability should be referred immediately. In patients with less severe signs, the risk of PE should be assessed using a combination of Well's decision rule for PE and D-dimer test results. Likewise, suspected DVT should be assessed by using the 'primary care decision rule' and D-dimer test results. Patients at increased risk should be referred for computed tomography scanning to exclude PE or for ultrasound of the leg to exclude DVT. If the risk scores and D-dimer levels are not elevated, DVT or PE can be considered excluded.

An alternative for quantitative D-dimer testing in the laboratory is a qualitative point of care D-dimer test. This test has several practical advantages: results are available within 10 minutes and the test can be used during home visits. However, the sensitivity is lower than quantitative assays and therefore the risk of false negative results is somewhat higher. Quality standards with respect to test procedures and test storage conditions need to be established.

Conventional ultrasound is preferred to whole leg ultrasound for diagnosing DVT; the latter is sometimes used to visualize the calf veins, to detect distal DVT. If isolated distal DVT is diagnosed, treatment with anticoagulants (with risk of bleeding) is not clearly more advantageous than surveillance ultrasound for 2 weeks.

Proximal DVT is classified as provoked only after recent surgery, trauma of the leg, immobilization, oestrogen use, malignancy, pregnancy, or childbirth. DVT in the presence of other risk factors, such as thrombophilia, long-distance travelling, smoking, and obesity, is classified as unprovoked. DVT can usually be treated in primary care, but reasons for referral are age younger than 18, recent or active malignancy, high bleeding risk, and others. Treatment initially consists of daily injections of low-molecular-weight heparin (LMWH) plus coumarin derivatives until the international normalized ratio is higher than 2.0 for at least 2 days. Coumarin derivatives should be continued for 3 months when treating provoked DVT and for 6 months when treating unprovoked DVT. Compression stockings should be worn for 2 years to prevent post-thrombotic syndrome. If the leg is swollen, it should be bandaged before the stockings are put on.

The guideline deals also with superficial thrombophlebitis (SVT), an inflammatory process associated with thrombus formation that affects the superficial veins. Signs include local pain, reddening of the skin, and hardening of the surrounding tissue. SVT carries a small risk of thromboembolic complications. It is usually diagnosed clinically and treated with analgesics and local compression. If SVT is relatively extensive, becomes more extensive, or is located near the knee or groin, ultrasound investigation is advised to measure the size of the thrombus and its extension into or distance from the sapheno-femoral/popliteal junction. SVT of more than 5 cm, near or extending into the deep venous system should be treated with intermediate-dose LMWH for 6 weeks.

Figuur 1 Proximale DVT (links), bekkenvenentrombose (midden) en distale DVT (rechts)



mogelijk de risicofactor weg te nemen, daarom geldt in het algemeen dat de recidiefkans groter is bij een idiopathische VTE dan bij secundaire VTE. De reden om onderscheid te maken tussen secundaire en idiopathische VTE is dat de recidiefkans van belang is bij het vaststellen van de duur van de behandeling (zie de paragraaf *Medicamenteuze behandeling*).

Pathofysiologie¹⁰

Bij het ontstaan van VTE spelen drie

Tabel 1 Secundaire VTE

Recente operatie
Recent trauma van het been
Recente immobilisatie
Oestrogeengebruik
Zwangerschap of kraambed
Maligniteit

factoren een rol, bekend als de trias van Virchow: stasis in de bloedstroom, verandering van de bloedsamenstelling en beschadiging van de vaatwand. Onder fysiologische omstandigheden wordt voortdurend een beperkte hoeveelheid intravasculaire trombine gevormd maar is ook het anticoagulant systeem actief. Bij beschadiging van de vaatwand wordt lokaal een grote hoeveelheid trombine gevormd, dat een essentiële rol speelt bij de bloedstolling. Na de vorming van een stolsel komt de fibrinolyse op gang, waarbij D-dimeren vrijkomen.

Een DVT ontstaat meestal in de kuitvenen. Het merendeel van deze geïsoleerde kuitvenetromboses lost vanzelf weer op, de kans op het ontstaan van een longembolie is klein.¹¹ Een deel van de symptomatische patiënten met DVT presenteert zich met de klassieke klachten van een warm, gezwollen, lokaal drukpijnlijk been met roodheid en uitzetting van de oppervlakkige venen.¹²

Een DVT kan asymptomatisch zijn. Sporadisch ontstaat DVT eerst in een bekkenvene, waarbij de trombus zich naar distaal kan uitbreiden. Posttrombotisch syndroom ontstaat doordat de diepe veneuze trombose heeft geleid tot veneuze klepinsufficiëntie. Daardoor schiet de kuitspierpomp tekort en blijft er in het onderbeen voortdurend een hoge veneuze druk bestaan met als gevolg oedeemvorming en stoornissen in de (micro)circulatie.

Een longembolie ontstaat als er een stolsel losbreekt en via het hart een longarterie bereikt en deze vervolgens afsluit. Een longembolie kan (sub)acute kortademigheid geven, pijn bij de ademhaling, tachypneu en tachycardie, al is de presentatie nogal eens atypisch. Longembolieën zijn soms fataal; bij ambulante, onbehandelde patiënten naar schatting ongeveer 5%.¹⁰

DVT wordt bij circa 70% van de patiënten met longembolie gevonden; bij de overigen wordt verondersteld dat een stolsel in de beenvenen volledig heeft losgelaten en niet meer kan worden getraceerd. Bij ten minste 40 tot 50% van de patiënten met DVT zijn er asymptomatische longembolieën. Deze kunnen als toevalsbevinding bij beeldvormende

diagnostiek worden gevonden.¹⁰ De meeste longembolieën zijn multipel. Het beeld kan progressief zijn, soms met fatale gevolgen. Overlijden kan per acuut optreden als de longarteriën ineens volledig door een embolus worden afgesloten (ruiterembolie). Een zeldzame complicatie van longembolie is chronische trombo-embolische pulmonale hypertensie (CTEPH), veroorzaakt door obstructie van de longarteriën, waardoor hartfalen kan ontstaan.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

De huisarts vermoedt de diagnose longembolie vooral op basis van de anamnese. Klachten die bij een eerste presentatie voorkomen zijn (sub)acute dyspneu, pijn op de borst, pijn vastzittend aan de ademhaling, prikkelhoest en hemoptoë.¹³

Bij (telefonische) aanwijzingen voor zeer ernstige dyspneu en/of vermoeden van hemodynamische instabiliteit belt de huisarts de ambulance met U1-indicatie, of laat deze bellen. De huisarts gaat vervolgens zelf naar de patiënt – of blijft daar – tenzij dat regionaal anders is afgesproken. In spoedeisende situaties is lichamelijk onderzoek er vooral op gericht de klinische stabiliteit van de patiënt vast te stellen volgens de ABCDE-systematiek. Zie het **[kader Spoedeisende klachten en bevindingen bij vermoeden longembolie]**.

Het vermoeden van een DVT berust meestal op een pijnlijk, gezwollen (onder)been, soms met roodheid en uitgezette venen.

Anamnese

Bij een vermoeden van DVT en/of longembolie informeert de huisarts naar:

- ontstaanswijze, acuut of geleidelijk begin, duur en beloop van de klachten;
- aard en lokalisatie van de klachten:
 - dyspneu, pijn op de borst of pijn vastzittend aan de ademhaling, hoesten, hemoptoë;
 - pijn, zwelling, roodheid van de kuit, onderbeen, knie of bovenbeen;
- koorts (ter onderscheid van erysipelas of een pneumonie);
- risicofactoren voor VTE: eerdere epi-

sodes van VTE, oestrogeengebruik (vraag expliciet naar anticonceptie en hormoonsuppletie), maligniteiten, recent trauma van het been, operatie, zwangerschap of kraamperiode, immobilisatie, reizen, bekende trombofilie of stollingsproblemen in de familie.

Lichamelijk onderzoek

Bij klachten die wijzen op longembolie

De huisarts:

- meet bloeddruk en bepaalt pols- en ademhalingsfrequentie;
- meet bij dyspneu de zuurstofsaturatie (indien beschikbaar);¹⁴
- ausculteert de longen, waarbij gelet wordt op pleurawrijven;
- meet bij aanwijzingen voor een pneumonie de temperatuur;¹⁴
- inspecteert beide benen op aanwijzingen voor DVT.

Bij klachten die wijzen op DVT

De huisarts:

- inspecteert *beide* benen en let op links-rechtsverschillen:
 - de huid, let op kleurverschil en oedeem;
 - uitgezette niet-variceuze venen bij een liggende patiënt;
- palpeert het aangedane been: drukpijn over het verloop van een vene, drukpijn diep in de kuit;
- meet het verschil (in cm) in de maximale kuitomvang;
- meet de temperatuur bij aanwijzingen voor erysipelas.¹⁴

Afzonderlijke bevindingen van het lichamelijk onderzoek, waaronder de test volgens Homans, zijn te weinig sensitief en specifiek om DVT te kunnen vaststellen of uitsluiten.¹²

Overwegingen

- Dyspneu, meestal in seconden tot minuten ontstaan, vaak met thoracale pijn, en/of hoesten kan wijzen op een longembolie. Een deel van deze patiënten heeft óók klachten van de kuit of het dijbeen. Lokale thoracale drukpijn, hemoptoë, tachypneu en tachycardie kunnen voorkomen.¹³ Een polsfrequentie > 100/min en een

ademhalingsfrequentie > 20/min kunnen wijzen op longembolie. Normale bevindingen sluiten een longembolie niet uit. Bij auscultatie van de longen worden meestal geen of weinig afwijkingen gevonden.¹³

- Een eenzijdig pijnlijk, gezwollen, rood en warm (onder)been wijst op een DVT.

Voor de besluitvorming over het aanvullend onderzoek gaat de huisarts eerst na of er andere diagnoses dan DVT of longembolie kunnen worden overwogen [tabel 2]. Als de huisarts een DVT of een longembolie vermoedt of wil uitsluiten bepaalt de huisarts met behulp van een beslislregel de risicoscore (zie de paragraaf *Risicoschatting*).

Risicoschatting

De afzonderlijke anamnestiche gegevens en de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek hebben een beperkte voorspellende waarde voor het stellen van de diagnose DVT of longembolie of het uitsluiten ervan.¹² Door gebruik te maken van een beslislregel waarmee een risicoscore wordt berekend kan de huisarts onderscheid maken tussen een verhoogd of niet-verhoogd risico op aanwezigheid van DVT of longembolie bij een patiënt [kader **Beslisregel longembolie**] en [kader **Beslisregel DVT**].^{15,16}

De beslislregels kunnen niet worden gebruikt bij zwangeren en vrouwen in de

kraamperiode, bij klachten die langer dan dertig dagen bestaan en bij patiënten die anticoagulantia gebruiken. Deze patiënten worden verwezen voor aanvullende diagnostiek.

D-dimeerbepaling¹⁷

Binnen enkele uren na de vorming van een stolsel vindt afbraak van de fibrineketens plaats, waarbij D-dimeerfragmenten in de bloedsomloop komen. Een VTE is onwaarschijnlijk als de score op een beslislregel laag is én de D-dimeerbepaling lager dan de afkapwaarde.¹⁸ Een waarde boven de afkapwaarde kan wijzen op een VTE maar ook aanwezig zijn bij een maligniteit, een infectie, zwangerschap, na een operatie of als fysiologische variatie. De diverse D-dimeerbepalingen voor gebruik in het laboratorium verschillen van elkaar; ook de afkapwaarden verschillen.

Bij een verhoogde risicoscore heeft de D-dimeerbepaling geen toegevoegde waarde voor het beleid; een normale of negatieve D-dimeerbepaling sluit dan namelijk DVT of longembolie niet voldoende uit. Bij een niet-verhoogde risicoscore wordt een D-dimeer bepaald. Als een patiënt dan een negatieve of normale uitslag van de D-dimeerbepaling heeft, wordt DVT of longembolie als uitgesloten beschouwd.

Patiënten met een verhoogde risicoscore op longembolie of een verhoogde

Tabel 2 Differentiaaldiagnose longembolie en DVT

Differentiaaldiagnose longembolie	Differentiaaldiagnose DVT
■ Myogene pijn	■ Spierscheur/spierhematoom
■ Ribcontusie	■ Tromboflebitis (zie [kader Tromboflebitis])
■ Costochondritis (syndroom van Tietze)	■ Cellulitis/erysipelas
■ Paniekaanval (zie NHG-Standaard Angst)	■ Lymfangitis
■ Pneumothorax	■ Artritis
■ Astma of exacerbatie COPD (zie NHG-Standaarden Astma bij volwassenen en COPD)	■ (Geruptureerde) bakercyste (zie NHG-Standaard niet-traumatische knieklachten)
■ Acuut coronair syndroom of angina pectoris (zie NHG-Standaarden Acuut coronair syndroom en Stabiele angina pectoris)	■ Posttrombotisch syndroom
■ Hartfalen (zie NHG-Standaard Hartfalen)	
■ Pneumonie (zie NHG-Standaard Acuut hoesten)	
■ Andere oorzaken van dyspneu en/of thoracale pijnklachten zijn thoracale aorta dissectie, aortaklepstenose, pleuritis, pericarditis, bronchuscarcinoom, metabole acidose, refluxziekte, herpes zoster	

Beslisregel longembolie

Beslisregel en risicoscore (Wells-regel longembolie)

1. Klinische tekenen van trombosebeen (ten minste zwelling en pijn bij palpatie)	3
2. Longembolie waarschijnlijker dan alternatieve diagnose	3
3. Hartfrequentie hoger dan 100/min	1,5
4. Immobilisatie (ten minste 3 dagen) of operatie in 4 voorafgaande weken	1,5
5. DVT of longembolie in voorgeschiedenis	1,5
6. Hemoptoë	1
7. Maligniteit (tot 6 maanden na laatste behandeling, of tijdens palliatie)	1

Score ≤ 4 : niet verhoogd, bepaal D-dimeerScore $\geq 4,5$: verhoogd, verwijst naar internist of longarts**Beslisregel DVT**

Beslisregel en risicoscore (Eerstelijnsbeslisregel DVT)

1. Mannelijk geslacht	1
2. Gebruik systemische oestrogenen (zoals anticonceptiepil, hormoonring/pleister) of prikpil ¹⁵	1
3. Aanwezigheid maligniteit	1
4. Operatie ondergaan in de laatste maand	1
5. Afwezigheid van trauma dat zwelling in kuit verklaart	1
6. Uitgezette venen van het been	1
7. Verschil maximale kuitomvang ≥ 3 cm	2

Score ≤ 3 : niet verhoogd, bepaal D-dimeerScore ≥ 4 : verhoogd, vraag echografie van het been aan

uitslag van de D-dimeerbepaling worden meteen verwezen naar de internist of longarts.

Bij patiënten met een verhoogde risicoscore op DVT óf bij verhoogde uitslag van de D-dimeerbepaling, vraagt de huisarts echografie van het been aan.

- Een D-dimeerbepaling wordt *altijd* gebruikt in combinatie met een klinische beslisregel.
- Een voorwaarde voor gebruik van de beslisregels is dat de huisarts dezelfde dag moet kunnen beschikken over de uitslag van een D-dimeerbepaling. De beschikbaarheid van laboratoriumdiagnostiek verschilt per regio (afnametijden, aanwezigheid huisartsenlab, uitsluitend ziekenhuislab). Het is raadzaam de wachttijd op de uitslag van een D-dimeerbepaling na te gaan, zeker aan het eind van de werkdag.
- De huisarts draagt er mede zorg voor dat de uitslag hem of haar snel bereikt. Afhankelijk van de lokale organisatie belt de huisarts bijvoorbeeld met de klinisch chemicus om de D-dimeer aan te melden, of schrijft een duidelijk verzoek de uitslag door te bellen of te faxen; voorzien van een telefoonnummer op het aanvraagformulier.
- De huisarts spreekt met de patiënt

af dat deze (telefonisch) bereikbaar moet blijven zodat de uitslag van de test meteen kan worden doorgegeven.

- In plaats van een D-dimeerbepaling in een laboratorium kan de huisarts een Point of Care Test (POCT) D-dimeerbepaling gebruiken die voldoende betrouwbaar is voor gebruik in de huisartsenpraktijk.^{15,16,19} Een van deze geschikte POCT D-dimeertests is een eenvoudige kwalitatieve bepaling (uitslag positief of negatief) waarvoor geen apparatuur nodig is ('sneltest'). POCT D-dimeerbepalingen hebben een duidelijke praktische meerwaarde voor de huisarts, omdat direct in de spreekkamer of bij de patiënt thuis het beleid kan worden bepaald en niet gewacht hoeft te worden op de uitslag van het laboratorium. Om gebruik te maken van een POCT D-dimeer bepaling moet aan kwaliteitsvoorwaarden worden voldaan: het nagaan en borgen van het bewaren van de test en een zorgvuldige afnametechniek. Bij het gebruik van POCT D-dimeertesten wordt aanbevolen om hierover regionaal samen te werken met een klinisch chemicus of arts klinische chemie van het lokale laboratorium.

Evaluatie**Longembolie**

- Bij spoedeisende klachten en bevindingen, zie **[kader Spoedeisende klachten en bevindingen bij vermoeden longembolie]**.
- Bij minder spoedeisende klachten en bevindingen (geen of lichte dyspneu, hemodynamisch stabiel) en een vermoeden van longembolie kan de beslisregel longembolie in combinatie met D-dimeerbepaling worden gebruikt.
 - Risicoscore beslisregel longembolie: ≤ 4 en D-dimeer negatief of normaal: longembolie voldoende uitgesloten.²⁰
 - Risicoscore beslisregel longembolie: $\geq 4,5$ óf D-dimeer positief of verhoogd: verwijst direct naar internist of longarts voor nadere diagnostiek.

DVT

- Risicoscore beslisregel DVT ≤ 3 én D-dimeer negatief of normaal: DVT voldoende uitgesloten.
- Risicoscore beslisregel DVT ≥ 4 óf D-dimeer positief of verhoogd: verhoogd risico op DVT. Vraag dezelfde dag een 2-puntscompressie-echografie aan.^{21,22}
- 2-puntscompressie-echografie heeft de voorkeur. Echografie waarbij ook de kuitvenen worden onderzocht (3-puntscompressie-echografie ofwel echografie van het hele been) wordt niet geadviseerd.²³
- Overleg bij een vermoeden van een recidief-DVT in hetzelfde been voorafgaand aan de echo met een radioloog, omdat echografische diagnostiek in dit geval minder betrouwbaar is.²⁴
- Geef éénmalig een injectie LMWH **[tabel 4]** als echografie niet op dezelfde dag kan worden verricht; een echo op dezelfde dag heeft echter stellig de voorkeur.²⁵ Zorg er bij een éénmalige LMWH gift voor dat de echo de volgende dag wordt gemaakt.

De huisarts draagt er mede zorg voor dat de uitslag van de echografie hem, of de dienstdoende huisarts(enpost) dezelfde dag bereikt. Afhankelijk van de lokale organisatie belt de huisarts bij

voorbeeld met de radiologie of SEH om de aanvraag aan te melden, of schrijft een duidelijk verzoek de uitslag door te bellen of te faxen; voorzien van een telefoonnummer op het aanvraagformulier. Dit geldt ook indien een eenmalige gift LMWH wordt gegeven. Als de huisarts een vastgestelde DVT zelf wenst te behandelen is het raadzaam dit duidelijk te vermelden en ook met de radiologie, SEH en de patiënt te communiceren.

Evaluatie uitslag echografie:

- Onderscheid bij een echografisch vastgestelde DVT:
 - idiopathische DVT;
 - secundaire DVT (na operatie, trauma, immobilisatie, oestrogeengebruik, zwangerschap, kraambled of maligniteit).
- In sommige centra doet men echografie van het hele been en maakt

men melding van een eventuele geïsoleerde kuitvenetrombose.²³

Bij een niet-afwijkende echografie:

- Bij een niet-afwijkende echo en zwelling van het gehele been moet de mogelijkheid van een (geïsoleerde) bekkenvenetrombose worden overwogen. Overleg met radioloog over nadere diagnostiek.
- Een negatieve 2-puntscompressie-echografie wordt *bij aanhoudende klachten* na 5 tot 7 dagen herhaald. Is de echo wederom negatief, dan is DVT uitgesloten.
- Bij een sterk vermoeden van DVT, ondanks een tweede negatieve 2-puntscompressie-echografie, wordt overlegd met een internist.
- Een niet-afwijkende echo van het hele been, waarbij ook de kuitvenen zijn onderzocht, hoeft niet te worden herhaald.²³

Diagnose en beleid tromboflebitis

Oppervlakkige tromboflebitis heeft een risico van enkele procenten op uitbreiding naar DVT.²⁶ Lokalisatie in de hoofdstam van de vena saphena magna vormt het grootste risico op uitbreiding.

Stel de diagnose *tromboflebitis* bij pijn, roodheid en zwelling ter plaatse van een oppervlakkige vene die bij palpatie vast aanvoelt, als een koord of een streng.

- Bij tromboflebitis wordt een conservatief beleid geadviseerd: als pijnstilling wordt paracetamol geadviseerd of een NSAID in een standaarddosering (zie de Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding). Lokale kompressen kunnen worden voorgeschreven. Controleer na een week, of eerder bij toename van klachten. Aanvullende diagnostiek is meestal niet nodig.
- Alleen bij een (fors) grotere tromboflebitis of bij uitbreiding van de tromboflebitis en/of indien deze in de buurt van de verbinding met het diepe systeem komt (lies of knie) is echografie geïndiceerd. De precieze grootte van de tromboflebitis waarbij de huisarts een echo zou moeten overwegen is niet goed aan te geven. De vraagstelling bij de echo is of er een tromboflebitis aantoonbaar is en indien aanwezig: hoe groot deze is en of deze in de buurt van een verbinding met het diepe systeem gelokaliseerd is. De huisarts draagt er mede zorg voor dat de uitslag hem bereikt. Als de huisarts een vastgestelde tromboflebitis zelf wenst te behandelen is het raadzaam dit duidelijk te vermelden en ook met de radiologie, SEH en de patiënt te communiceren.
- Bij een *echografisch* vastgestelde tromboflebitis van > 5 cm of in de buurt van een verbinding met het diepe systeem is behandeling geïndiceerd. De huisarts kan zelf (off-label) behandelen met een intermediaire dosering LMWH gedurende 6 weken, of hiervoor verwijzen naar de internist²⁷ [tabel 3].
- Bij herhaald optreden van oppervlakkige tromboflebitis (arbitrair: binnen 6 maanden) is verwijzing naar de internist aangewezen ter uitsluiting van een onderliggend lijden (zoals een maligniteit).

Tabel 3 Eenmaal daags doseerbare subcutaan LMWH bij de behandeling van tromboflebitis

Gewicht	Nadroparine 9500 IE/ml	Enoxaparine 100 mg/ml
50 tot 90 kg	1 dd 0,6 ml (5700 IE)	1 dd 0,4 ml (40 mg)
> 90 kg	1 dd 0,8 ml (7600 IE)	1 dd 0,6 ml (60 mg)

Spoedeisende klachten en bevindingen bij vermoeden longembolie

In spoedeisende situaties is lichamelijk onderzoek er vooral op gericht de klinische stabiliteit van de patiënt vast te stellen volgens de ABCDE-systematiek. Bij ernstige dyspneu waarbij de huisarts een longembolie vermoedt en/of bij hemodynamische instabiliteit: bel direct een ambulance met U1-indicatie, of laat dat doen. De huisarts blijft bij de patiënt tot de ambulance is gearriveerd, tenzij dit regionaal anders is afgesproken.

- Zorg bij respiratoir falen, indien beschikbaar, voor zuurstof (10 tot 15 liter per minuut) via een non-rebreathingmasker. Streef naar een zuurstofsaturatie tussen 94 en 98%; bij COPD-patiënten tussen 90 tot 92%. Bij het bereiken van de streefwaarde wordt een zuurstofbril toegepast (zuurstof flow 1 tot 6 liter/minuut op geleide van de zuurstofsaturatie) (gebaseerd op Farmacotherapeutische richtlijn Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties).
- Breng zo mogelijk een waaknaald in; spuit deze door met 2 ml NaCl 0,9%.

RICHTLIJNEN BELEID

Longembolie

Patiënten met matige dyspneu zonder tekenen van hemodynamische instabiliteit bij wie een longembolie op grond van de beslisregel niet is uitgesloten worden dezelfde dag naar internist of longarts verwezen.

DVT

Behandeling door de huisarts²⁸

De behandeling van DVT van de onderste extremiteiten kan geheel in de eerste lijn plaatsvinden, mits er lokale of regionale samenwerkingsafspraken met de wijkverpleging of thuiszorg, trombose-dienst, steunkousbandagist en internist zijn en er geen bijkomende redenen zijn voor behandeling in de tweede lijn. Zie [kader Redenen voor behandeling van DVT in de tweede lijn]. De behandeling bestaat uit initieel LMWH, het starten van cumarinederivaten in samenwerking met de trombose-dienst, het (laten) zwachtelen van het been en het aanmeten van steunkousen. Zie [Checklist voor behandeling DVT door de huisarts] op www.henw.org.

Geïsoleerde kuitvenetrombose: het risico op uitbreiding van de trombose en/of het ontstaan van een longembolie bij een ge-

Redenen voor behandeling van DVT in de tweede lijn³⁰

- Vermoeden van longembolie (zie de paragraaf *Risicoschatting*).
- Leeftijd jonger dan 18 jaar of gewicht < 50 kg.
- Extreem overgewicht (BMI > 50 kg/m² of gewicht > 150 kg).
- Zwangerschap en kraamperiode.
- Bekende nierinsufficiëntie (eGFR < 30 ml/min).
- Diastolische bloeddruk herhaaldelijk > 120 mmHg.
- (Psycho)sociale redenen waardoor thuisbehandeling niet mogelijk is.
- Sterk verhoogd risico op ernstige bloeding; zoals recente (gastro-intestinale of cerebrale) bloeding, ernstige leverinsufficiëntie.
- Aanwezigheid of behandeling van maligniteit in de laatste 12 maanden.³¹
- Recidief-DVT (huisarts kan behandeling zelf starten, daarna verwijzen voor vaststellen behandelduur en de wenselijkheid van aanvullend onderzoek).

isoleerde kuitvenetrombose is gering.¹¹ Bij een geïsoleerde kuitvenetrombose is er geen duidelijke voorkeur voor medicamenteuze behandeling dan wel voor alléén echografisch vervolgen (bijvoorbeeld na één en na twee weken, daarna alleen bij toename van klachten).²⁹

Indien mogelijk wordt op basis van regionale afspraken voor één van deze strategieën gekozen; anders in overleg met de patiënt.

Indien gekozen wordt voor medicamenteuze behandeling duurt deze drie maanden en is deze verder gelijk aan de behandeling van proximale DVT inclusief zwachtelen en steunkousen.

Als de keus valt op echografisch vervolgen, wordt bij proximale uitbreiding alsnog medicamenteus behandeld.

Voorlichting en advies

De huisarts geeft uitleg over de ontstaanswijze van DVT, waarbij aandacht wordt besteed aan de risicofactoren die bij de patiënt aanwezig zijn en of deze kunnen worden weggenomen. De huisarts bespreekt het doel van de behandeling; het voorkomen van complicaties zoals longembolie en posttrombotisch syndroom. De huisarts geeft aan bij welke klachten de patiënt opnieuw contact moet opnemen: toenemende zwelling van het been, bloedingen of klachten die kunnen wijzen op een longembolie zoals dyspneu, tachy-

pneu, pijn op de borst en/of vastzittend aan de ademhaling, hoesten of hemoptoe.

De huisarts legt uit hoe de (thuis) behandeling praktisch vorm krijgt: antistolling met cumarinederivaten en kortdurend LMWH, compressief zwachtelen gevolgd door steunkousen. Bedrust is niet nodig.³²

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over diepe veneuze trombose of longembolie op de NHG-publiekswaarschuwing www.thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven (via het HIS of de NHG-ConsultWijzer). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Niet-medicamenteuze behandeling

Om de zwelling te behandelen wordt het dragen van therapeutische elastische kousen (steunkousen) geadviseerd;³³ bij de aanwezigheid van oedeem wordt het been eerst compressief gezwachteld met korte rekwachtels (zie de NHG-Standaard *Ulcus cruris venosum*).³⁴ Voor een goede compressie moet het verband aanvankelijk 2 maal per week worden verwisseld (of vaker als het verband afzakt), tot het oedeem voldoende is afgenomen, en daarna eenmaal per week. Het verband blijft dag en nacht zitten. Bij geringe zwelling hoeft niet te worden gezwachteld en volstaat een steunpanty of dubbel compressief buisverband. Zodra er geen oedeem (meer) aanwezig is, worden steunkousen (klasse III = 34 tot 46 mmHg op enkelniveau) aangemeten. Ter preventie van het posttrombotisch syndroom worden de steunkousen 2 jaar gedragen.^{35,36} Na een jaar kan desgewenst worden nagegaan of het been slank blijft zonder steunkousen.³³ De patiënt kan de steunkous daarna blijven dragen als dit minder klachten

geeft. Steunkousen moeten worden aangemeten door een gediplomeerd leverancier of een dermatoloog of fleboloog die zich op dit terrein heeft gespecialiseerd. Steunkousen worden alleen overdag gedragen.

Medicamenteuze behandeling

Patiënten met een DVT worden met antistollingsmedicatie behandeld om een longembolie of uitbreiding van de trombose te voorkomen.³⁷ Zodra de diagnose is gesteld, wordt gestart met subcutane laagmoleculairgewichtheparine-injecties (LMWH)³⁸ voor de initiële behandeling en met een cumarinederivaat voor de langetermijnbehandeling.³⁹ Het voorschrijven van *directe antistollingsmiddelen* (DOAC's) wordt niet aanbevolen vanwege onbekendheid van de risico's omdat deze middelen nog betrekkelijk kort op de markt zijn, en er nog weinig ervaring in de eerste lijn mee is.⁴⁰ Wanneer de patiënt een duidelijke voorkeur heeft voor een DOAC, zal deze daarvoor (eenmalig) een internist moeten consulteren. Zie voor de contra-indicaties en aanvullende voorwaarden de NHG-Standaard *Atriumfibrilleren*. Antistollingsbehandeling gaat gepaard met een verhoogd risico op bloedingen.³⁹ De behandeling met cumarinederivaten vindt plaats onder begeleiding van de trombosedienst. De huisarts informeert de trombosedienst over bestaande (relatieve) contra-indicaties en spreekt indien mogelijk een stopdatum af (zie *Behandelduur*).

Laagmoleculairgewichtheparine-injecties (LMWH)

Gestart wordt met een LMWH (enoxaparine of nadroparine), subcutaan toegevend in een therapeutische dosering, bij voorkeur eenmaal daags, op geleide van het lichaamsgewicht [tabel 3]. De LMWH moet ten minste 5 dagen worden gecontinueerd en kan worden gestaakt

Tabel 4 Eenmaal daags doseerbare LMWH bij de behandeling van DVT

Gewicht (kg)	Nadroparine 19.000 IE/ml	Enoxaparine 100 mg/ml	Enoxaparine 150 mg/ml
50 tot 70	1 dd 0,6 ml (11.400 IE)	1 dd 1 ml (100 mg)	
70 tot 90	1 dd 0,8 ml (15.200 IE)		1 dd 0,8 ml (120 mg)
90 tot 110	1 dd 0,8 ml (15.200 IE)		1 dd 1,0 ml (150 mg)

Bij gewicht < 50 kg of > 110 kg: raadpleeg het Farmacotherapeutisch Kompas.

als de INR ('international normalized ratio') stabiel en gedurende ten minste 2 dagen > 2,0 is. De INR-streefwaarde is 2,5 met een therapeutische breedte van 2,0 tot 3,5. Bij patiënten ouder dan 70 jaar of bij comorbiditeit (zoals diabetes, cardiovasculaire of nieraandoeningen) wordt de eGFR (creatinineklaring) bepaald; bij een eGFR < 30 ml/min wordt de patiënt verwezen naar de internist.

Cumarinederivaten

Gelijktijdig met de LMWH-injecties wordt begonnen met een cumarinederivaat. In Nederland heeft men de beschikking over het kortwerkende acenocoumarol 1 mg en het langwerkende fenprocoumon 3 mg. Voor welk cumarinederivaat wordt gekozen, is afhankelijk van afspraken met de plaatselijke trombosedienst. In het algemeen adviseren de trombosediensten de tabletten eenmaal per dag 's avonds in te nemen, zodat bij een sterk afwijkende INR de dosering nog op de dag van controle kan worden aangepast. (Zie ook de NHG-LESA Antistolling). Start de antistollingsbehandeling met een op-laaddosis volgens [tabel 5].

- Bij patiënten met een hoge leeftijd (arbitrair > 70 jaar) is het raadzaam te beginnen met een lagere dosering, zie [tabel 5]. De vervolgdosering wordt bepaald op geleide van de INR.
- Let op interacties, zoals bij gebruik van miconazol (oromucosaal, vaginaal en cutaan), co-trimoxazol, salicylaten (doseringen > 100 mg/dag), piroxicam en fenylbutazon. Deze middelen kunnen in combinatie met cumarinederivaten een ernstige verstoring van het antistollingsniveau geven.
- Ga bij patiënten die al andere antistollingsmiddelen gebruiken, zoals acetylsalicylzuur, dipyridamol of clopidogrel, na of deze na de start met het cumarinederivaat moeten worden voortgezet, eventueel in overleg met de oorspronkelijke voorschrijvers. Gelijktijdig gebruik van een cumarinederivaat met andere antistollingsmiddelen is niet vanzelfsprekend.

Tabel 5 Opstartschema acenocoumarol en fenprocoumon

	Acenocoumarol 1 mg		Fenprocoumon 3 mg	
	≤ 70 jaar	relatieve contra-indicatie of > 70 jaar	≤ 70 jaar	relatieve contra-indicatie of > 70 jaar
eerste dag	6 mg (6 tabletten)	4 mg (4 tabletten)	12 mg (4 tabletten)	6 mg (2 tabletten)
tweede dag	4 mg (4 tabletten)	2 mg (2 tabletten)	6 mg (2 tabletten)	3 mg (1 tablet)
derde dag	2 mg (2 tabletten)	1 mg (1 tablet)	3 mg (1 tablet)	1,5 mg (0,5 tablet)

Anticonceptie en andere hormonale behandeling met oestrogenen

Bij een VTE bij een vrouw in de vruchtbare leeftijd wordt de wenselijkheid of noodzaak van anticonceptie tijdens de behandeling én daarna besproken.

Omdat cumarinederivaten teratogeen zijn, dient zwangerschap te worden voorkomen. Hormonale anticonceptie met oestrogenen is trombogeend (en in principe gecontra-indiceerd), maar kan desondanks worden voortgezet tot het cumarinederivaat wordt gestaakt. Dit geeft tijdens behandeling met cumarinederivaten géén relevant verhoogd risico op VTE. Als geen anticonceptie wordt gebruikt is van belang dat deze meteen bij het starten van cumarinederivaten adequaat wordt geregeld. Een hormoonspiraal, koperspiraal of de pil met alleen progestageen kunnen worden voorgeschreven. (Zie de paragraaf Preventie van (recidief-)VTE en de NHG-Standaard Anticonceptie).

Behandelduur⁴¹

Voor de duur van de behandeling worden de volgende patiëntengroepen onderscheiden:

- Eerste episode *secundaire* DVT: behandel gedurende drie maanden.
- Eerste episode *idiopathische* DVT: behandel gedurende zes maanden.
- *Geïsoleerde kuitvenetrombose*: indien wordt gekozen voor een medicamenteuze behandeling: behandel zowel secundaire als idiopathische geïsoleerde kuitvenetrombose gedurende drie maanden.
- *Recidief-DVT*: start behandeling en verwijs naar de internist voor bepaling noodzakelijkheid onderzoek naar onderliggende risicofactoren en bepaling behandelduur.

Acetylsalicylzuur

De effectiviteit van acetylsalicylzuur ter preventie van een recidief-VTE is onvoldoende aangetoond en wordt *niet* geadviseerd.⁴²

CONTROLE

Controle bij behandeling DVT door de huisarts

Als het initiële beleid is ingesteld (LMWH, trombosedienst, zwachtelen/steunkous, instructie), ziet de huisarts de patiënt uiterlijk een week nadat de DVT is vastgesteld terug voor controle.

Besteed bij de controle aandacht aan de volgende punten:

- klachten van het been;
- therapietrouw/complicaties van de antistolling;
- wanneer de LMWH-injecties kunnen worden gestaakt (in overleg met de trombosedienst);
- de compressietherapie of steunkousen (al aangemeten?);
- adviseer om meteen contact op te nemen bij klachten die kunnen wijzen op een longembolie.

Na het staken van de cumarinederivaten

Wees alert op recidieven, instrueer de patiënt bij klachten te komen.

ONDERZOEK NAAR ONDERLIGGENDE OORZAKEN EN PREVENTIE VAN (RECIDIEF)VTE

Diagnostiek naar trombofilie

Onderzoek naar erfelijke trombofilie via een verwijzing naar de internist wordt overwogen bij patiënten met familiale VTE (verschillende familieleden in meer dan één generatie met DVT of longembolie). Onderzoek naar erfelijke of verworven trombofilie bij patiënten met VTE zonder positieve familieanamnese wordt niet aanbevolen, omdat de uitslag

- forse of spoedeisende klachten (U1-indicatie);
 - verhoogde risicoscore beslisregel longembolie of afwijkende D-dimeerbepaling (direct, internist of longarts).
- Patiënten < 18 jaar worden bij vermoeden longembolie direct verwezen naar de kinderarts.

Verwijzing naar de internist (tenzij ander vermeld) is geïndiceerd bij:

- zwangeren en patiënten in de kraamperiode met een DVT;
- patiënten met een recidief-DVT; ook als het gaat om het andere been (voor onderzoek naar onderliggende risicofactoren en vaststelling van de behandelduur);
- patiënten met progressie van de DVT ondanks behandeling;
- patiënten bij wie het risico op een ernstige bloeding is verhoogd;
- patiënten met nierinsufficiëntie (eGFR < 30 ml/min);
- diastolische bloeddruk herhaaldelijk > 120 mmHg;

- patiënten met extreem overgewicht (BMI > 50 of gewicht > 150 kg);
- (psycho)sociale redenen waardoor thuisbehandeling niet mogelijk is;
- patiënten met een aangetoonde familiale DVT of longembolie (verschillende familieleden in meer dan één generatie met DVT of longembolie) bij wie de initiële behandeling door de huisarts is gestart, kunnen worden verwezen voor nadere diagnostiek en bepaling van de behandelduur.

Patiënten < 18 jaar worden bij vermoeden DVT verwezen naar de kinderarts.

Consultatie van een radioloog is geïndiceerd bij:

- een vermoeden van een recidief-DVT *in hetzelfde been* (overleg over de diagnostiek).

Consultatie van de internist is geïndiceerd bij:

- een wens tot langdurige behandeling bij patiënten met een idiopathische DVT én een laag risico op bloedingen die de kans op een recidief

willen minimaliseren;

- bij bekende trombofilie (overleg over de duur van de behandeling);
- patiënten met een maligniteit en DVT (overleg over de afstemming van het beleid met de behandelend specialist);
- een blijvend (sterk) vermoeden van DVT, ondanks (herhaald) negatieve compressie-echografie;
- een vermoeden van een recidief-DVT onder adequaat ingestelde antistolling;

© 2015 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Totstandkoming

Nadat werd besloten te beginnen met de herziening van de NHG-Standaard Diepe veneuze trombose startte in juni 2013 een werkgroep diepe veneuze trombose en longembolie. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt.

De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. G.G.G. Baaten, huisarts te Haarlem; dr. G.J. Geersing, huisarts te Amsterdam; dr. W.A.M. Lucassen, huisarts te Zwaag; H.G.C. van Noortwijk-Bonga, huisarts te Almere; H.H.C. Rutten-van Bakel, huisarts te Waalwijk; P.P.E. Sival, huisarts te Utrecht. Dr. J. de Jong, huisarts niet-praktiserend en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap begeleidde de werkgroep en deed de redactie. Dr. Tj. Wiersma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie, en dr. J.S. Burgers als hoofd van deze afdeling. L. Koch en M. Kruyswijk waren betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie. Prof.dr. M.V. Huisman, internist-vasculaire geneeskunde in het LUMC te Leiden, was adviseur namens de Nederlandse Internisten Vereniging en voorzager gedurende de totstandkoming van de standaard de conceptteksten van commentaar. Door de leden van de werkgroep werd één belangenverstrengeling gemeld: dr. G.J. Geersing doet onderzoek dat gefinancierd wordt door ZORRO; dit is een door

Boehringer Ingelheim geïnitieerd en gefinancierd onderzoeksfonds waarvan de gelden door onafhankelijke advies- en programmaraden worden beheerd. Boehringer Ingelheim is de fabrikant van dabigatran. De overige werkgroepleden hebben geen belangenverstrengeling vermeld. Meer details hierover zijn te vinden in de webversie van de standaard op www.nhg.org.

In april 2014 vond er een focusgroep met 9 huisartsen, 2 aios en 1 observator plaats geleid door F. Jacobi. Ook werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten M. le Comte, F. Harkes-Idzinga, A. Horikx, K. de Leest en dr. T. Schalekamp allen apotheker namens KNMP; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur *Geneesmiddelenbulletin*; dr. J.J. Oltvoort, senior beleidsadviseur gezondheidseconomie namens Nefarma; R. Tourbi-Ezzahiri, medisch adviseur, namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN); F. Broekhuijsen-Kaper, apotheker, namens het College voor Zorgverzekeringen (CVZ); M. Favié namens Bogin; M. Nelissen, apotheker en P. Geels, specialist ouderengeneeskunde niet-praktiserend, namens Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); N. Delvaux, huisarts, namens Domus Medica België, de Vlaamse vereniging van huisartsen; prof.dr. P.W. Kamphuisen en prof.dr. S. Middeldorp namens de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV); dr. R. Oudega, huisarts; S. Daalhuizen, H.J.B. van der Slegt-Maatman en M. Werkman-Bol en M.G.J. Meijns MANP, ver-

pleegkundig specialist chronische zorg namens de V&VN Eerstelijnsverpleegkundigen; R.J. Snijder namens de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT); prof.dr. M.W. de Haan, namens de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVVR), sectie interventieradiologie (NGIR); M. Fokkert, Y. Henskens, J. Ruinmans-Koerts, R. Slingerlands, S. Smits; A.K. Stroobants en dr. J.J.C.M. van de Leur, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie (NVKC); prof.dr. J.J. Michiels, senior internist, trombosebeen onderzoek, Medisch Diagnostisch Centrum Rijnmond en Goedhardt Instituut Rotterdam en J.M. Michiels, huisarts; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur *Huisarts & Wetenschap*. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. Prof.dr. J.W.M. Muris en J.J.A.M. van Dongen hebben namens de NAS tijdens de commentaaronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In juli 2014 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

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

Resistentie *S. aureus* en huidinfecties

Resistentie tegen antibiotica is een wereldwijd probleem dat sterk is geassocieerd met de hoeveelheid gebruikte antibiotica. Adequaat voorschrijven van antibiotica (op een juiste indicatie en met het juiste middel) is belangrijk om de ontwikkeling van resistentie tegen te gaan. De keuze voor een antibioticum is idealiter gebaseerd op het resistentiepatroon van de bacterie die de infectie veroorzaakt, welke veelal afkomstig is uit de commensale microbiota. Huisartsen behandelen het merendeel van de bacteriële huidinfecties, maar informatie over het resistentiepatroon van *Staphylococcus aureus*, een van de veelvoorkomende verwekkers, is tot heden grotendeels gebaseerd op monsters afkomstig van intensievecare-patiënten. Voor het APRES-onderzoek zijn in 9 Europese landen, waaronder Nederland, monsters afgenomen uit het neusslijmvlies van eerstelijnspatienten zonder huidige infectie. Hieruit is *S. aureus* geïsoleerd om zo het resistentiepatroon van de commensale *S. aureus* te bepalen. In deze bijdrage laten we zien dat de bestaande NHG-richtlijnen voor het behandelen van bacteriële huidinfecties adequaat zijn, in het licht van het resistentiepatroon van *S. aureus* bij patiënten in de huisartsenpraktijk.

RESISTENTIE VAN *S. AUREUS*

In 2010-2011 is in 27 Nederlandse huisartsenpraktijken bij 3814 patiënten, die niet recent antibiotica gebruikten of in het ziekenhuis opgenomen waren geweest, een neuswat afgenomen. In 28% van de monsters werd *S. aureus* aangetroffen. De [figuur] laat de resistentie zien van *S. aureus* bij volwassenen (18+) en kinderen (4-18 jaar) tegen veelgebruikte antibiotica. In het algemeen is het resistentieniveau laag (minder dan 10% van de bacteriën was resistent), behalve voor penicilline (gemiddeld 69% resistent). Binnen Nederland waren er geen noemenswaardige verschillen qua resistentie. Bij (slechts) negen patiënten (0,8%) werd een methicilline-resistente *S. aureus* (MRSA) aangetroffen.

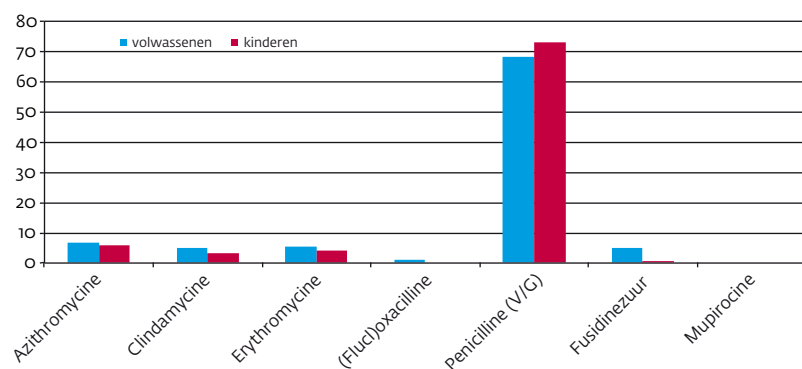
RESISTENTIE NIVEAU EN RICHTLIJNEN

De geadviseerde orale antibiotica voor de behandeling van aan *S. aureus* gerelateerde huidinfecties bij volwassenen en kinderen zijn, in het licht van de resistentie van *S. aureus*, adequaat [tabel]. Pas wanneer meer dan 20% van de bacteriën resistent is, wordt een ander antibioticum aangeraden. Voor de behandeling van impetigo wordt aanbevolen eerst een lokaal antibioticum (fusidinezuur) te gebruiken. Bij volwassenen bleek 5% en bij kinderen minder dan 1% van de bacteriën resistent tegen fusidinezuur, dus ook dat is een adequate optie voor de behandeling.

CONCLUSIE

Gezien de lage resistentie die we vonden voor *S. aureus* in de commensale microbiota zullen hieraan gerelateerde huidinfecties in Nederland goed te behandelen zijn met de orale antibiotica die in de NHG-Standaard aanbevolen worden. De uiteindelijke effectiviteit van het antibioticum is uiteraard nog van vele andere factoren afhankelijk, zoals bijvoorbeeld het ziektebeeld en de therapietrouw van de patiënt. ■

Figuur Resistentie van *S. aureus* tegen verschillende antibiotica, gemeten in een infectievrije Nederlandse populatie in 2010-2011 (percentages; n=1066)



Tabel Het resistentieniveau van *Staphylococcus aureus* in Nederland voor eerste- en tweede keus orale antibiotica voor verschillende bacteriële huidinfecties volgens de NHG-Standaard (percentages; n=1066)

		Eerste keus	% resistent	Tweede keus	% resistent
Impetigo	Volwassenen	Flucloxacilline	1,0	Azithromycine	6,9
	Kinderen	Flucloxacilline	0,0	Azithromycine	5,9
Cellulitis en erysipelas	Volwassenen	Flucloxacilline	1,0	Claritromycine	5,5
	Kinderen	Claritromycine	4,2	Azithromycine	5,9
Folliculitis en furunkel		Flucloxacilline	1,0	n.v.t.	

De data waarop deze tekst is gebaseerd zijn verzameld in het kader van de APRES-studie. De studie is gesubsidieerd door de Europese Commissie en heeft in negen Europese landen de resistentiepatronen in commensale *S. aureus*, voorschrijfdata en nationale behandelrichtlijnen geanalyseerd. In de APRES-studie is samengewerkt tussen het NIVEL en de universiteiten van Maastricht, Antwerpen en Nottingham. Meer informatie is te vinden op www.nivel.eu/apres.



Blended behandeling van depressieve klachten

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag, waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van M.J. Scherptong-Engbers, LUMC Leiden, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: m.j.scherptong@gmail.com.

PRAKTIJKVRAAG

De meeste patiënten met depressieve klachten en stoornissen zijn onder behandeling van de huisarts. Daarbij worden vaak antidepressiva voorgeschreven. Uit de literatuur blijkt dat e-mental health een goede manier is om kortdurende psychologische behandelingen aan te bieden. Is een blended behandeling – dat wil zeggen online psychologische behandeling (e-mental health) gecombineerd met direct contact met de huisarts of POH-GGZ – (kosten)effectief voor depressieve klachten en stoornissen in de huisartsenpraktijk?

HUIDIG BELEID

Bij de begeleiding van depressieve klachten en stoornissen bieden huisartsen zelf zelden gestructureerde psychologische behandelingen, zoals zelfmanagement en probleemoplossende behandeling. Zij schrijven wel vaak antidepressiva voor: ongeveer 70% van de patiënten met een depressieve stoornis wordt met antidepressiva behandeld. De NHG-Standaard Depressie adviseert om met een stepped care-model te werken. In eerste instantie bestaat dit vaak uit psycho-educatie en ondersteuning. Bij aanhoudende depressieve klachten volgt een kortdurende psychologische behandeling bij de huisarts of praktijkondersteuner GGZ. Een intensievere behandeling is aanbevolen bij aanhoudende klachten en bij een ernstige depressieve stoornis. Die behandeling kan bestaan uit psychotherapie en/of antidepressiva. In de praktijk blijkt dat huisartsen door hun beperkt beschikbare tijd geen mogelijkheid hebben om zelf psychologische behandelingen te geven, waardoor zij hier weinig ervaring mee hebben.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Depressieve stoornissen komen veel voor. Ongeveer 30% van de mannen en 40% van de vrouwen maakt één of meer depressieve episoden door gedurende hun leven.¹ Depressieve stoornissen hebben een grote ziektelast en brengen daarnaast hoge kosten met zich mee. Jaarlijks kosten depressieve klachten en stoornissen in de gezondheidszorg 3,3 miljard euro (totale zorgkosten en indirecte kosten ten gevolge van productieverlies).² De overheid streeft naar een vermindering van de kosten voor de geestelijke gezondheidszorg. De generalistische basis-GGZ en de huisartsenzorg moeten worden versterkt om een verschuiving van tweedelijns- naar eerstelijns-GGZ-zorg en huisartsenzorg te bewerkstelligen. De verschuiving wordt onder andere beoogd met de introductie van de POH-GGZ.

Een andere veelbelovende mogelijkheid is e-mental health, het online bieden van GGZ-zorg. Een voordeel hiervan is dat patiënten het aantal directe contacten met een zorgverlener kunnen reduceren doordat de behandeling deels online plaatsvindt. Ook is het mogelijk deze behandeling grotendeels in eigen tijd te doen. Dit kan tot kostenbesparing leiden omdat er minder consulten nodig zijn en het kan ook het arbeidsverzuim verminderen.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Het effect van antidepressiva op milde tot matige depressieve stoornissen is overschat door selectieve publicatie van onderzoek (publicatiebias). Antidepressiva lijken vooral werkzaam te zijn bij ernstige depressieve stoornissen. Bij milde tot matige stoornissen, die vaker voorkomen in de huisartsenpraktijk, is het effect beperkt. Daarnaast kan het gebruik van antidepressiva gepaard gaan met lage therapietrouw, onnodig langdurig gebruik en bijwerkingen. Psychologische behandeling heeft de voorkeur voor deze categorie patiënten. Uit onderzoek is gebleken dat het aanbieden van online psychologische behandeling effectief kan zijn. Bij het integreren van online behandeling en direct contact met de zorgverlener is er een lagere uitval van patiënten gedurende de behandeling. Bovendien leidt dit tot een betere therapietrouw en effectiviteit.³

CONCLUSIE

Online behandeling van depressieve klachten en stoornissen is een veelbelovende methode, waarbij er aanwijzingen zijn dat een blended behandeling een beter effect en betere therapietrouw heeft dan online behandeling alleen. Op lange termijn zou dit vermindering van het gebruik van antidepressiva, vermindering van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn en kostenbesparing tot gevolg kunnen hebben.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Leidt een blended behandeling van volwassen patiënten met depressieve klachten in de huisartsenpraktijk tot vermindering van depressieve klachten? Wat is het effect hiervan op het gebruik van antidepressiva en het aantal verwijzingen, en wat is de kosteneffectiviteit? ■

LITERATUUR

- 1 Kruijshaar ME, Barendregt J, Vos T, De Graaf R, Spijker J, Andrews G. Lifetime prevalence estimates of major depression: an indirect estimation method and a quantification of recall bias. *Eur J Epidemiol* 2005;20:103-11.
- 2 Cuijpers P, Smit F. Subclinical depression: a clinically relevant condition? *Tijdschr Psychiatr* 2008;50:519-28.
- 3 Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression. A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012;32:329-42.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: B. Massoudi, aiotho bij project BLENDING, een samenwerking tussen de afdeling Huisartsgeneeskunde (UMC Groningen) en de afdelingen Klinische psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen en Universiteit Utrecht • Correspondentie: b.massoudi@umcg.nl

Dermatoscopie in de huisartsenpraktijk 1

INLEIDING

Huidkanker is de meest voorkomende soort kanker in Nederland en naar verwachting zal het aantal nieuwe gevallen de komende jaren blijven stijgen.^{1,2} De sterfte aan huidkanker komt voornamelijk op rekening van het melanoom (853 sterfgevallen in Nederland),³ waarbij de mortaliteit bij mannen boven de 50 het hoogst is.⁴ In 2012 was de incidentie (European Standardized Rate, ESR) van melanoom in Nederland per 100.000 inwoners 24,4 en de mortaliteit 3,9.⁵ Hiermee staat Nederland helaas hoog in de Europese ranglijst. Buurlanden België (incidentie ESR 15,0, mortaliteit ESR 2,0) en Duitsland (incidentie ESR 14,8, mortaliteit ESR 2,0) scoren een stuk beter, hoewel de populaties redelijk vergelijkbaar zijn.⁵

De kans op overlijden aan melanoom is sterk afhankelijk van de breslowdikte. Patiënten met dunne melanomen met een breslowdikte < 1 mm zonder ulceratie of mitosen hebben een vijfjaarsoverleving van bijna 100%, terwijl de overleving naar 49% daalt bij melanomen met een breslowdikte > 4 mm en ulceratie.³ Naast primaire preventie (die maar matig lijkt te werken) is vroege opsporing en excisie van melanomen op dit moment de belangrijkste manier om melanomen te genezen.

De huisarts speelt een cruciale rol bij de vroegdiagnostiek van het melanoom: tenslotte is hij of zij in Nederland de poortwachter, en daarmee de eerste die uit de grote hoeveelheid aangeboden pigmentvlekken de verdachte exemplaren moet zien te halen. Ook tijdens het algemeen lichamelijk onderzoek ontdekken huisartsen geregeld pigmentvlekken die om een oordeel vragen. De meerderheid van de Nederlandse

huisartsen die aan een dermatoscopie cursus hebben deelgenomen, geeft aan op het spreekuur geregeld patiënten met een zorgvraag over een pigmentvlek te zien. Een kwart heeft echter in de voorgaande drie jaar geen enkel melanoom zelf ontdekt, 33% heeft slechts één melanoom gevonden en 40% twee of meer melanomen.⁶ Onderzoek in België laat zien dat de accuratesse van het opsporen van een melanoom proportioneel is aan het aantal melanomen dat de huisarts in de dagelijkse praktijk ziet.⁷

Om een gepigmenteerde laesie beter met het blote oog te kunnen beoordelen kan de huisarts gebruikmaken van verschillende checklists, zoals de ABCD(E), de 7-point-checklist en het *ugly duckling sign*.⁸⁻¹⁰ Ondanks deze hulpmiddelen zijn de sensitiviteit en specificiteit voor verdachte laesies echter laag.¹¹ Dermatoscopie is een aanvullende, niet-invasieve techniek die structuren in de huid zichtbaar maakt die men met het blote oog niet kan waarnemen. Verschillende onderzoeken, voornamelijk uitgevoerd in de dermatologische praktijk, laten zien dat de accuratesse van het diagnosticeren van gepigmenteerde laesies significant verbetert bij het gebruik van dermatoscopie. Zo toonde een meta-analyse aan dat de sensitiviteit voor het diagnosticeren van een melanoom door dermatologen 71% bedraagt op basis van het klinisch beeld alleen, en 90% wanneer ze daarnaast gebruikmaken van dermatoscopie.¹² De diagnostische accuratesse neemt echter juist af wanneer een arts dermatoscopie gebruikt terwijl hij daarvoor geen training heeft gehad.¹³⁻¹⁴ De Nederlandse Melanoomrichtlijn van 2012 adviseert het volgen van een formele dermatoscopietraining en het integreren van dermatoscopie in de diagnostische procedure van gepigmenteerde laesies.¹⁵ Voor huisartsen die veel gepigmenteerde laesies beoordelen zou dit ook kunnen gelden. Over het gebruik van dermatoscopie in de huisartsenpraktijk is echter nog maar weinig bekend.

DERMATOSCOPIE IN DE EERSTE LIJN

Hoewel dermatoscopie al ingang heeft gevonden in de huisartsenpraktijk, zijn er weinig systematische onderzoeken gepubliceerd over het gebruik van dermatoscopie in de huis-

Samenvatting

Secker LJ, Bergman W, Kukutsch NA. Dermatoscopie in de huisartsenpraktijk 1. *Huisarts Wet* 2015;58(1):38-41.

De huisarts speelt een belangrijke rol bij de diagnostiek van maligne huidafwijkingen. Diagnostiek van gepigmenteerde huidafwijkingen met het blote oog heeft een relatief lage sensitiviteit en specificiteit. Dermatoscopie maakt structuren in de huid zichtbaar die met het blote oog niet waarneembaar zijn. Door gepigmenteerde huidafwijkingen dermatoscopisch te beoordelen aan de hand van een tweestappenplan neemt de diagnostische betrouwbaarheid toe. Voor de huisartsenpraktijk is de waarde van dermatoscopie nog niet onomstotelijk vastgesteld. Het lijkt erop dat deze methode, mits goed toegepast, zal leiden tot minder verwijzingen en minder excisies van in principe benigne afwijkingen. Scholing in het gebruik van de dermatoscoop is hierbij een vereiste. Het gebruik van de dermatoscoop zonder scholing leidt tot een afname van de diagnostische accuratesse.

De kern

- Het melanoom is de dodelijkste vorm van huidkanker in Nederland, de mortaliteit bij mannen > 50 jaar is het hoogst.
- Dermatoscopie verhoogt de diagnostische accuratesse van gepigmenteerde laesies in de tweede lijn. Zie de Richtlijn Melanoom 2.0 op www.oncoline.nl.
- Huisartsen zien in de dagelijkse praktijk veel gepigmenteerde laesies en relatief weinig melanomen.
- Na scholing leidt het gebruik van dermatoscopie in de huisartsenpraktijk tot minder onnodige verwijzingen en excisies.
- Het effect van dermatoscopie op de diagnostiek van melanoom is in de huisartsenpraktijk onvoldoende onderzocht.

artsenpraktijk. Een recent overzichtsartikel concludeert dat dermatoscopie een waardevolle aanvulling kan zijn: de deelnemende artsen vonden meer melanomen en verrichtten minder onnodige excisies.¹⁶ Dit klinkt zeer positief, maar er zijn bij nadere beschouwing toch nog veel vraagtekens en kanttekeningen te plaatsen bij de onderzoeken. Ook zijn de tot nu toe gepubliceerde onderzoeken onderling slecht vergelijkbaar omdat er verschil is in de oorsprong (foto's, live patiënten) en aard (gepigmenteerd, melanocytair, verdacht) van de beoordeelde laesies, de onderzoeksopzet en het gebruikte dermatoscopiealgoritme [tabel]. We bespreken de belangrijkste onderzoeken, waarbij we vooral ingaan op de resultaten, maar ook op de kanttekeningen die we bij de onderzoeken kunnen plaatsen.

Bij het onderzoek van Argenziano et al.¹⁷ kregen huisartsen een training in blote-oogdiagnostiek voor huidkanker en dermatoscopie. Vervolgens vond randomisatie plaats om in de dagelijkse praktijk gedurende zestien maanden huidtumoren te beoordelen met alleen het blote oog of met het blote oog en de dermatoscoop. Hierna beoordeelde een dermatoloog alle patiënten, die om de diagnose te bevestigen alle laesies excideerde die op een maligniteit leken te wijzen. Uit het onderzoek kwam een significant hogere sensitiviteit voor het detecteren van maligne huidafwijkingen in de dermatoscopiegroep naar voren, vergeleken met de blote-oogdiagnostiegroep (79,2% versus 54,1%, $p = 0,002$). Bij nader inzien is dit verschil vooral toe te schrijven aan de diagnostiek van basaalcelcarcinomen en, voor een kleiner deel, plaveiselcelcarcinomen. De onderzoekers vonden geen significant verschil in het aantal gevonden of gemiste ($n = 1$) invasieve melanomen.

Voor het onderzoek van Westerhoff et al.¹⁸ verdeelden de onderzoekers huisartsen at random over een groep die een dermatoscopiescholing kreeg en een controlegroep zonder extra scholing. De interventiegroep vertoonde een significante verbetering, van zowel de blote-oog- als de dermatoscopische diagnostiek van het melanoom (respectievelijk 62,7% versus 54,6%; $p = 0,007$ en 75,9% versus 57,8%; $p = 0,00007$). Bij de overige laesies, zoals naevi naevocellulares, verrucae seborrhoicae en basaalcelcarcinomen, trad dit effect niet op. De verbetering van diagnostiek voor melanomen zou sterker kunnen zijn dan verwacht vanwege de case-mix: de helft van de te beoordelen laesies betrof een melanoom.

Bij het onderzoek van Dolianitis et al.¹⁹ vroeg men deelnemers na een dermatoscopietraining macroscopische afbeeldingen te beoordelen, eerst met het blote oog en daarna ook met de corresponderende dermatoscopische foto's, volgens vier dermatoscopiemethoden (de Menzies-methode, de 7-point-checklist, de ABCD-methode en patroonanalyse). Dit onderzoek liet eveneens een significante verbetering zien in sensitiviteit tussen blote-oogdiagnostiek van het melanoom en dermatoscopie. Maar ook hier was het aandeel van melanomen in de te beoordelen laesies 50%. De specificiteit nam af na toevoeging van alle onderzochte dermatoscopiemethoden.

Bij het onderzoek van Menzies et al.²⁰ ontvingen alle huisartsen een uitgebreide dermatoscopietraining. De onderzoek-

kers includeerden patiënten met gepigmenteerde laesies die na blote-oogdiagnostiek in aanmerking kwamen voor follow-up of excisie. Na dermatoscopisch onderzoek keek men hoe de diagnose en het behandelplan veranderden. De onderzoekers vonden geen verandering in sensitiviteit of specificiteit bij het diagnosticeren van een melanoom na het toepassen van dermatoscopie. Wel zagen ze na beoordeling door middel van dermatoscopie (inclusief de optie van dermatoscopische follow-up) een afname van 63% in het aantal excisies of verwijzingen van benigne laesies. Gemiddeld beoordeelde elke huisarts echter maar 5,9 gepigmenteerde laesies.

Bij het Groningse onderzoek van Koelink et al.²¹ verdeelden de onderzoekers huisartsen in een interventiegroep die een cursus blote-oogdiagnostiek en een dermatoscopietraining kregen, en een controlegroep die alleen de blote-oogcursus volgde. De onderzoekers includeerden alle verdachte laesies van patiënten, ook niet-gepigmenteerde, en noteerden de diagnose en behandelstrategie. Ze vonden geen significante verandering in sensitiviteit bij het diagnosticeren van (pre) maligne (melanocytair en niet-melanocytair) huidafwijkingen. Net als Menzies et al.²⁰ vonden ze een afname in het aantal excisies en verwijzingen.

Voor het onderzoek van Secker et al.⁶ vroegen de onderzoekers huisartsen vóór de start van een dermatoscopiecursus een toets te maken met macroscopische foto's. Na de cursus maakten de huisartsen dezelfde toets nogmaals, naast een toets met macroscopische én dermatoscopische foto's (hierin kwamen dezelfde casus aan bod). Na het dermatoscopische oordeel was er sprake van een significante toename in sensitiviteit bij het diagnosticeren van alle gepigmenteerde laesies, behalve naevi. De grootste toename in sensitiviteit betrof de niet-melanocytair laesies (verruca seborrhoica 43,5%, angioom 37,5%, basaalcelcarcinoom 10,6%). De toets bevatte relatief veel atypische naevi, die dermatoscopisch veel overeenkomsten kunnen hebben met een beginnend melanoom. Verder zagen de onderzoekers een verbetering in de therapeutische strategie, in het bijzonder voor benigne laesies, wat zou kunnen leiden tot ongeveer 20% minder verwijzingen.

Uit het beperkte aantal onderzoeken kunnen we voorzichtig concluderen dat het aantal verwijzingen en excisies na toepassen van dermatoscopie zeer waarschijnlijk afneemt.

Abstract

Secker LJ, Bergman W, Kukutsch NA. Dermoscopy in general practice 1. Huisarts Wet 2015;58(1):38-41.

The general practitioner has an important role in diagnosing malignant skin disorders. The diagnosis of pigmented skin lesions by naked-eye examination has a relatively low sensitivity and specificity. Dermoscopy makes it possible to see structures that cannot be seen with the naked eye, and use of a two-step dermoscopic procedure improves the reliability of the diagnosis of pigmented skin lesions. While the value of dermoscopy in general practice remains to be established, it would seem that this method, if used well, could lead to fewer referrals and excisions of what are in principle benign lesions. However, dermoscopy training is essential, to guarantee diagnostic accuracy.

Dit komt vooral doordat de artsen niet-melanocytair laesies beter herkennen. Hoewel drie onderzoeken aangeven dat de sensitiviteit voor de diagnose melanoom stijgt, is deze conclusie bij twee onderzoeken mogelijk toe te schrijven aan het grote aantal melanomen (50%) dat in de testset zat.^{6,18,19} Verder onderzoek is nodig om de waarde van dermatoscopie in de huisartsenpraktijk te bevestigen.

Om de huidkankerepidemie het hoofd te kunnen bieden lijkt het ons belangrijk dat huisartsen goede scholing krijgen in de klinische diagnostiek van huidkanker en hun benigne

'lookalikes', zoals de verruca seborrhoea. Huisartsen die ook dermatoscopie willen toepassen (uit onderzoek onder 309 Nederlandse huisartsen bleek dat 37% al gebruikmaakte van dermatoscopie, maar slechts 19% geschoold was in het gebruik ervan⁶), zouden een formele training moeten krijgen.

DERMATOSCOPIE, EEN OVERZICHT

Dankzij de ontwikkeling van de dermatoscoop in zakformaat in de jaren negentig en standaardisatie van de dermatoscopische terminologie na een consensusmeeting in 2003 heeft

Tabel Overzicht van onderzoeken naar het gebruik van dermatoscopie in de huisartsenpraktijk

	Onderzoekskenmerken (training, deelnemers, opstelling)	Bron van beoordeelde laesies	Uitkomsten	Kritiekpunten
Argenziano et al. ¹⁷	Cursus blote-oogdiagnostiek en dermatoscopie voor randomisatie in interventie- of controlegroep; 73 huisartsen; gedurende 16 maanden beoordelen van gepigmenteerde laesies op benigne/maligne.	Patiënten met huidtumoren in de dagelijkse praktijk.	Sensitiviteit ↑ Specificiteit gelijk voor diagnose huidkanker na dermatoscopie.	Stijging specificiteit vooral toe te schrijven aan basaalcelcarcinomen en plaveiselcelcarcinomen. Geen verschil aantal gevonden of gemiste melanomen.
Westerhoff et al. ¹⁸	Alleen de interventiegroep kreeg scholing door middel van een dermatoscopeatlas en een college van een uur; 74 huisartsen; toets voor de interventie en identieke toets na de interventie.	Macroscopische en dermatoscopische foto's van gepigmenteerde laesies.	Sensitiviteit ↑ Specificiteit gelijk voor diagnose melanoom na dermatoscopie. Geen invloed op diagnose basaalcelcarcinoom, verruca seborrhoea en naevus naevocellularis.	100 foto's, waarvan 50 melanomen; geen additionele klinische informatie bij de casus.
Dolianitis et al. ¹⁹	Onlinetraining voor dermatoscopie; 35 huisartsen, 26 dermatologen (in opleiding).	Macroscopische en dermatoscopische foto's van melanocytair laesies.	Sensitiviteit ↑ Specificiteit ↓ voor diagnose melanoom na dermatoscopie.	40 foto's, waarvan 20 melanomen; geen additionele klinische informatie bij de casus.
Menzies et al. ²⁰	Onlinetraining, zelfstudie, workshop, e-toets; 63 huisartsen; gedurende 8 maanden inclusie van laesies die of gebioteerd of verwezen zouden moeten worden (beoordeeld door een huisarts); effect van dermatoscopie op beleid (excisie/verwijzing, dermatoscopische follow-up of observatie) en diagnose.	Patiënten met gepigmenteerde laesies.	Sensitiviteit gelijk Specificiteit gelijk voor diagnose melanoom na dermatoscopie. Na dermatoscopie of dermatoscopische follow-up werd 43,6% van alle laesies of geëxcideerd of verwezen (reductie van 56,4% ten opzichte van blote-oogdiagnostiek). Er was een afname van 63% in excisies en verwijzingen van benigne laesies.	Gemiddeld weinig (5,9) laesies per huisarts geïncludeerd. Basaalcelcarcinomen en M. Bowen werden geëxcludeerd uit de analyse voor sensitiviteit/specificiteit van melanoom.
Koelink et al. ²¹	Cursus blote-oogdiagnostiek voor alle huisartsen; aanvullende dermatoscopie-cursus voor interventiegroep; 53 huisartsen; inclusie van verdachte laesies (gepigmenteerd en niet-gepigmenteerd).	Patiënten met verdachte gepigmenteerde en niet-gepigmenteerde laesies.	Sensitiviteit gelijk voor diagnose (pre)maligne huidafwijking na dermatoscopie; significante afname in aantal excisies en verwijzingen.	Inclusie van niet-gepigmenteerde laesies; aantal melanomen te klein om significantie aan te tonen.
Secker et al. ⁶	Cursus blote-oogdiagnostiek en dermatoscopie; 293 huisartsen; voorafgaand aan de cursus: toets met macroscopische foto's; na de cursus: identieke toets en toets met macroscopische en dermatoscopische foto's.	Overzichtopnamen, macroscopische en dermatoscopische foto's van gepigmenteerde laesies met klinische informatie.	Sensitiviteit ↑ Specificiteit gelijk voor diagnose gepigmenteerde laesies (inclusief melanoom), behalve naevi naevocellulair. Grootste toename sensitiviteit voor diagnose verruca seborrhoea, basaalcelcarcinoom en angioom.	20 foto's (3 melanoom, 2 basaalcelcarcinoom, 5 naevi, 1 angioom, 2 verruca seborrhoea, 7 atypische naevi); relatief veel atypische (moeilijke) naevi.

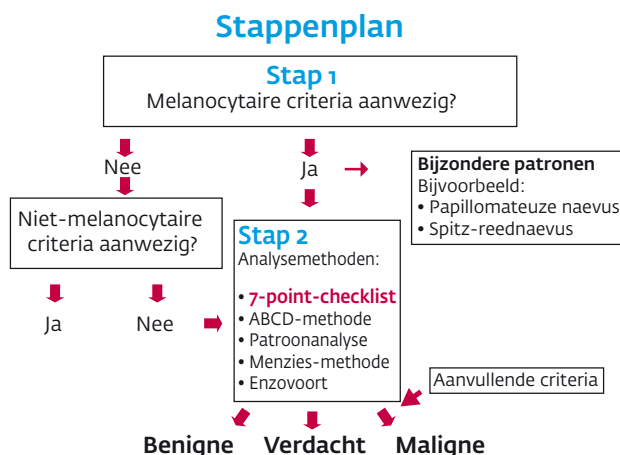
de ontwikkeling van de dermatoscopie een enorme vlucht genomen.²²⁻²⁴ Er zijn verschillende modellen dermatoscopen verkrijgbaar; de meeste geven een uitvergroting van ten minste tienmaal en kunnen schakelen tussen een lichtbron met of zonder gepolariseerd licht. Zonder gepolariseerd licht dient men gebruik te maken van een contactvloeistof tussen het huidoppervlak en het glas van de dermatoscoop. Er zijn ook modellen die men aan een smartphone kan koppelen. Men kan de digitale foto's dan direct opslaan en doorsturen (cave privacy!). Doordat men met een dermatoscoop dieper in de huid kan kijken worden structuren zichtbaar die het blote oog niet kan waarnemen.

Dermatoscopisch onderzoek geeft aanvullende informatie op de gegevens die zijn verkregen via de anamnese, de voorgeschiedenis, de evaluatie van risicofactoren voor huidkanker, de inspectie van de huid (in toto) en de blote-oogbeoordeling van individuele laesies. Het is vooral geschikt voor het beoordelen van gepigmenteerde laesies. Het internationale dermatoscopieconsortium beveelt aan om de volgende huidafwijkingen met de dermatoscoop te bekijken:

- veranderende of nieuwe laesies (extra aandacht bij volwassenen > 50 jaar);
- laesies waar patiënten bezorgd over zijn;
- laesies die er anders uit zien dan de overige (het 'ugly duckling sign');
- laesies die kenmerken van een melanoom vertonen.²²

Bij de dermatoscopische beoordeling van gepigmenteerde laesies maakt men gebruik van een tweestappenplan [figuur]. De bouwstenen van dit plan zijn de aan- of afwezigheid van verschillende dermatoscopische criteria. Men dient de kennis over deze criteria formeel te trainen, anders neemt de diagnostische accuratesse juist af.^{13,14} Het is aan te bevelen om dit stappenplan bij het begin van het gebruik van de dermatoscoop strikt aan te houden, omdat men op deze manier leert om gepigmenteerde laesies gestructureerd te beoordelen en de dermatoscopische criteria te wegen.

Figuur Tweestappenplan voor het beoordelen van gepigmenteerde laesies



De eerste stap helpt om onderscheid te maken tussen een melanocytair of niet-melanocytair laesie, maar geeft verder nog geen uitsluitel of een melanocytair laesie benigne of maligne is. Bij de tweede stap moet men bij de als melanocytair geïdentificeerde laesie de vraag stellen of de laesie benigne of maligne is. Hiervoor zijn verschillende algoritmen beschikbaar, waarvan de meest gebruikelijke de 7-point-checklist (niet te verwarren met de Glasgow 7-point-checklist voor blote-oogdiagnostiek), de ABCD-methode, de patroonanalyse en de methode van Menzies zijn.²⁵⁻²⁷ Deze methoden zijn vergelijkbaar wat betreft de inter- en intraobserver-overeenkomst.²⁸

Voor het aanleren van dermatoscopie aan huisartsen hebben wij voor onze cursus gekozen voor de 7-point-checklist. Bij deze methode is de kans klein dat een ongediagnosticeerd melanoom de spreekkamer verlaat. De sensitiviteit is hoog en de specificiteit relatief lager. Verder zijn er benigne melanocytair laesies, zoals een papillomateuze naevus of een spitz/reednaevus, die men al direct door hun bijzondere dermatoscopisch patroon kan herkennen en niet aan de tweede stap hoeft te onderwerpen.

Wanneer er na het toepassen van stap 1 geen sprake is van melanocytair kenmerken, kijkt men verder of er kenmerken zijn van een niet-melanocytair laesie, zoals van een verruca seborrhoica, (gepigmenteerd) basaalcelcarcinoom of angioom. Als men bij stap 1 een niet-melanocytair laesie ziet die men niet nader kan specificeren, past men toch een algoritme uit stap 2 toe. Zo is te voorkomen dat men een melanoom over het hoofd ziet dat mogelijk weinig gepigmenteerd is of een atypische presentatie heeft.

Een meerwaarde van dermatoscopie is dat huisartsen zekerder worden in het diagnosticeren van niet-melanocytair laesies, zodat ze onnodige excisies en verwijzingen naar de tweede lijn kunnen voorkomen. Huisartsen zullen hoogst waarschijnlijk niet meer melanomen ontdekken, maar wel een beter onderscheid kunnen maken tussen laesies die ze wel en die ze niet naar de tweede lijn hoeven te verwijzen.

In deel 2 van dit artikel bespreken we de kenmerken van stap 1, leggen we de beoordeling van stap 2 uit aan de hand van de 7-point-checklist en laten we twee voorbeelden van niet-melanocytair laesies zien. Om een indruk te krijgen van het toepassen van dermatoscopie krijgt u aansluitend de gelegenheid om via uw inloggegevens bij H&W vijf oefencasus online te doorlopen. ■

Dit nascholingsartikel is een aflevering van de serie Dermatologie.

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Nascholing.

Kind met buikpijn en rectaal bloedverlies

Als een kind bij de huisarts komt met buikpijn en bloed in de ontlasting, is de differentiaaldiagnose breed. De verschijnselen kunnen wijzen op onschuldige, zelflimiterende aandoeningen zoals hemorrhoiden of een fissuur door obstipatie, maar ook op een ernstige aandoening zoals inflammatoire darmziekten.¹ Weinig huisartsen zullen *Enterobius vermicularis*, beter bekend als de aarsmade, opnemen in hun differentiaaldiagnose. Toch zijn er in de literatuur individuele gevallen beschreven waarin *E. vermicularis* bij een kind voorkwam in combinatie met rectaal bloedverlies,^{2,3} en ook is de aarsmade aangetroffen bij kinderen met gastro-intestinale symptomen. Het valt dus niet uit te sluiten dat infecties met *E. vermicularis* aanleiding kunnen geven tot gastro-intestinale klachten en rectaal bloedverlies.

Casus

Anita, 8 jaar, komt bij de huisarts omdat zij al enkele weken wisselend buikpijn heeft en sinds gisteren ook bloed verliest tijdens en na de ontlasting. Moeder vond bloed aan de achterzijde in de onderbroek. Anita heeft in de afgelopen weken geen koorts gehad en gebruikt geen medicatie. De consistentie van de feces is normaal stevig en er blijkt geen sprake van obstipatie. De patiënte is premenarchaal. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een gezond ogend meisje, niet anemisch en opgewekt. De buik is geheel soepel bij palpatie en bij auscultatie blijkt de peristaltiek normaal. Anita wijst het gebied onder de navel aan als waar het het meest pijn doet. Bij inspectie van de anus ziet de huisarts vijf aarsmaden. Er zijn geen fissuren of andere verwondingen en bij het rectaal touchen worden op de handschoenen normale ontlasting en helder bloed aangetroffen. Bij palpatie van de buik worden geen pathologische

weerstanden gevoeld. Vanwege de gelijktijdige aanwezigheid van *E. vermicularis* en rectaal bloedverlies luidt de werkdiagnose: proctitis door *E. vermicularis*. De huisarts legt Anita en haar moeder de bevindingen uit en schrijft ter behandeling twee tabletten mebendazol 100 mg voor, waarvan één tablet nog dezelfde dag in te nemen en de andere na veertien dagen. Het huisarts raadt aan dat ook de gezinsleden hun feces controleren op *E. vermicularis*. Na drie weken gaat het goed met Anita, het rectaal bloedverlies en de buikpijn waren na het innemen van de eerste tablet verdwenen. Haar huisgenoten hebben bij zichzelf geen *E. vermicularis* gevonden.

BESCHOUWING

Prevalentie, transmissie en klinisch beeld

De rondworm *E. vermicularis*, ook wel 'aarsmade' of 'oxyure' genoemd, is een darmparasiet die alleen de mens als gastheer heeft. Infecties komen wereldwijd voor, vaak bij kinderen. In de Nederlandse huisartsenpraktijk is de prevalentie van wormen, oxyuren en andere parasieten (ICPC-code D22) in de leeftijdsgroep 5-17 jaar voor jongens 5,2 en voor meisjes 7,2 per 1000 patiëntjaren, onafhankelijk van ras, sociaal-economische status of cultuur.⁴

In de huisartsenpraktijk is *E. vermicularis* de darmparasiet die het vaakst wordt aangetroffen.⁵ De eitjes kunnen buiten het lichaam drie weken in leven blijven in bijvoorbeeld de vacht van een huisdier, kleding of beddengoed, en van daaruit voor (her)infectie zorgen.⁶ Transmissie vindt fecaal-oraal plaats doordat de eitjes via de vingers in de mond terechtkomen. Nagelbijten en slechte hygiëne vergroten de kans op besmetting. Ook retro-infectie is mogelijk, waarbij de larven via het slijmvlies van de anus terugkeren in de darm. De eitjes komen tijdens de reis door het maagdarmkanaal binnen enkele uren uit, waarna de larven zich voeden met epitheelcellen en bacteriën. De wormen bereiken 15-43 dagen na de ingestie het vruchtbare stadium. Vrouwelijke wormen migreren naar de anus en het perianale gebied, om daar de eitjes te leggen.⁷

E. vermicularis kan symptomen veroorzaken door mechanische stimulatie, irritatie of een allergische reactie. Symptomen bij kinderen zijn milde of intense perianale jeuk (vooral 's nachts), buikpijn, prikkelbaarheid, huilen en rusteloosheid.⁷

De kern

- De aarsmade, *Enterobius vermicularis*, is meestal onschuldig maar kan bij uitzondering ook ernstigere klachten veroorzaken, waaronder rectaal bloedverlies.
- Als alle veelvoorkomende oorzaken van rectaal bloedverlies zijn uitgesloten, moet de huisarts ook de diagnose *E. vermicularis* overwegen.
- *E. vermicularis* is goed te behandelen met mebendazol. Wel is het aan te raden alle gezinsleden te behandelen om herbesmetting te voorkomen.

Samenvatting

Van Leeuwen CD, Holtman GA, Kranenberg JJ. Een meisje met buikpijn en rectaal bloedverlies. *Huisarts Wet* 2015;58(1):42-4.

Als een kind bij de dokter komt met buikpijn en bloed in de ontlasting, staat *Enterobius vermicularis*, beter bekend als aarsmade of oxyure, meestal niet hoog in de differentiaaldiagnose. Toch is het aan te raden deze diagnose niet uit te sluiten. Een infectie met *E. vermicularis* verloopt meestal onschuldig, maar kan bij invasie van de darmmucosa in zeldzame gevallen ook tot ernstiger (inflammatoire) klachten leiden, zoals rectaal bloedverlies. Onder welke omstandigheden deze veelvoorkomende darmparasiet in het slijmvlies kan doordringen, is niet helemaal duidelijk; het lijkt erop dat hij gebruik maakt van bestaande beschadigingen. De infectie is goed te behandelen; bij voorkeur wordt het hele gezin behandeld om herbesmetting te voorkomen.

Ernstiger verschijnselen of klachten buiten het maag-darmkanaal treden zelden op. Bij ongeveer eenderde van de patiënten verloopt de infectie zonder symptomen.

Ongewone klachten

Een infectie met *E. vermicularis* kan tot een groot aantal verschillende klinische beelden leiden, die alle echter tamelijk uitzonderlijk zijn. Op PubMed leverde een zoekactie met de term 'enterobius vermicularis' 1220 publicaties op in de periode 1966-2014; de meest opvallende vermelden wij hieronder. Zoeken op 'enterobius vermicularis' in combinatie met 'rectal bleeding' leverde twee publicaties op, die we hieronder eveneens bespreken.

Twee publicaties betroffen patiënten met appendicitis bij wie het caecum geïnfecteerd bleek door grote groepen *E. vermicularis*.^{8,9} Een andere ongewone vermelding betrof een (volwassen) vrouw met eosinofiele colitis die veroorzaakt bleek door een infestatie met *E. vermicularis*. Bij deze patiënt trad overigens geen rectaal bloedverlies op.¹⁰ In een andere gevalsbeschrijving leidde een infestatie met *E. vermicularis* bij een jonge man tot verschijnselen die deden denken aan de ziekte van Crohn.¹¹ Ook buiten het maag-darmkanaal kan een infectie met *E. vermicularis* voor problemen zorgen. Gerapporteerd zijn infecties van de vrouwelijke tractus urogenitalis.¹² Bij een 4-jarig meisje met recidiverende vulvaire jeuk gedurende een periode van twee jaar bleek de vulva geïnfecteerd met *E. vermicularis*, zonder dat de aarsmaden rectaal aanwezig waren.¹³

Rectaal bloedverlies

Hoewel *E. vermicularis* niet standaard is opgenomen in de differentiaaldiagnose van rectaal bloedverlies bij kinderen, zijn er wel patiënten beschreven bij wie een infectie met *E. vermicularis* leidde tot rectaal bloedverlies.^{2,3} Sinds de toepassing van coloscopie bij rectaal bloedverlies lijkt de aarsmade – letterlijk – meer in beeld te komen. In een Engels retrospectief cohort-onderzoek onder 180 kinderen met rectaal bloedverlies en vermoedelijk *inflammatory bowel disease* (IBD) bij wie een coloscopie was uitgevoerd, bleken er 31 (17%) aarsmaden te hebben. Van de 26 kinderen met aarsmaden van wie alle gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek konden worden achterhaald, hadden er 19 (62%) rectaal bloedverlies. Van de 23 geïnfecteerde patiënten die een behandeling kregen met mebendazol (tweemaal 100 mg, met een interval van twee weken), genazen er 19, hetgeen suggereert dat *E. vermicularis* de klachten had veroorzaakt.²

Het is niet duidelijk onder welke omstandigheden *E. vermicularis* de darmmucosa kan binnendringen en zo eosinofilie of een bloeding kan veroorzaken. Het lijkt erop dat de parasiet zelf niet actief kan doordringen in het weefsel, maar zijn invasieve slag slaat nadat door een andere oorzaak (zoals een bacterie of een lokale ontsteking) een mucosadefect is opgetreden.^{10,11}

Diagnostiek en behandeling

De aanwezigheid van *E. vermicularis* kan met verscheidene

methoden worden vastgesteld. Het meest toegepast worden inspectie van het perianale gebied en microscopie bij de 'plakbandtest'. Bij laatstgenoemde methode wordt 's ochtends een plakbandje geplakt op de huid rond de anus. Onder het plakband blijven de eitjes kleven, die vervolgens met een lichtmicroscopio gedetecteerd kunnen worden. Vanwege de cyclische verschijning van de vrouwelijke wormen neemt de betrouwbaarheid van de test toe als deze op opeenvolgende dagen wordt uitgevoerd. Bij een eenmalige plakbandtest is 50% van de geïnfecteerde kinderen terecht positief, drie dagen testen levert 90% terecht positieve tests op en vijf dagen 95%.⁶ De toegevoegde waarde van feces- en bloedonderzoek lijkt beperkt. Eosinofilie kan wijzen op een infectie met *E. vermicularis*, maar dat is zeker niet altijd het geval.¹⁴ Soms wordt de parasiet ontdekt bij pathologisch onderzoek van een verwijderde appendix, soms ook bij coloscopie in verband met buikklachten.

De ontdekking van aarsmaden rond de anus leidt begrijpelijkerwijs tot schrik en ongerustheid bij ouder en kind. De behandeling begint dan ook met uitleg en geruststelling. Daarna kan de patiënt behandeld worden met 1 tablet mebendazol 100 mg, te herhalen na 14 dagen.¹⁵ Bij voorkeur nemen ook alle gezinsleden mebendazol in, omdat er asymptomatische dragers in het gezin kunnen zijn. Maatregelen omtrent hygiëne moeten worden benadrukt, zoals handen wassen, nagels knippen, niet duimzuigen en de bedden goed verschoonen. Bij recidiverende klachten is te overwegen de vacht van eventuele huisdieren te wassen.

CONCLUSIE

E. vermicularis komt veel voor in de huisartsenpraktijk, maar de combinatie van rectaal bloedverlies met aarsmaden is zeldzaam. Toch is het aan te raden de diagnose *E. vermicularis* te overwegen als alle andere oorzaken van rectaal bloedverlies (hemorroiden, fissuur, krabben, intra-anale manipulaties, inflammatoire darmziekte) zijn uitgesloten. In dergelijke gevallen verdient het de aanbeveling om de huid rond de anus gericht te onderzoeken op de aanwezigheid van aarsmaden of eieren daarvan. Wanneer na behandeling de klachten verdwijnen is het aannemelijk dat *E. vermicularis* de veroorzaker van de klachten was en hoeft geen verwijzing naar de kinderarts plaats te vinden. *E. vermicularis* is gevoelig voor behandeling met mebendazol en is daarmee een goed behandelbare parasiet. Aarsmaden verspreiden zich gemakkelijk binnen

Abstract

Van Leeuwen CD, Holtman GA, Kranenberg JJ. A girl with abdominal pain and rectal bleeding. *Huisarts Wet* 2015;58(1):42-4.

Enterobius vermicularis, or threadworm, is not often considered in the differential diagnosis of abdominal pain and blood in faeces, but it is advisable not to ignore this diagnosis. While *E. vermicularis* infection is usually not harmful, in rare cases invasion of the intestinal mucosa can lead to more severe inflammatory signs, such as rectal bleeding. It is not clear under which conditions this common intestinal parasite invades the intestinal mucosa, but it seems that it makes its entry through existing injury or lesions. *E. vermicularis* infection can easily be treated, and preferably the entire family should be treated, to prevent re-infection.

een gezin en het is daarom aan te bevelen om alle gezinsleden te behandelen. ■

DANKWOORD

Wij danken Marjolein Berger, hoofd van de afdeling Huisarts-geneeskunde in het UMCG, voor haar commentaar op het concept van dit artikel.

LITERATUUR

- 1 Rayhorn N, Thrall C, Silber G. A review of the causes of lower gastrointestinal tract bleeding in children. *Gastroenterol Nurs* 2001;24:77-82; quiz 82-3.
- 2 Jardine M, Kokai GK, Dalzell AM. Enterobius vermicularis and colitis in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006;43:610-12.
- 3 Mayers CP, Purvis RJ. Manifestations of pinworms. *Can Med Assoc J* 1970;103:489-93.
- 4 NIVEL. Wie heeft welke gezondheidsproblemen? Incidenties en prevalenties [internet]. Utrecht: NIVEL, 2013-2014. <http://www.nivel.nl/NZR/wie-heeft-welke-gezondheidsproblemen, geraadpleegd januari 2014>.
- 5 Petro M, Iavv K, Minocha A. Unusual endoscopic and microscopic view of Enterobius vermicularis: a case report with a review of the literature. *South Med J* 2005;98:927-9.
- 6 Caldwell JP. Pinworms (enterobius vermicularis). *Can Fam Physician* 1982;28:306-9.
- 7 Shoup B. Diagnosis and management of pinworm infection. *Prim Care Update for OB/GYNs* 2001;8:240-3.
- 8 Arca MJ, Gates RL, Groner JL, Hammond S, Caniano DA. Clinical manifestations of appendiceal pinworms in children: an institutional experience and a review of the literature. *Pediatr Surg Int* 2004;20:372-5.
- 9 Yilmaz M, Akbulut S, Kutluturk K, Sahin N, Arabaci E, Ara C, et al. Unusual histopathological findings in appendectomy specimens from patients with suspected acute appendicitis. *World J Gastroenterol* 2013;19:4015-22.
- 10 De Jong MD, Baan J, Lommerse E, Van Gool T. Hevige diarree en eosinofiele colitis toegeschreven aan aarsmaden (Enterobius vermicularis). *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:813-5.
- 11 Johansson J, Ignatova S, Ekstedt M. Pinworm infestation mimicking crohns' disease. *Case Rep Gastrointest Med* 2013;2013:706197.
- 12 Smolyakov R, Talalay B, Yanai-Inbar I, Pak I, Alkan M. Enterobius vermicularis infection of female genital tract: a report of three cases and review of literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;107:220-2.
- 13 Kashyap B, Samantray JC, Kumar S, Jhamb R, Singh AK, Kaur IR. Recurrent paediatric pinworm infection of the vagina as a potential reservoir for Enterobius vermicularis. *J Helminthol* 2014;88:381-3.
- 14 Cook GC. Enterobius vermicularis infection. *Gut* 1994;35:1159-62.
- 15 Kucik CJ, Martin GL, Sortor BV. Common intestinal parasites. *Am Fam Physician* 2004;69:1161-8.



Nico van Duijn

Snel klaarkomen en Candy Crush

Mannen disfunctioneren in bed in grote aantallen. Erectie is een probleem bij 5 tot 15% van de mannen. Te vroeg klaarkomen gebeurt bij 20 tot 30% van de mannen. Wat mannen een normale klaarkomtijd vinden blijkt gemiddeld op 10 minuten neer te komen, 2 tot 3 minuten vinden zij te vroeg. Gemiddeld betekent hier dat de helft nog sneller

klaarkomt. Er zijn er dus die de minuut niet halen. Dan lijkt vrijen op zo'n Candy Crush-spelletje met die vreselijke bommetjes: plof, game over na 6 moves. Tel die cijfers op en bijna de helft van de partners – en de mannen zelf – zal niet aan zijn of haar trekken komen. Er zijn overeenkomsten tussen te vroeg klaarkomen en erectiestoornissen.

Ook bij te vroeg klaarkomen gaat het normaal gesproken over mentale kwesties, maar het ziet er naar uit dat er ook een groep mannen is die om technische

redenen te vroeg klaarkomt, zonder psychische factoren. Het is iets met serotonine. Een antidepressivum, een SSRI, kan dus helpen. Er is zelfs een snelwerkend serotonine-stimulator uitgeknobbeld voor die groep. Het schijnt dat een klaarkomtijd van gemiddeld 20 seconden toe kan nemen naar gemiddeld twee minuten. Langzamerhand is er voor elk probleem een pil, zo lijkt het wel. Wat blijft is wanneer en bij wie. Dat is het trieste lot van de geneeskunde. Behandelingen zijn er genoeg, met diagnostiek blijft het tobben. ■

Allergische reactie na permanente tatoeage

Casus

Een 23-jarige vrouw bezoekt de huisarts in verband met sinds vijf maanden bestaande roodheid en jeuk van de rechtersoet. De klachten zijn ontstaan enkele dagen nadat ze op haar voet een permanente tatoeage heeft laten zetten. De exacte bestanddelen van de gebruikte tatoeage-inkt zijn onbekend. Met de verdenking op een allergische reactie verwijst de huisarts haar naar de polikliniek Dermatologie voor verdere diagnostiek en behandeling. Behoudens allergische rhinitis is haar voorgeschiedenis blanco. Bij lichamelijk onderzoek is ter plaatse van de tatoeage een erythematosquameuze plaque zichtbaar op de plek waar de rode kleurstof is aangebracht [foto 1]. Vanuit het klinisch beeld concluderen we dat hier sprake is van een contactallergische reactie op het mengsel van de rode kleurstof. De patiënte werd twee maanden behandeld met 2 dd betamethasondipropionaat salicylzuur zalf. Geleidelijk trad verbetering op [foto 2].

BESCHOUWING

Van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder heeft circa 8% een tatoeage.¹ Bij tatoeëring wordt exogeen pigment met naalden in de dermis gebracht. Tatoeage-inkten zijn mengsels van kleine deeltjes organische of synthetische kleurstof, metaalzouten en uiteenlopende toevoegingen. De metaalcomponenten variëren per kleur, onder andere: rood (kwiksulfide), groen (chromoxide), blauw (kobaltaluminaat) of geel (cadmiumsulfide). Tegenwoordig zijn veel van deze kleurstoffen vervangen door hypoallergene organische kleurstoffen en is deze indeling achterhaald. Bovendien moeten tatoeëerders voldoen aan de richtlijnen van het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid en is in het Warenwetbesluit Tatoeagekleurstoffen vastgelegd dat tattooshops alleen bepaalde kleurpigmenten mogen gebruiken. Doorgaans is echter bij de tattoo-arts of de patiënt niet bekend wat de exacte bestanddelen zijn van de gebruikte inkt.²

De incidentie van tattoo-geïnduceerde complicaties wordt geschat op 2%.³ Deze complicaties kunnen infectieus, inflammatoir of allergisch zijn. Histologisch kunnen deze verder worden geclassificeerd in eczemaatous, lichenoid, granulomaatous of pseudolymfomateus.

Allergische reacties op kleurstoffen in tatoeages komen frequent voor. Deze worden veroorzaakt door een type IV overgevoelighedsreactie voor het ingebrachte allergeen: het pigment in de inkt. Na sensibilisatie kunnen na enkele dagen erytheem, jeuk, zwelling, vesiculae en soms bullae ontstaan. Klachten kunnen zich echter ook na jaren ontwikkelen. In de chronische fase is vaak sprake van erythematosquameuze plaques. Doorgaans is de huiduitslag scherp begrensd in de vorm van de tatoeage, echter ook uitslag rondom of op afstand van de tatoeage is mogelijk.

Het meest frequent zijn reacties op de rode kleurstof, vroeger voornamelijk veroorzaakt door cinnaber (kwiksulfaat). Voor de rode kleurstof bestaat nog geen hypoallergene inkt. Huidre-

acties zijn ook bekend bij andere kleurstoffen. Ook bij de tijdelijke tatoeages met zwarte henna (p-fenyleendiamine) kunnen (ernstige) allergische reacties optreden. Gezien het talloze aantal variaties en substanties in de inkt is het lastig het allergeen te achterhalen. Ook is verificatie van allergene sensibilisatie op kleurstoffen met plakproeven lastig door de slechte penetratie van de pigmenten door de intacte huid. Intracutane tests zijn vaak ongewenst, omdat zij blijvende allergische reacties kunnen opwekken.⁴ Mede hierdoor en door het duidelijke klinisch beeld besloten we geen aanvullend onderzoek te verrichten bij de patiënte.

De huisarts kan de behandeling starten met topicale of intralesionale corticosteroiden om de allergische reactie te onderdrukken. De werking hiervan is echter vaak van tijdelijke aard; door de continue blootstelling aan het contactallergeen kan een versterking van de huidreactie optreden. In deze gevallen wordt geadviseerd te verwijzen naar een dermatoloog voor andere behandelopties zoals chirurgische excisie, UVB-lichttherapie of lasertherapie. Over de werkzaamheid van lasertherapie bij tatoeage-geïnduceerde complicaties is nog weinig bekend.

De laatste jaren zijn Q-switched lasers het meest gebruikt om tatoeages te verwijderen. Lasertherapie is over het algemeen veilig, maar na de behandeling kan littekenvorming en hypo- of hyperpigmentatie van de huid optreden. Bovendien is laserbehandeling kostbaar doordat er langdurig meerdere behandelingen nodig zijn, zonder garantie van complete verwijdering. Ook zijn in de literatuur enkele patiënten beschreven met een allergische reactie geïnduceerd door laserbehandeling.

Overigens worden de beste resultaten van laserbehandeling gezien bij zwarte tatoeages. Bij rode of anders gekleurde tatoeages zijn de resultaten minder.⁵ Voor tatoeages geldt dus nog steeds: bezint eer ge begint. ■

LITERATUUR

1. Schoots W. Tatoeages en piercings, een analyse van OBiN-gegevens. Amsterdam: Veiligheid NL, 2013.
2. Vassold R, Engel E, König B, Landthaler M, Bäumier W. Health risks of tattoo colors. *Anal Bioanal Chem* 2008;391:9-13.
3. Kazandjieva J, Tsankov N. Tattoos: dermatological complications. *Clin Dermatol* 2007;25:375-82.
4. Steinbrecher I, Hemmer W, Jarisch R. Adverse reaction to the azo dye Pigment Red 170 in a tattoo. *J Dtsch Dermatol Ges* 2004;2:1007-8.
5. Kuperman-Beadle M, Levine VJ, Ashinoff R. Laser removal of tattoos. *Am J Clin Dermatol* 2001;2:21-5.

Rijnland Ziekenhuis, afdeling Dermatologie, Simon Smitweg 1, 2353 GA Leiderdorp; S.A.S. van der Bent, semi-arts; dr. I.J. Schornagel, dermatoloog • Correspondentie: s.v.d.bent@rijnland.nl

'Het is de moeite waard om bij migraine profylaxe te proberen'

Dit voorjaar promoveerde Antonette Smelt op haar proefschrift *Treatment of migraine - from clinical trial to general practice*. In een interview vertelt zij over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Mooie verdiepingsslag

'Ik had altijd al de wens om te promoveren, want ik wilde graag mijn werk als arts combineren met iets daarnaast', antwoordt Smelt op de vraag naar de aanleiding van haar onderzoek. 'Ik had de knoop om huisarts te worden nog niet doorgehakt, dus mijn promotieonderzoek kwam eerst; toen ik daar een halfjaar mee bezig was heb ik gesolliciteerd bij de huisartsopleiding.'

En waarom vond Smelt het doen van onderzoek zo aantrekkelijk? 'Je doet daarbij veel vaardigheden op en ook vind ik zo'n verdiepingsslag mooi. Bovendien, toen dit onderwerp langskwam in het LUMC sprak me dat aan,

mede omdat ik tijdens de geneeskundeopleiding samen met studiegenoten een klein onderzoek had gedaan naar migraine.'

Profylaxe en triptanen

Smelt onderzocht of een proactieve aanpak van de huisarts leidt tot een betere behandeling: afname van de hoofdpijnklachten en vermindering van het medicijngebruik. 'We hebben daartoe een trial gehouden onder patiënten die twee of meer triptanen per maand voorgescreven kregen. De deelnemende huisartsen werden verdeeld over een interventiegroep en een controlegroep. De huisartsen uit de interventiegroep kregen een training van twee avonden over de diagnostiek; het gebruik van aanvalsmedicatie (omdat patiënten die niet altijd goed gebruiken); het gebruik van preventieve medicatie; en medicatieafhankelijke hoofdpijn (omdat die vaak voorkomt bij triptaangebruik). Verder volgens nodigden de huisartsen uit de interventiegroep hun patiënten uit op het spreekuur om de diagnose te bevestigen en te bespreken of de aanvalsmedicatie goed werd gebruikt. Het was de bedoeling dat de huisarts de mogelijkheid van profylaxe zou bespreken met patiënten die twee of meer migraineaanvallen per maand hadden. Als zij al profylaxe gebruikten maar desondanks nog steeds twee of meer aanvallen per maand hadden, werd aanpassing van de dosering of een ander preventief medicijn overwogen.'

Niet klinisch relevant

De primaire uitkomstmaat was verbetering van de klachten na zes maanden, maar Smelt bleef de patiënten een jaar volgen. 'Helaas zagen we geen klinisch relevant verschil tussen beide groepen. De interventie had iets meer effect bij mensen die nog geen profylaxe gebruikten en bij mensen die meer dan twee aanvallen per maand hadden. Het grootst was het effect bij patiënten die én meer dan twee aanvallen per maand hadden én nog geen profylaxe gebruikten, maar ook bij hen was het verschil niet klinisch relevant.'

Kan Smelt verklaren waarom de

interventie zo weinig effect had? 'We veronderstelden vooraf dat er sprake was van onderbehandeling. Ook gingen we ervan uit dat de patiënten wel profylaxe wilden gebruiken, want ander onderzoek in de regio Leiden/Den Haag had aangetoond dat 55% van de patiënten daartoe bereid was. Maar bij ons bleek dat niet het geval; tijdens het onderzoek startte slechts 28% van de patiënten uit de interventiegroep die nog geen profylaxe gebruikten hiermee. Bovendien startten huisartsen niet altijd met profylaxe als dat wel door de standaard wordt geadviseerd.'

Bij een groep migrainepatiënten uit de LINH-database bekeek Smelt of het gebruik van triptanen afnam als profylaxe werd voorgeschreven. Smelt: 'Ook dat effect was gering. Bij sommige patiënten heeft profylaxe een groot effect, bij andere doet het helemaal niets. Je zou dus graag patiëntkenmerken kunnen aanwijzen die de effectiviteit van profylaxe voorspellen, maar helaas zijn die nog niet bekend.'

Blij met bètablokkers

Is in het onderzoek wellicht ook bekeken waarom sommige huisartsen niet wilden starten met preventieve medicatie? Smelt: 'Enkele huisartsen begonnen er niet eens over met de patiënt en gaven als belangrijkste reden aan dat ze weinig vertrouwen hadden in de profylaxe. Vaak leek de huisarts dat overigens wel bewust te overwegen: profylaxe gaat bij deze patiënt niet tot verbetering leiden.'

En hoe zit dat met de onwil van patiënten om profylaxe te gebruiken? 'Die gaven meerdere redenen aan, bijvoorbeeld de angst voor bijwerkingen, een drempel om elke dag medicijnen te moeten slikken, of ze vonden dat de klachten te verdragen waren met wat ze al aan behandeling deden.'

Het gebrek aan vertrouwen in profylaxe bij huisartsen is misschien wel begrijpelijk; de werking ervan is immers niet zo best? Smelt: 'Veel mensen hebben wel degelijk heel veel baat bij hun preventieve medicatie en die zijn dolblij met hun bètablokkers! Vooralsnog blijft het dus toch de moeite waard om profylaxe te proberen, want



de helft van de mensen krijgt de helft minder aanvallen. Ik vind het dus niet terecht als huisartsen zeggen dat ze het niet eens willen proberen.'

Vinger aan de pols

'Wat we door dit onderzoek weten is dat het niet effectief is om alle patiënten die twee of meer migraineaanvallen per maand hebben uit te nodigen op het spreekuur,' vervolgt Smelt. 'Wel is het zinvol om bij die patiënten een goed gesprek aan te gaan, profylaxe aan te bieden en wat beter de vinger aan de pols te houden. Migraine is een chronische aandoening en patiënten verdienen het dat je hen blijft monitoren. Voordat je hen uit verdere controle ontslaat is het goed om duidelijk uit te leggen wat de behandelingsmogelijkheden zijn als de aanvallen toenemen.'

Is dat ook hoe Smelt zelf te werk gaat in haar spreekkamer? 'Ja, ik probeer inderdaad op die manier te werken en ook laat ik de medicatie niet klakkeloos herhalen. Als mensen steeds meer triptanen gaan gebruiken werkt dat medicatieafhankelijke hoofdpijn in de hand. Daar moeten we meer alert op zijn en eerder actie op ondernemen. Ik zie dat nog niet alle praktijken daar goed op letten.'

Wensen van de patiënt

Onderzoek naar de effectiviteit van aanvalsmedicatie heeft meestal als uitkomstmaat: na twee uur verdwijnen van de hoofdpijn, misselijkheid en overgevoeligheid voor licht en geluid. Maar is dat ook het effect waar de patiënt op zit te wachten? Smelt onderzocht het en komt tot een andere conclusie: 'Patiënten vinden andere dingen belangrijk, die willen sneller van de pijn af en binnen een uur weer kunnen functioneren. Ze willen dat medicatie de aanval afbreekt en voorkomt dat de pijn nog erger wordt. En ze willen dat de aanval niet terugkomt, want veel bestaande medicatie werkt wel even, maar dan komt de hoofdpijn later alsnog terug. Er komen nu regelmatig nieuwe medicijnen op de markt die hetzelfde doen als oudere middelen; ik pleit ervoor dat onderzoek naar nieuwe medicatie zich gaat rich-

ten op wat de patiënten zelf graag willen.'

Afkapmaten van de HIT

Bij het volgen van de patiënten tijdens het onderzoek heeft Smelt gebruikgemaakt van de vragen uit de *Headache Impact Test*: de HIT-6. 'Je moet dan weten bij welke wijziging in de score op een vragenlijst er daadwerkelijk een klinisch relevante verandering bij de patiënt heeft plaatsgevonden. Daarom hebben we geprobeerd afkapmaten vast te stellen voor de HIT-6, want deze lijst wordt regelmatig in onderzoek gebruikt om verandering van hoofdpijnlachten te meten.'

Gebruikelijke zorg?

Wat betreft de methodiek bij onderzoek heeft Smelt een interessant zijstapje gemaakt door vraagtekens te zetten bij de 'gebruikelijke zorg' die doorgaans wordt verleend in controlegroepen van RCT's. 'Als je onderzoek doet in de huisartsenpraktijk, wil je meestal kijken of je de bestaande zorg kunt verbeteren. Dan is het dus belangrijk dat de *usual care*-groep niet iets in z'n zorg verandert tijdens het onderzoek, want dan kun je het effect van je interventie niet goed meten. Dat betekent dat je zo min mogelijk informatie moet verstrekken aan de huisartsen en patiënten in die groep, zodat daar geen onbedoelde gedragsverandering gaat plaatsvinden. Maar dat is erg lastig, want je moet de deelnemende huisartsen wel vertellen dat er onderzoek gaande is naar dit onderwerp. Misschien kijken die dan toch nog weer even naar de standaard of op internet. Ook kom je er niet onderuit dat de patiënten een vragenlijst moeten invullen; dat heeft dan weer effect op hun gedrag. Ik denk dat wij er wel het maximale uit hebben kunnen halen; we hebben tegen patiënten alleen gezegd dat ze in het kader van een onderzoek over migraine mogelijk een uitnodiging konden verwachten. En huisartsen kregen niet meer te horen dan dat er onderzoek over migraine gaande was. Maar je kunt 'gebruikelijke zorg' dus niet volkomen garanderen, al zagen wij in ons onderzoek niet dat er in de controlegroep opeens

meer triptanen en profylactica werden voorgeschreven en ook kwamen patiënten niet vaker op het spreekuur. In andere onderzoeken is de informatieverstrekking aan controlegroepen niet altijd duidelijk omschreven, met als gevolg dat je een vertekening van de gebruikelijke zorg niet goed kunt inschatten.'

Medicatie én gedrag

Is er rond het onderwerp migraine nog vervolgonderzoek nodig en, zo ja, waarop zou dit zich dan moeten richten? Smelt: 'Zelf zou ik het interessant vinden om niet alleen te kijken naar medicatie maar ook naar gedragsmatige interventies. Kun je bijvoorbeeld meer bereiken met een samenwerking tussen huisarts, neuroloog, psycholoog en fysiotherapeut? Nu schrijft de huisarts medicatie voor en pas als hierbij alle mogelijkheden uitgeput zijn wordt gekeken naar gedragsaspecten. Onderzoek toont echter aan dat een combinatie van behandelingen meer effect heeft op de klachten dan alleen een medicamenteuze of gedragsmatige aanpak.'

Na de promotie

Hoe gaat de toekomst eruitzien nu Smelt de promotie achter de rug heeft? 'Ik ga tweeënhalve dag per week aan de slag als huisarts en blijf als docent verbonden aan de huisartsopleiding in Leiden. Daar ben ik betrokken bij *evidence based medicine* in de opleiding en ik begeleid derdejaars aiossen bij het schrijven van een *critically appraised topic*. Ook doe ik de *journal club*: met geïnteresseerde aiossen lezen we eens per maand een wetenschappelijk artikel; we bespreken dan de onderzoeksmethodologie en toepassingsmogelijkheden in de praktijk. Verder blijf ik betrokken bij de Werkgroep Kennis van de Huisartsopleiding. En vorig jaar was ik lid van de werkgroep die de NHG-Standaard Slaapproblemen heeft herzien; het zou leuk zijn om weer eens zoiets te doen. Want dat vind ik altijd het leukst: hoe een vraag uit de praktijk leidt tot onderzoek dat weer antwoorden geeft die bruikbaar zijn in de praktijk, liefst met een concreet advies.' ■

Ans Stalenhoef



SOLK

‘En dat noemen we Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten, SOLK dus.’

Met twee reebruine ogen kijkt mevrouw Jansen me aan. De uitgroei van haar geblondeerde haar kleurt mooi bij de tijgerprint van haar badjas. Ik vraag me af of ze iets van mijn woorden begrepen heeft. De uitdrukking op haar gezicht doet me denken aan een nummer van Doe Maar. ‘Is dit alles?’

‘Wat vindt u hiervan?’ vraag ik.

‘Ja dokter, dat was een mooi verhaal,’ antwoordt ze met een plat Amsterdams accent. ‘Maar wanneer kan ik nu naar de specialist?’

Al weken ben ik met mevrouw Jansen bezig. Ze heeft sinds jaren in wisselende mate last van buikpijn, obstipatie of diarree. Hiervoor is ze al bij de MDL-arts geweest. Deze constateerde een spastische darm. Naast de buikklachten heeft ze ook last van hoofdpijn en vermoeidheid. De klachten spelen nu dusdanig op dat ze nauwelijks meer buiten komt. Sporadisch gaat ze nog eens naar de supermarkt. In de Canta van de buurvrouw. De buikpijn maakt haar wanhopig en de afgelopen tijd belde ze wekelijks huilend naar de praktijk. Bij iedere visite verbaas ik me over het enthousiasme waarmee ze de deur

voor me opendoet. Ze loopt vitaal naar de slaapkamer om vervolgens kermend op bed neer te storten.

Mevrouw Jansen houdt me bezig. Ik heb met haar te doen, maar tegelijkertijd irriteert haar theatrale gedrag me. Ik krijg het gevoel dat ze me wil overtuigen van hoe ernstig haar klachten zijn. Dat hoeft niet, ik vind de situatie ook ernstig. Alleen niet vanwege de buikpijn. Daarnaast baal ik ook van mezelf. Ik heb me laten verleiden tot het doen van aanvullend onderzoek waar ik dat bij andere patiënten waarschijnlijk achterwege had gelaten. In het kader van het tweesporenbeleid. Gelukkig is er niets uitgekomen, want ik vreesde dat ze een niet-pathogene parasiet bij zich zou dragen of iets dergelijks. Maar ook de aanvullende onderzoeken hebben ons niet verder gebracht. Uiteindelijk wilde ik een gesprek met haar aangaan over SOLK. Het tweede spoor. Ik had niet de illusie dat ik een ingang bij haar zou krijgen, maar ik wilde het op zijn minst geprobeerd hebben. Tijdens het gesprek over SOLK merkte ik dat mijn verhaal totaal niet overkwam. Wellicht doordat ik er zelf ook niet zo in geloofde. Vanaf de eerste visite voelde ik dat mevrouw Jansen alles uit de kast zou trekken om die doorverwijzing naar de specialist te krijgen. De zoveelste.

Iedere praktijk heeft enkele mevrouw Jansens. Patiënten die bij alle eerste- en tweedelijns hulpverleners uit de regio bekend zijn. In opleidingspraktijken bij ieder jaar een nieuwe aios zich in hen vast. Vaak hebben ze een scala aan symptoomdiagnoses zoals fibromyalgie, chronische vermoeidheidssyndroom of spastische darm. Van iedere specialist een eigen syndroom.

Volgens de NHG-Standaard SOLK vallen al deze syndromen onder de Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten. De definitie van SOLK is ‘lichamelijke klachten die langer dan enkele weken duren en waarbij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening heeft gevonden die de klachten voldoende verklaart.’¹

Veertig procent van de huisartsen-

consulten gaat over een klacht waar geen medische verklaring voor wordt gevonden. Gelukkig is dit niet allemaal SOLK. Langdurige SOLK heeft een prevalentie van 2,5%. De standaard beschrijft dat de arts-patiëntrelatie regelmatig onder druk staat in consulten met patiënten met SOLK. De patiënt voelt zich vaak niet serieus genomen, niet begrepen en blijft ongerust, terwijl de dokter machteloosheid en irritatie voelt opkomen en niet in staat is om met de patiënt tot een gezamenlijk begrip van de klachten en problemen te komen.¹ Het troost me dat ik niet de enige ben die hiermee worstelt.

Daarnaast blijkt SOLK vaker voor te komen bij vluchtelingen. Ik vind dat een ongelukkig gegeven. De aanpak van SOLK vergt veel van je communicatieve vaardigheden. Een taalbarrière maakt dit helemaal ingewikkeld. SOLK met tolk. Ga er maar aan staan.

Mevrouw Jansen heeft binnenkort een nieuwe afspraak bij de MDL-arts. Het leek me de enige optie om de arts-patiëntrelatie nog goed te houden. Om mijn eigen geweten te sussen eindigde ik de verwijsbrief met de zin: ‘Indien er geen afwijkingen op uw vakgebied worden gevonden, patiënt graag laagdrempelig terugverwijzen naar de huisarts.’ Misschien dat er na dit bezoek toch een opening is voor een volgend gesprek over SOLK. En anders komt er begin maart weer een nieuwe aios. ■

Siri Visser

Siri Visser is waarnemend huisarts.

LITERATUUR

- 1 NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, et al. NHG-Standaard Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). www.nhg.org.





KENNISTOETS: VRAGEN

De 62-jarige heer Boogers komt bij de huisarts omdat hij een zwaar gevoel heeft in zijn benen als hij lang loopt. (1) De klachten verdwijnen niet als hij stilstaat. (2) Voorover buigen geeft verlichting van de klachten. Ook (3) fietsen vermindert de klachten. De huisarts overweegt een vasculaire claudicatio intermittens en een neurogene claudicatio intermittens.

1. Voor een vasculaire oorzaak van de klachten pleit het symptoom na (1).
2. Voor een neurogene oorzaak van de klachten pleit het symptoom na (2).
3. Voor een vasculaire oorzaak van de klachten pleit het symptoom na (3).

De huisartsopleider wordt gebeld door de longarts van het ziekenhuis. Bij de 36-jarige heer Ozkan, die vanmorgen op het spreekuur was, is een open tuberculose vastgesteld. De aios heeft die ochtend een langdurig gesprek gevoerd met de heer Ozkan. De aios vertelt de huisartsopleider dat zij vier jaar geleden een BCG-vaccinatie heeft gekregen. Volgens de huisartsopleider hoeft de aios zich dan geen zorgen te maken omdat (1) de BCG een 100% beschermingsgraad heeft.

4. De bewering van de huisartsopleider na (1) is correct.

De huisarts realiseert zich dat zijn doktersassistente niet ge-vaccineerd is tegen tuberculose en ook contact heeft gehad met de heer Ozkan. De huisarts adviseert haar om morgen een Mantouxtest te laten doen.

5. Dit advies is correct.

De heer Zwinkels is 52 jaar en komt op het spreekuur in verband met pijn in de onderrug. Bij binnenkomst valt op dat hij scheef naar links staat. De heer Zwinkels heeft vaker episodes met aspecifieke lage rugpijn; ongeveer eenmaal per twee jaar. Nu lijkt de pijn erger en anders dan voorheen. De pijn straalt uit naar beide bovenbenen. Bij hoesten neemt de pijn in de rug toe. Bij inspectie van de rug valt op dat de wervelkolom fors gedeveerd staat naar links, verder onderzoek is door de pijn nauwelijks mogelijk. De huisarts twijfelt tussen een lumbosacraal radiculair syndroom en aspecifieke lage rugpijn. Het volgende symptoom differentieert / de volgende symptomen differentiëren tussen beide aandoeningen:

6. - verergering van de pijn in de rug bij hoesten;
7. - uitstralende pijn naar beide bovenbenen.

De huisarts schrijft naast pijnmedicatie een (1) benzodiazepine ter spierverslapping voor.

8. Het beleid bij (1) is correct.

De heer Anker, 35 jaar, vertegenwoordiger van beroep, heeft sinds enkele jaren obstipatie. Hij wijt dit zelf aan zijn leefstijl: veel in de auto zitten en een onregelmatig voedingspatroon. Hij gebruikt sinds kort probiotica in de vorm van yoghurt en vraagt zijn huisarts of dit kwaad kan. De huisarts vertelt hem onder meer dat het gebruik van probiotica (1) voor gezonde mensen onschadelijk is en (2) de stoelgang bevordert.

9. De bewering na (1) is correct.
10. De bewering na (2) is correct.

De antwoorden staan op pagina 56.

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

Jeuk

WAT IS HET PROBLEEM?

Jeuk (pruritus) is een sensatie van de huid die dwingt tot krabben of wrijven. Het is een veelvoorkomende klacht op het spreekuur, met name bij ouderen. Langdurig of ernstige jeuk hebben zijn redenen om naar de dokter te gaan. Jeukklachten hebben vaak een mild beloop, maar kunnen ook als invaliderend en onbeheersbaar worden ervaren. Meestal wordt jeuk veroorzaakt door een lokale of gegeneraliseerde huidaandoening, maar soms wordt jeuk uitgelokt door een onderliggende systemische ziekte. Differentiëren tussen jeukende huidziekten en jeuk zonder huidafwijkingen kan lastig zijn, maar is bepalend voor het beleid.

WAT MOET IK WETEN?

De incidentie van jeuk in de Nederlandse huisartsenpraktijk bedraagt 27 per 1000 patiënten per jaar. Jeuk kan worden veroorzaakt door lichte mechanische prikkeling of door het vrijkomen van biochemische stoffen als histamine. Psychologische factoren als stress, angst en spanning kunnen de jeuk-sensatie negatief beïnvloeden.

Jeuk is een van de meestvoorkomende symptomen bij huidziekten, met name bij eczematuze aandoeningen, xerosis cutis, urticaria en dermatomycosen. Daarnaast kunnen jeukklachten optreden na insectenbeten, waarbij voornamelijk lokaal vrijkomende cytokines de jeuk genereren.

Onderliggende systemische aandoeningen en jeuk als bijwerking van geneesmiddelen veroorzaken minder jeukklachten. Denk hieraan bij gegeneraliseerde jeuk zonder huidafwijkingen. Om onderliggende aandoeningen te exploreren kan het woord HUIDPASTA worden gebruikt [tabel].

Jeuk tijdens de zwangerschap komt voor bij circa 50% van de vrouwen in het derde semester en berust meestal op cho-

lestase. Daarnaast kunnen tijdens de zwangerschap typische huidaandoeningen voorkomen die jeukklachten geven, zoals atopisch eczeem, PUPPP (Pruritic Urticarial Papules and Plaques of Pregnancy) en herpes gestationis.

Bij jeukende huidziekten kan worden volstaan met non-invasieve causale behandeling in de eerste lijn. Jeuk, als symptoom bij een huidaandoening, zal verdwijnen bij een adequate behandeling van de dermatose. De huisarts kan starten met symptomatische behandeling met bijvoorbeeld mentholpoeder of koelzalf. Soms kunnen orale antihistaminica of lokale anti-inflammatoire middelen (corticosteroidencrèmes) uitkomst bieden. Bij ernstige urticariële jeuk kan de huisarts kortdurend prednisolon oraal overwegen. Bij een onderliggende systemische aandoening dient deze primair behandeld te worden. Staken van medicatie die jeukklachten geeft heeft de voorkeur boven symptoombestrijding. In het geval van therapieresistente jeuk of vermoeden van onderliggend lijden kan verwijzing naar de tweede lijn geïndiceerd zijn (dermatoloog/internist).

WAT MOET IK DOEN?

Ga na of dit de eerste episode van deze klacht is en hoe lang de klachten bestaan. Bepaal of de jeuk op een lokaliseerbare plaats aanwezig is of gegeneraliseerd voorkomt. Beoordeel of de klachten zijn ontstaan na inname van bepaald voedsel of medicijnen. Ga na of sprake is van malaise, moeheid, afvallen, koorts en nachtzweeten. Ga na of er instandhoudende psychogene factoren aanwezig zijn. Bekijk bij lichamelijk onderzoek de huid en beoordeel evidente huidafwijkingen, krabeffecten, de vochtigheidsgraad en eventuele icterische of anemische indrukken. Bij een lokale huidafwijking kan een huidbiopt worden genomen ter differentiatie. Onderzoek op indicatie pulsaties, lymfeklieren en palpeer de lever en milt. Aanvullend laboratoriumonderzoek heeft slechts beperkte waarde en is alleen geïndiceerd bij vermoeden van onderliggend lijden [tabel]. Vertel de patiënt terug te komen bij persisterende jeukklachten.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Geef uitleg over de gevonden aanwijzingen voor de etiologie van de jeuk. In het geval van huidafwijkingen is het raadzaam om de aard en prognose te benoemen en de behandeling die hiervoor geschikt is. Geef aanvullend uitleg over huidverzorging en eventuele preventieve behandeling in de vorm van indifferente crèmes of zalven. De patiënt dient krabben te beperken en de nagels kort en glad te houden. Vertel de patiënt terug te komen bij persisterende jeukklachten. Leg bij (het vermoeden van) onderliggend lijden uit welke overwegingen hierbij meespelen. Bespreek redenen voor verwijzing. ■

LITERATUUR

- 1 Pingen FG. Jeuk. Huisarts Wet 2004;47:239-42.
- 2 Pingen FG, Mekkes JR. Jeuk. Diagnostiek van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Tabel HUIDPASTA

Aandoening	Lichamelijk onderzoek	Aanvullend onderzoek
H Hodgkin en andere maligniteiten	Lymfomen	Bloedbeeld, X-thorax
U Uremie, nierfunctiestoornis		Nierfunctie, ureum
I Icterus, leveraandoeningen	Hepatosplenomegalie	ALAT, ASAT, g-GT, alkalisch fosfatase
D Diabetes mellitus en andere stofwisselingsstoornissen		(Nuchter) glucose, TSH, urinezuur
P Psychogeen		
A Anemie	Kleur huid, conjunctiva	Hb, celindices, op indicatie: vitamine B12, foliumzuur, ferritine
S Senililas	Xerosis	
T Toxicodermie, reactie op geneesmiddelen	Urticaria	
A Ankylostomiasis en andere worminfecties		Fecesonderzoek

Maastricht University, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; P.J. Beckers, huisarts-in-opleiding; P. Weijers, huisarts-in-opleiding • Correspondentie: phw.beckers@student.maastrichtuniversity.nl

De slecht etende peuter/kleuter

WAT IS HET PROBLEEM?

Slecht eten bij peuters en kleuters komt veel voor. Het merendeel van de ouders zoekt hierover informatie bij het consultatiebureau, het eigen netwerk of internet. Slechts een fractie van de vragen over slecht eten komt in de spreekkamer van de huisarts terecht. In dat geval zijn ouders veelal bezorgd over de groei en de gezondheid van hun kind.

WAT MOET IK WETEN?

Exacte cijfers over de prevalentie van slecht etende peuters in Nederland ontbreken. Amerikaans onderzoek laat zien dat 25 tot 40% van de ouders vindt dat hun kind slecht eet. De oorzaak is meestal multifactorieel waarbij zowel pedagogische, psychologische als gedragsmatige factoren een rol spelen. In vrijwel alle gevallen is het probleem van voorbijgaande aard.

Een peuter heeft minder behoefte aan voeding doordat de groeisnelheid van het lichaam aan het einde van het tweede levensjaar afneemt. Waar een baby gedurende het eerste levensjaar ongeveer 6 kilogram in gewicht toeneemt, daalt deze toename daarna tot ongeveer 2 kilogram per jaar. Dit gaat gepaard met een afname van de behoefte aan voedingsstoffen en het hongergevoel. Slecht eten bij peuters is ook bijna altijd een uiting van de ontwikkeling van hun autonomie. Ouderfactoren kunnen een rol spelen bij het in stand houden van het probleem. Spanning van ouders aan tafel en motiverende pogingen om het kind aan het eten te krijgen werken vaak juist averechts. Er zijn ook een aantal (zeldzame) somatische oorzaken die voor eetproblemen kunnen zorgen, zoals structurele afwijkingen van de nasofarynx, larynx, trachea of oesophagus en neurologische ontwikkelingsstoornissen. Deze kinderen hebben meestal meer problemen naast slecht eten.

WAT MOET IK DOEN?

Breng het 'eetprobleem' in kaart. Bespreek het huidige eetpatroon, het verloop van de maaltijd en de genomen maatregelen. Vraag specifiek naar wat en hoeveel het kind eet gedurende de dag, lengte van de maaltijden en geassocieerde routines, welke voedselaversionen er zijn en hoe de ouders omgaan met conflictsituaties tijdens het eten. Vraag naar eetgedrag sinds de geboorte. Laat eventueel een voedseldagboekje bijhouden bij twijfel over de kwaliteit en kwantiteit van het eten. Vraag naar problemen met kauwen of slikken; gastro-intestinale klachten; KNO- of luchtwegklachten zoals keelpijn, open-mondgedrag, of een stridor tijdens het eten; eerdere ziektes zoals een pneumonie en ziekenhuisopnames of sondevoeding. Vraag ook naar het voorkomen van eetproblemen bij ouders op jonge leeftijd. Ga na of er stressfactoren binnen het gezin of leefomgeving spelen en of er andere emotionele problemen zijn bij het kind.

Meet lengte en gewicht van het kind en vergelijk deze met de groeicurve van het consultatiebureau, let hierbij op een

eventuele afbuiging. Let bij lichamelijk onderzoek op bleke slijmvliezen en vergrote tonsillen. Verricht op indicatie onderzoek van longen en/of buik. Aanvullend bloedonderzoek heeft in de eerste lijn geen meerwaarde. Verwijs bij het vermoeden van een lichamelijk oorzaak, achterblijvende groei of een verdenking op een eetstoornis naar de kinderarts. Verwijs voor algemene voedingsadviezen en pedagogische ondersteuning eventueel naar het consultatiebureau of een diëtiste. Consulteer bij ernstige opvoedingsproblemen met multiproblematiek een kinderpsycholoog of orthopedagoog.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat eetproblemen in de peutertijd vaak voorkomen en meestal vanzelf weer verdwijnen én dat een combinatie van factoren een rol kan spelen bij het slecht eten van het kind. Vertel dat een peuter minder voeding nodig heeft en steeds meer een eigen wil ontwikkelt, waarbij zelf dingen doen en ontdekken hoort. Dergelijk gedrag is dus normaal. Vertel dat slecht eten niets te maken heeft met allergieën. Bespreek dat het kind genoeg voeding binnenkrijgt wanneer het zich normaal gedraagt en goed groeit en dat (tijdelijk) minder eten niet erg is. Leg uit dat het consultatiebureau expertise heeft op dit terrein en de groei en ontwikkeling van het kind ook in de gaten houdt. Adviseer ouders om hun kind positieve aandacht te geven bij gewenst eetgedrag en ongewenst eetgedrag te negeren. Geef tips ten aanzien van de maaltijd: een gezellige en rustige sfeer aan tafel zonder afleidingen; het kind betrekken bij de bereiding van de maaltijd; een half uur voor de maaltijd niets meer eten of drinken; starten met een kleine portie; de maaltijd minimaal 15 minuten laten duren; vaste tijden aanhouden voor de maaltijden; de avondmaaltijd niet te laat laten plaatsvinden; zoveel mogelijk variëren met voedingsmiddelen en nieuwe voeding herhaaldelijk blijven aanbieden; ouders zelf het goede voorbeeld laten geven. Verwijs ouders voor verdere adviezen naar betrouwbare informatie op internet zoals www.mijnkinderarts.nl/ziekten/kinderpsychiatrie-en-gedragsproblemen/eetproblemen.htm. ■

LITERATUUR

- 1 Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Lastig etende peuters. In: Kleine kwalen bij kinderen. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2009.
- 2 Bernard-Bonnin AC. Feeding problems of infants and toddlers. Can Fam Physician 2006;52:1247-51.

Maastricht University, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: F.C.J. Falkenberg, basisarts; dr. J.W. Cals, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: j.cals@maastricht-university.nl



Antibiotica bij bovensteluchtweginfecties

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, LUMC Leiden. Correspondentie: a.knuistinghneven@upcmail.nl.

Vraagstelling Om de toenemende antibioticaresistentie tegen te gaan is kritisch voorschrijven van antibiotica bij bovensteluchtweginfecties noodzakelijk. Bij conjunctivitis leidde het verstrekken van een 'uitgesteld recept' tot minder antibiotica-voorschriften. Wij zochten in de literatuur of dit bij bovensteluchtweginfectie ook leidt tot minder voorschriften.

Zoekstructuur In maart 2014 doorzochten wij PubMed met de zoektermen 'respiratory tract infections', 'antibiotics' en 'delayed prescription'. We sloten artikelen uit met tuberculose in de titel. We voegden de zoekterm 'general practice' toe.

Resultaten We vonden een recente systematische Cochrane-review die relevant was voor onze vraagstelling.¹ Na deze review vonden we geen RCT's die aansloten bij onze vraagstelling. Hieronder bespreken we de review.

De Cochrane-review omvat in totaal 10 RCT's (n = 3157). Zes RCT's vergeleken het voorschrijven van uitgestelde antibiotica versus direct antibiotica bij bovensteluchtweginfecties. In drie onderzoeken werd ook het niet voorschrijven van een antibioticum onderzocht. Patiënten van alle leeftijden hadden verschillende luchtwegklachten: 3 onderzoeken gingen over otitis media acuta, 3 over hoesten, en 1 over keelpijn. Ernstig zieken en patiënten met comorbiditeit werden geëxcludeerd. Vijf onderzoeken vonden plaats in huisartsenpraktijken in Engeland, Schotland en Nieuw-Zeeland, twee onderzoeken op de spoedeisende hulp in de Verenigde Staten. Mondelinge voorlichting over het ziektebeleg werd in een enkel onderzoek aangevuld met een informatiefolder. Uitstellen van het recept vond plaats door het direct mee te geven, of op de praktijk een recept beschikbaar te stellen voor een later moment. De geadviseerde wachttijd varieerde van 3 tot 14 dagen. Antibiotica-inname werd geregistreerd via vragenlijsten, patiëntendossiers en registratie van opgehaalde recepten. Patiënttevredenheid werd geregistreerd via dagboeken en telefonisch contact.

Het percentage uitgestelde antibioticarecepten dat werd opgehaald varieerde tussen de 20 en 48%. Bij geen voorschrift van antibiotica werd het allermindst antibiotica gebruikt: 13 tot 16%. Antibioticagebruik van direct voorgeschreven recepten was gemiddeld 93%. Vijf onderzoeken evalueerden de patiënttevredenheid. Die was significant hoger bij direct antibiotica (92%) dan bij het uitgestelde recept: 87% (OR 0,52; 95%-BI 0,35 tot 0,76). Patiënten met een uitgesteld recept bleken niet significant te-

vreder dan patiënten zonder antibioticum (87% versus 83%; OR 1,44; 95%-BI 0,99 tot 2,10).

De klinische verschijnselen bleken niet te verschillen indien antibiotica direct, vertraagd of niet werd voorgeschreven. De kans op complicaties was niet-significant verschillend.

De Cochrane-review concludeert dat indien er geen directe noodzaak is voor antibiotica, het beter is om geen antibiotica voor te schrijven, met instructies bij aanhouden of verergering van de klachten. Dit zal leiden tot het minste antibioticagebruik met gering verschil in patiënttevredenheid en symptomen.

Bespreking De patiëntpopulatie in de onderzoeken komt overeen met de Nederlandse huisartsenpopulatie. Gezien de exclusie van zeer zieke patiënten en de poortwachtersfunctie van de huisarts in Nederland, is er mogelijk een redelijke overeenkomst tussen de patiënten op de SEH in de Verenigde Staten en de HAP in Nederland.

De randomisatie werd bij drie artikelen niet goed omschreven. Bij vier artikelen werd duidelijk vermeld dat ondoorzichtige enveloppen werden gebruikt om adequate allocatie concealment te bewerkstelligen.

Voor de meeste uitkomstwaarden was geen meta-analyse mogelijk, omdat de onderzoeken te heterogeen waren. Patiënten hadden verschillende diagnoses, maar het ging altijd om ongecompliceerde luchtweginfecties. De methoden van het uitstellen van het recept varieerde. De wisselende adviezen over pijnstilling hebben mogelijk de pijnklachten en daarmee het antibioticagebruik en de tevredenheid beïnvloed.

Voor patiënttevredenheid werd wel een meta-analyse uitgevoerd. Voorzichtigheid is geboden bij het extrapoleren naar de dagelijkse praktijk. In de onderzoeksopzet wordt mogelijk meer informatie gegeven dan in de dagelijkse praktijk. Resultaten dienen gezien te worden in het perspectief van adequate informatievoorziening over het ziektebeeld, de prognose en de alarmsymptomen.

Conclusie Uitgestelde antibioticarecepten leiden tot verminderde antibiotica-inname bij luchtweginfecties in vergelijking tot het direct voorschrijven van antibiotica. Het niet voorschrijven van antibiotica leidt tot het minste antibioticagebruik. Patiënttevredenheid, symptomen en de kans op complicaties worden hierdoor nauwelijks beïnvloed.

Betekenis Antibiotica voor bovensteluchtweginfecties moeten alleen op strikte indicatie worden voorgeschreven. Daarbuiten niet, ook niet in de vorm van een uitgesteld recept. Het belangrijkste is een goede uitleg over de oorzaak aan de patiënt en dat een bovensteluchtweginfectie in vrijwel alle gevallen uit zichzelf overgaat. ■

LITERATUUR

- 1 Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotics for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev 2013;4:CD004417.

Een oester zonder parel

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coördinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, Radboudumc Nijmegen • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl.

Context Huisartsenpraktijken worden onder druk gezet om hun bereikbaarheid te verbeteren en bijna iedereen is tegenwoordig continu online. Het lijkt daarom aantrekkelijk om het plannen van afspraken met de huisartsenpraktijk via e-mail te laten verlopen. Patiënten en praktijkmedewerkers kunnen op hun eigen tijd afspraken inplannen, verplaatsen en afzeggen en de praktijk kan reminders sturen. Dit kan de telefoonlijn van de praktijk ontlasten en de *no show* verminderen. Mogelijke nadelen zijn gerelateerd aan privacy door oneigenlijk of onveilig gebruik van informatie in de mail, onveilige zorg door technische problemen, zoals een volle mailbox en een toegenomen werklust voor de praktijk.

Klinische vraag Wat zijn de effecten van e-mail op coördinatie van afspraken en sturen van reminders, vergeleken met andere media, zoals telefoon, op het niveau van hulpverlener, patiënt en gezondheidszorg?

Conclusies auteurs De auteurs hebben in de relevante openbare databases tot 2010 gezocht naar vergelijkende onderzoeken (niet alleen gerandomiseerde trials maar ook 'voor-en-nametingen') naar het effect van alle soorten e-mail op de coördinatie van afspraken in de gezondheidszorg. Ook de 'grijze literatuur' hebben ze doorzocht, waaronder proefschriften en trial-registers. Er werden geen onderzoeken gevonden die voldeden aan de inclusiecriteria. De auteurs concluderen derhalve dat er geen bewijs is voor het effect, en adviseren robuust vergelijkend onderzoek op dit gebied.

Beperkingen Als mogelijke oorzaken voor het ontbreken van onderzoeken noemen de auteurs het feit dat nieuwe technologische communicatie via app's en internet de e-mailcommunicatie alweer heeft ingehaald, of dat er wel onderzoeken zijn gedaan, maar dat deze door ontbreken van een aangetoond effect niet zijn gepubliceerd (publicatiebias).

COMMENTAAR

Er worden veel systematische reviews geschreven: de Cochrane Library heeft inmiddels meer dan 6000 reviews gepubliceerd. Net zoals in de hierboven beschreven review bestaat voor een deel van de onderzoeksvragen in deze reviews gewoonweg geen bewijs. Een in 2010 uitgevoerd onderzoek liet zien dat op dat moment 9% van alle Cochrane-reviews 'leeg' was, dat wil zeggen dat er geen onderzoeken beschikbaar waren om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Een lege review is voor klinici en beleidsmakers lastig. Het ontbreken van bewijs hoeft immers niet te betekenen dat de interventie niet effectief is.

Er zijn nog wel andere verklaringen mogelijk voor het gegeven dat er op een bepaald terrein geen goed onderzoek is gedaan dan de door de auteurs genoemde. Zo kunnen de eisen die de schrijvers van een review stellen aan het uitgevoerde onderzoek te streng zijn. Ook kan de onderzoeksvraag erg specialistisch (smal) zijn of de aandoeningen te zeldzaam om onderzoek naar te doen of onderzoekssubsidie voor te verkrijgen.

Je kunt je afvragen waarom Cochrane-reviews waarin geen onderzoeken werden gevonden wel worden gepubliceerd. Als lezer voel je je bekocht: je verwacht op basis van de titel een antwoord te vinden op een vraag die je bezighoudt, maar na lezing ben je geen stap verder. Toch heeft het publiceren van zo'n lege review zin. Het laat zien dat een relevante onderzoeksvraag nog niet goed beantwoord is en het kan andere onderzoekers attenderen op deze lacune en zo inspireren tot het opzetten van het bedoelde onderzoek.

Tot slot: is een gerandomiseerde trial noodzakelijk om iets verstandigs te kunnen zeggen over het effect van het maken van afspraken via e-mail? Het valt te betwisten of alle vragen die nog niet beantwoord zijn in formeel vergelijkend wetenschappelijk onderzoek ook daadwerkelijk op die manier onderzocht moeten worden. Op veel gebieden gaan de ontwikkelingen sneller dan onderzoekers kunnen bijbenen, deels door voortdurende innovatie, deels door politieke keuzes. Elektronische communicatie past ook in die categorie. Over een paar jaar zal die er wel weer anders uitzien dan nu. Lokale omstandigheden en gezond verstand zullen voor veel beslissingen in de bedrijfsvoering zwaarder wegen dan wetenschappelijk onderzoek in *high impact journals*. Over veel logistieke interventies, waaronder het avondspreekuur en koffie en thee in de wachtkamer, kunnen praktijken prima beslissen door ze zelf uit te proberen en te evalueren. Laat het formele onderzoek naar de effectiviteit maar zitten en laten we ons concentreren op het ondersteunen van praktijken bij het experimenteren met welke manier van communiceren het best bij ze past. ■

LITERATUUR

- 1 Atherton H, Sawmynaden P, Meyer B, Car J. Email for the coordination of healthcare appointments and attendance reminders. Cochrane Database Syst Rev 2012;8:CD007981.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht; dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts en onderzoeker. EMGO+, VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde; dr. J.C. van der Wouden, Universitair Hoofddocent • Correspondentie: b.d.l.broekhuizen@umcutrecht.nl

OOGHEELKUNDE

Van Leeuwen YD, Van den Maegdenbergh, MCAJ. Oogheelkunde. Practicum huisartsgeneeskunde, een serie voor opleiding en nascholing. Amsterdam: Reed Business Education, 2013. 88 pagina's, € 27, 50. ISBN 978-90-352-3576-2.

Doelgroep huisartsen (in opleiding).

Inhoud Aan de hand van casuïstiek worden oogheelkundige afwijkingen besproken. Eerst visusstoornissen op verschillende leeftijden, waarbij de oorzaak van de stoornissen, de manier van diagnostisch refracteren en de eventuele behandeling worden uitgelegd. Daarna komen aandoeningen van verschillende delen van het oog aan de orde. Er is aandacht voor de chronische ziekten: diabetes, glaucoom, cataract en maculadegeneratie. De auteurs behandelen ook aandoeningen van het voorste oogsegment.

Onder de titel 'Oogheelkunde op de huisartsenpost' worden in kort bestek spoedgevallen beschreven. Deze kunnen ook in de alledaagse praktijk voorkomen en zijn niet specifiek voor de huisartsenpost. De auteurs leggen uit waarom de patiënt en de huisarts een hoogerenergetisch trauma wel als een spoedgeval ervaren en de oogarts dit met enige adviezen uitstelt naar de dagpraktijk. Maar is amaurosis fugax nu een spoedgeval dat direct door de neuroloog gezien moet worden of kan dat wachten tot de volgende dag? Acuut glaucoom wordt niet behandeld omdat een huisarts dat maar eenmaal in zijn beroepsleven zou zien.

Oordeel Het boek behandelt een groot deel van de oogheelkundige problemen die een huisarts tegenkomt in de praktijk. Het is logisch opgebouwd en leest makkelijk. De laatste hoofdstukken zijn wat minder verdiepend en gestructureerd.

De auteurs zijn enthousiast over het oogheelkundige vak, propagieren diagnostiek door de huisarts en het gebruik van

spleetlamp, die zij onmisbaar vinden. Slechts weinig recent opgeleide huisartsen hebben een co-schap oogheelkunde gevolgd. De NHG-Standaard stelt het hebben van een spleetlamp in de praktijk facultatief. Het werken in een samenwerkingsverband biedt de mogelijkheid om met uitgebreide apparatuur ervaring op te doen. Iedere huisarts moet zelf grenzen stellen aan de kunde van het diagnosticeren en het behandelen

van oogheelkundige afwijkingen en zo mogelijk samenwerking met een optometrist moeten zoeken.

Dit boek nodigt de geïnteresseerde huisarts zeker uit om zichzelf te spiegelen en aan de hand van dit boek het eigen handelen nog eens kritisch te bekijken.

Jan-Peter Eusman

Waardering: ●●●

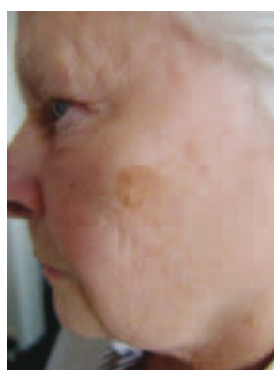
Uw diagnose

Een 67-jarige vrouw komt op het spreekuur met een plek op haar rechterwang die er al maanden zit. Wat is uw diagnose?

- verruca seborroica
- entigo simplex
- lentigo senilis
- actinische kerarose

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

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 (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.

Ondertussen in TPO 6

VIJFTIG TINTEN VET

Over vetweefsel en de rol hiervan bij obesitas en diabetes mellitus type 2 is veel te doen. Mattees van Dijk legt in dit artikel uit dat er verschillende soorten vetweefsel bestaan: bruin, wit en beige. Elk soort vetweefsel heeft zijn eigen specifieke eigenschappen: bruin vetweefsel wordt door zuigelingen gebruikt om zich te verwarmen; het hebben van veel wit vetweefsel verhoogt de kans op insuline-resistentie. Een witte vetcel kan beige worden onder invloed van lichamelijke inspanning en kou. Beige vetcellen hebben dezelfde eigenschappen als bruin vetweefsel en dienen dus ook om warmte te maken. Echter niet alle witte vetcellen kunnen veranderen in beige vetcellen. In de omzetting van wit naar beige ligt de sleutel naar het 'genezen' van obesitas en diabetes type 2. Veel onderzoek is nog nodig, bijvoorbeeld naar mensen bij wie weinig witte vetcellen naar beige kunnen worden omgezet. Wel is duidelijk dat in de jeugd het ontstaan van te veel witte vetcellen moet worden voorkomen, om insulineresistentie tegen te gaan.

DIABETES EN DE LEVER

De *non-alcoholic fatty liver disease* is een complicatie van diabetes. Bij diabetes wordt vet opgeslagen in de organen, waaronder de lever. Daarbij kan een leverontsteking ontstaan. Er zijn twee vormen: steatose en niet-alcoholische steatohepatitis (NASH). Steatose is op zich onschuldig, maar gaat vaak over in steatohepatitis. Steatohepatitis kan overgaan in cirrose en dat leidt in veel gevallen tot sterfte door leverfalen, levercarcinoom of cardiovasculaire aandoeningen. Jan Willem Elte legt uit dat het belangrijk is bij patiënten met het

metabool syndroom of diabetes type 2 het serum-ALAT te laten bepalen. Bij niet-alcoholische vetlever bestaat de behandeling uit leefstijladviezen; de aandoening kan niet medicamenteus behandeld worden. Een andere behandelvorm is bariatrische chirurgie en dat werkt vaak goed.

consultaties en worden daardoor zelfstandiger.

BÈTABLOKKERS

Bètablokkers vormen het tweede deel van de serie over medicatie bij hypertensie. Ravee Rambharose bespreekt de werking van bètablokkers, de indicaties en contra-indicaties, combinaties met andere antihypertensiva en bijwerkingen. Bètablokkers zijn effectieve bloeddrukverlagers en verlagen ook mortaliteit en morbiditeit. Als monotherapie staan ze de laatste tijd ter discussie. Bij coronairlijden, chronisch hartfalen en ritmestoornissen zijn bètablokkers nog steeds eerstekeuspreparaten. Het Nederlands Huisartsen Genootschap spreekt een voorkeur uit voor metoprolol boven atenolol.

CHRONISCHE NIERSCHADE

Door de vergrijzing en het toenemen van chronische ziekten is chronische nierschade een serieus gezondheidsprobleem geworden. Omdat de symptomen van nierschade pas in het eindstadium naar voren komen, is het belangrijk in een vroeger stadium te screenen op nierschade bij risicogroepen. Belangrijkste risicogroepen zijn patiënten met diabetes type 2, hypertensie, obesitas, hypercholesterolemie en patiënten die roken. De meest voorkomende vormen van chronische nierschade zijn de diabetische en hypertensieve nefropathie. Mattees van Dijk pleit voor een verstandig en oplettend geneesmiddelenbeleid en samenwerking met verschillende disciplines zoals praktijkondersteuner, huisarts, apotheker en nefroloog. De LTA Nierschade geeft handvatten hiervoor. ■



TELENEFROLOGIE

Bij telenefrologie consulteer je een nefroloog digitaal. Bij chronisch zieke patiënten kan dit handig zijn, omdat zij een groter risico lopen op nierschade. Sietsche van Gunst interviewt huisarts Frank Beltman over dit onderwerp. Hij is medisch adviseur van de Groninger Huisartsen Coöperatie en haalde vanuit die functie telenefrologie naar Groningen. In zijn duopraktijk werkt een praktijkondersteuner die zelfstandig contact heeft met de nefroloog. Meerwaarde van telenefrologie is dat onnodig verwijzen wordt voorkomen. Daarnaast leren huisarts en praktijkondersteuner van de

1. Onjuist / 2. Juist / 3. Onjuist

Claudicatio intermittens geeft typische klachten die de patiënt omschrijft als pijn, soms als een moe en stijf gevoel, of als krampen in de beenspieren (bil, dijbeen, kuit), die optreden bij lopen. De pijn is zelden hevig. Bij stilstaan verdwijnen de klachten, maar ze komen terug als de patiënt verder loopt. Als de patiënt sneller loopt of een heuvel op gaat, ontstaan de klachten eerder. De patiënt heeft geen klachten als hij zit of staat. Soms is er eenzijdig een koud gevoel in de voet. Neurogene claudicatio (spinale stenose, syndroom van Verbiest) geeft pijn bij het lopen, niet bij fietsen. De pijn neemt toe bij staan en tillen van zware voorwerpen en vermindert bij zitten en voorover buigen. De ernst van de klachten bij lopen zijn wisselend.

Kuks JBM, Snoek JW. *Klinische neurologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012.

Bartelink MEL, Elsmann BHP, Oostindjer A, Stoffers HEJH, Wiersma TJ, Geraets JJXR. NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden. www.nhg.org.

4. Onjuist / 5. Onjuist

De specifieke immuunrespons, zichtbaar gemaakt met de tuberculinehuidtest (THT, ook Mantouxtest genoemd) of interferongamma release assay, (IGRA) berust op de overgevoelighedsreactie van het vertraagde type, die het lichaam 3 tot 8 weken na de infectie ontwikkelt tegen (producten van) *M. tuberculosis*. Direct testen na expositie heeft hier dus geen zin. De door vaccinatie met BCG opgewekte T-cel-afhankelijke immuunrespons biedt een goede bescherming tegen vroege verspreiding van bacteriën direct na de primaire infectie en daarmee tegen ernstige vormen van tuberculose, zoals meningitis tuberculosa en miliaire tuberculose, maar in slechts beperkte mate voor postprimaire vormen van tuberculose. De mate van beschermend effect van BCG is al vele decennia onderwerp van discussie. Bij pasgeborenen en kinderen is de effectiviteit meer dan 50% en wordt algemeen aangenomen dat de werkingsduur na 15-20 jaar verdwenen is. Onderzoeken naar de effectiviteit van de BCG-vaccinatie bij adolescenten en volwassenen laten voor de WHO onvoldoende bewijs zien om BCG-vaccinatie daarvoor aan te bevelen; dat geldt ook voor revaccinatie.

Van Gompel AML, Sonder GJB, et al, redactie. *Reizen en ziekte. Praktische huisartsgeneeskunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010. <http://www.rivm.nl/cib/infectieziekten-A-Z/infectieziekten/tuberculose/index.jsp>

6. Onjuist / 7. Onjuist / 8. Onjuist

Het lumbosacraal radiculair syndroom wordt gekenmerkt door radiculare pijn, al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen (paresthesieën) en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane zenuwwortel(s). Typerend voor radiculare pijn is dat deze uitstraalt in één been, gelokaliseerd is in het verzorgingsgebied van een van de ruggenmergzenuwwortels van de lumbosacrale wervelkolom ('dermatomaal patroon'), uitstraalt tot in het onderbeen en scherp van karakter is. Naast deze klacht zijn ook een aanvalsgewijs pijnpatroon, meer pijn in been dan in rug, en pijnverergering bij hoesten/niezen/persen onafhankelijke voorspellende variabelen. Aspecifieke lagerugpijn gaat soms gepaard met pijn in een of beide (boven) benen, zonder dat er sprake is van een radiculair syndroom (zogenaamde niet-radiculaire uitstralende pijn). Voor benzodiazepinen is bij de behandeling van aspecifieke lagerugpijn geen plaats, indien een spierverslappend effect het doel is. Reden hiervoor is de benodigde hoge dosering en de daarmee gepaard gaande bijwerkingen (vooral sufheid en duizeligheid).

Chavannes AW, Mens JMA, Koes BW, Lubbers WJ, Ostelo R, Spinnewijn WEM, et al. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn. www.nhg.org.

Mens JMA, Chavannes AW, Koes BW, Lubbers WJ, Ostelo RWJG, Spinnewijn WEM, et al. NHG-Standaard Lumbosacraalradiculair syndroom (LRS). www.nhg.org.

9. Juist / 10. Onjuist

De kansen op infectie door probiotica of door een commensaal zijn vergelijkbaar. Probiotica vormen een verwaarloosbaar risico voor hun gebruikers, inclusief immunogecompromiteerde patiënten. De darmpassagetijden worden statistisch significant verkort door de ActiVibacterie. Dat is echter niet identiek met een effect op de stoelgang, dat wil zeggen op frequentie van de stoelgang en hoeveelheid of consistentie van de ontlasting.

Berger MIJ. Probiotica voor gastro-intestinale aandoeningen: het nieuwe wondermiddel? *Huisarts Wet* 2008;51:174-9.

Katan MB. De probiotische yoghurt Activia: versnelde darmpassage wel aangetoond, maar bevordering van de stoelgang niet. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:727-30.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Lidewij Broekhuizen, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherptong-Engbers, Annet Solle, Wilma Spinnewijn, Hans van der Wouden
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Paul Bakker (030) 638 39 28, p.bakker@bsl.nl
Chris Janssen (030) 638 52 09, c.janssen@springermedia.nl
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@bsl.nl
Peter de Jong (030) 638 38 88, p.dejong@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementenprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
Abonnementprijs (print + online toegang): € 220,-.
Abonnementprijs (enkel online toegang): € 132,-.
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

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

ISSN 0018-7070



Speerpunten in 2015

Per januari 2015 veranderde veel: de organisatie van de langdurige zorg, afstemming met de gemeenten en de indeling in segmenten. Maar wat merk je van die veranderingen in de spreekkamer? Wij huisartsen willen, samen met onze praktijkmedewerkers, gewoon ons werk blijven doen en patiëntenzorg van



goede kwaliteit leveren. Of de veranderingen de samenwerking met andere zorgverleners bevorderen of juist belemmeren valt nog te bezien.

Om het hoofd te bieden aan alle veranderingen wil het NHG komend jaar extra aandacht geven aan drie speerpunten:

- Persoonsgerichte zorg. Deze verleent u natuurlijk allang, maar het is de vraag of u steeds over voldoende informatie beschikt om samen met de patiënt tot goede keuzes te komen. De best bij de patiënt passende oplossing staat niet per se in een richtlijn beschreven. Onderdeel van de gedeelde besluitvorming zal de introductie van keuzehulp zijn. Daarmee heeft u de voor- en nadelen van een behandeling en de alternatieven inzichtelijk op een rij.
- Inzicht in kwaliteit. Dit verkrijgt u door informatie uit uw praktijk te verzamelen. Het NHG maakt zich er hard voor dat dit zich beperkt tot de kernhandelingen en dat een overdreven registratieplicht wordt teruggedrongen. Dan kunt u met zo min mogelijk extra inspanning kwaliteitsinformatie verkrijgen en interpreteren.
- Ondersteuning van praktijkassistenten en -ondersteuners. Afstemming met praktijkassistenten zal uitwijzen of zij meer ondersteuning wensen bij het gebruik van de TriageWijzer, het maken van uitstrijkjes of op andere gebieden. En in een pilot gaan we NHG-Standaarden vertalen in op praktijkondersteuners toegesneden versies.

Ik wens u voor het komende jaar veel voldoening maar vooral veel plezier in uw werk toe!

Rob Dijkstra

Visitatie van start

Met het nieuwe Visitatieprogramma voor huisartsen kunt u vanaf 1 februari aan de slag met een goed onderbouwd en eenvoudig systeem dat u helpt bij het evalueren en verbeteren van het eigen functioneren. U ontvangt deze maand een brief met uitgebreide informatie over de visitatie. Houd deze brief goed in de gaten, want vanaf 1 januari 2016 zal visitatie worden gehandhaafd als herregistratie-eis!

Leren en verbeteren

Het visitatieprogramma geeft u inzicht in wat goed gaat en wat beter kan in uw werk als huisarts. Uw collega's en patiënten kunnen (anoniem) feedback geven op uw handelen. Zo krijgt u een beeld van hoe collega's en patiënten u zien in uw werk. Die informatie kunt u aanwenden om uw sterke kanten te benutten en uw minder sterke kanten te ontwikkelen.

Kortom: een stimulerende manier om uw professionele handelen kritisch te bekijken met als doel te leren en te verbeteren.



Herregistratie met visitatie

LHV, Radboud Universiteit, Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten en NHG ontwikkelden samen het visitatieprogramma. Naar aanleiding van een implementatiepilot en de input van vele huisartsen is het programma verder verbeterd en het is nu klaar voor gebruik. Met deelname aan het visitatieprogramma voldoet u aan een van de eisen tot herregistratie als huisarts, een eis die de Registratiecommissie vanaf 1 januari 2016 zal gaan handhaven. U kunt zich vanaf 1 februari aanmelden via www.mijnvisitatie.nl.

Regionale bijeenkomsten Preventie in de buurt

Komend voorjaar vinden zes regionale netwerkbijeenkomsten plaats waar goede voorbeelden van wijkgerichte preventie worden uitgewisseld om professionals in de huisartsenpraktijk en de publieke gezondheidszorg te inspireren. In de afgelopen maanden zijn hiertoe praktijkvoorbeelden van lokale samenwerking verzameld. Een aantal regio's kan bovendien in aanmerking komen voor een advies-op-maat-traject.

Aan het woord zijn...

Huisartsen en praktijkondersteuners uit het hele land hebben voorbeelden van samenwerking rond preventie aangedragen. Op ondergenoemde websites kunt u de eerste voorbeelden al bekijken. Maar u kunt natuurlijk ook naar

Alles is gezondheid

In 2014/2015 werkten het NHG, de LHV, het RIVM Centrum Gezond Leven, Pharos en het Trimbos-instituut aan het versterken van preventie in de huisartsenpraktijk. De nadruk lag op kennis delen en inspiratie opdoen rond het samenwerken met professionals uit de publieke gezondheidszorg. Het project *Preventie in de buurt* is een uitwerking van het programma *Alles is gezondheid...* en sluit aan bij de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022.

een van de zes regionale bijeenkomsten komen.

Meer informatie over de plaatsen en data van deze geaccrediteerde bijeenkomsten vindt u op www.nhg.org en op loketgezondleven.nl/advies-en-ondersteuning/netwerkbijeenkomsten/huisartsen-en-publieke-gezondheid.

Terugblik op de Algemene Ledenvergadering

Tijdens de ALV van december zijn de jaarstukken voor 2015 aan de leden voorgelegd, alsmede de financiering van twee innovatieprojecten, de visie voor het NHG-Wetenschapsbeleid en enkele (her)benoemingen.



Afscheid Willy de Graaff

De voorzitter begint deze vergadering met een woord van waardering voor NHG-controller Willy de Graaff. Zeventien jaar lang heeft zij het NHG op het gebied van financiële vraagstukken zeer adequaat begeleid en van adviezen voorzien. Zij gaat in 2015 met pensioen en dit is haar laatste ALV. De voorzitter bedankt De Graaff voor haar waardevolle inzet.

Vaststelling jaarplan en begroting 2015

Het in 2014 vastgestelde meerjarenbeleidplan 2013-2017 – een voortvloeisel van de *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022* – is uitgewerkt in een jaarplan en begroting voor 2015. Het jaarplan heeft als motto meegekregen: 'Huisartsenzorg in transitie'. Het NHG ziet het als uitdaging om de leden in de transitiefase adequaat te ondersteunen en te zorgen voor stabiliteit. Daarbij volgt het NHG de ontwikkelingen kritisch, teneinde deze voor de leden te duiden en te vertalen in toepasbare, zinvolle producten.

De voor 2015 vastgestelde speerpunten zijn: persoonsgerichte zorg, inzicht in kwaliteit en professionalisering van het ondersteunend team (zie ook de column van Rob Dijkstra op pagina 1 van het NHG-nieuws).

De leden stellen het jaarplan en de begroting 2015 vast.

Financiering innovatieprojecten

Aan de leden worden twee projectvoorstellen voorgelegd:

- *Platform Thuisarts.nl*. Tegen de achtergrond van het NHG-Standpunt *E-health* en de toekomstvisie op e-health en Thuis-

arts.nl, is een voorstel geformuleerd voor een haalbaarheids-onderzoek naar het transformeren van de Thuisarts.nl-app tot een platform voor het uitwisselen van informatie.

- *Richtsnoeren voor de POH*. Vanaf 2013 zijn praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen een belangrijke doelgroep van het NHG en het onderwerp *professionalisering van het ondersteunend team* is gekozen als speerpunt voor 2015. Tegen de achtergrond van de landelijke initiatieven om het werk van de verpleegkundige in de eerste lijn verder te professionaliseren is een pilot-voorstel geschreven voor richtsnoeren voor de POH. Er zijn ongeveer 40 NHG-Standaarden over onderwerpen waarmee ook de POH te maken heeft. Vooralsnog is gekozen voor het ontwikkelen van richtsnoeren over beroepsgroepspecifieke informatie, complexe comorbiditeit en niet-ziektespecifieke onderwerpen.

De leden geven goedkeuring aan beide projectvoorstellen en de bijbehorende financiering.

Vaststelling NHG-Wetenschapsbeleid

Diverse ontwikkelingen vormden aanleiding tot het formuleren van een meerjarig wetenschapsbeleid. Zo is achterstallig onderhoud gepleegd op de zogenoemde 'lacunebak': bij elke standaard zijn nu kennislacunes geformuleerd, waarbij ook het lopend huisartsgeneeskundig onderzoek staat vermeld (zie nhg.org/lacunes). Bovendien wordt in de *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022* het belang van (deelname aan) wetenschappelijk onderzoek binnen de beroepsgroep benadrukt.

Het aan de leden voorgelegde beleid beschrijft de huidige werkzaamheden, de doelstellingen tot en met 2018 en de acties die voor de realisatie daarvan moeten worden genomen. Het beleid richt zich op een actieve en proactieve rol van het NHG bij kennisontwikkeling in de huisartsgeneeskunde.

De leden stellen het voorgestelde beleid vast.

Benoemingen

De leden stemmen in met de volgende (her)benoemingen:

- Femke Hohmann, Jean Muris, Bram Sprij en Erik Teunissen als leden van de NHG-Verenigingsraad;
- Sjoerd Hobma en Annet Solle als leden van de Redactiecommissie H&W;
- Hans Uijen, Wil van den Bosch en Marlous Kortekaas als leden van de Raad van Advies H&W;
- Jan Winters en Karel Rosmalen als leden van de Autorisatiecommissie;
- Bert Schadé en Sander van Norren als leden van de Raad van Toezicht.

NHG-AGENDA 2015 data

- **Symposium Huisarts en poh-ggz: Samen sterker!** 22 januari
- **LOVAH-Congres** 23 januari
- **PalHAG-symposium** 19 maart
- **CWO-weekend** 27-28 maart
- **NHG-Wetenschapsdag** 19 juni
- **G-I-N-Conference** 7-10 oktober
- **NHG-Congres 2015 Onder belicht** 13 november



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

Impressie van het NHG-Congres 2014:

Dokteren doe je niet alleen!

Het NHG-Congres 2014 was wederom geheel uitverkocht en ook het voorprogramma – de cabaretoorstelling *Beter van Ernst van der Pasch* – en afsluitende feest waren een groot succes. Op deze pagina's vindt u een samenvatting van de gehouden lezingen en een aantal sessies. Ook worden winnaars van twee uitgereikte prijzen in het zonnetje gezet. Op www.nhg.org vindt u een impressie van het gehele congresdrieluik, gelardeerd met vele foto's.

Openingswoord NHG-voorzitter Rob Dijkstra

90% van de congresdeelnemers heeft aangegeven het één-op-één-contact met de patiënt het leukste deel van hun vak te vinden. 'Dat is ook het kern van ons werk', stelt Dijkstra, die vervolgens aan de hand van het patiëntencontact de functie van de huisarts door de eeuwen heen schetst. Opvallend is dat die functie zeer lang hetzelfde blijft: pas vanaf de jaren '60 van de vorige eeuw volgen de veranderingen in de huisartsenfunctie elkaar snel op, zeker als de computer zijn intrede doet en de rolverdeling tussen de paternalistische huisarts en volgzame patiënt drastisch wijzigt. Nu wordt ook de oncologische nazorg aan het takenpakket van de huisarts toegevoegd. Daartoe is het belangrijk om te kunnen samenwerken met specialisten, maar: 'Dan moet je elkaar wel kennen!' Korte lijnen en consultatiemogelijkheden met de specialist zijn dan van belang. 'Organiseer uw samenwerking en zorg dat u efficiënt met elkaar kunt communiceren. Maar ook: doe wat bij u past. Het NHG ondersteunt u bij dit alles.'

Openingslezing Martin Marshall: De huisarts op het grensvlak

Volgens Marshall, huisarts en professor *Healthcare improvement* aan het *University College London*, zijn huisartsen *boundary specialists*. Ze opereren immers op het grensvlak waar de werelden van de patiënt en de gezondheidszorg elkaar raken. Daarbij moeten huisartsen 'onzekerheid managen', want bij 60% van de gepresenteerde klachten is niet (meteen) duidelijk wat er precies aan de hand is. Grensvlakken zijn er ook waar de zelfzorg en professionele zorg elkaar overlappen, of waar individuele en collectieve behoeften strijdig zijn met elkaar. Enige nuchterheid is geboden, want: 'De medische wetenschap

Uitreiking Heert Dokterprijs

De Heert Dokterprijs voor het beste onderzoeksartikel dat in het afgelopen jaar is gepubliceerd in H&W, gaat naar Nynke Scherpbier-de Haan voor haar artikel *Een samenwerkingsmodel voor patiënten met chronische nierschade* (Huisarts Wet 2014;57(5):232-5).



heeft zoveel vooruitgang geboekt dat er nog nauwelijks gezonde mensen zijn...'

Marshall laat met veel humor zien waar spanningen ontstaan en oplossingen voorhanden zijn. Hij besluit met de implicaties voor de gezondheidszorg teneinde een goede kwaliteit te waarborgen:

- Erken de brede rol van de huisarts.
- Omarm nieuwe veranderingsmodellen.
- Train de vaardigheden van huisartsen in het vervullen van hun boundary-rol.

Openingslezing Wineke Schoo: Hoe werken chimpansees samen?

Een chimpanseeman heeft in zijn leven (naast eten) maar één doel: groepsleider worden en blijven, aldus gedragsbioloog Schoo. Als parkmanager bestudeert zij al jaren de groep chimpansees in Koninklijke Burgers Zoo. Ze stelt dat een goede leider streng maar rechtvaardig is, onpartijdig en een goed netwerker. Een goede leider kan bovendien 'verdelen en heersen', ingrijpen als dat nodig is, coalities maken en breken, de groep binden en laten samenwerken. Verder is 'berekenende wederkerigheid' erg belangrijk: 'Heb ik onlangs iets van jou gekregen?' Chimpansees blijken dat zorgvuldig bij te houden. Schoo besluit: 'De concurrentie om de macht zorgt voor spanningen. Daarom is samenwerking essentieel, anders valt de groep uit elkaar. Je moet als leider dus goed kunnen verzoenen en chimpansees kunnen dat uitstekend.'

Uitreiking Casuïstiekprijs

De Casuïstiekprijs voor de beste Klinische les die in het afgelopen jaar is gepubliceerd in H&W, gaat naar Henk Koopman voor zijn artikel *Gynaecomastie is niet altijd onschuldig* (Huisarts Wet 2014;57(5):266-70).



Grote sessie: Het hopeloze spreekuur

Tijdens deze sessie maken de congresdeelnemers kennis met enkele samenwerkingsinitiatieven van huisartsen die zeer succesvol zijn gebleken:

- Netwerkgroep COPD Waterland. (Zie voor de beschrijving van dit initiatief het interview op de achterpagina van het septembernummer van H&W)
- Zorroo – regio Oosterhout. Bij Zorroo wordt elke patiënt begeleid bij het stoppen met roken en er is zelfs een app ontwikkeld waarmee de rokers elkaar stimuleren. Met de meeste zorgverzekeraars zijn afspraken gemaakt. Resultaat: de slaagingskans van het stoppen met roken ligt hier boven de 30%.

- Movit – noordelijk Zuid-Holland. Hier is een methode ontwikkeld voor de zorgverlening aan ouderen met complexe problematiek. Samenwerkingspartners worden op thema's gezocht en samengebracht in een werkgroep die alle aanpalende problemen oppakt. 'Het gaat vooral om afstemmen en afspreken; je kunt heel veel samen regelen.'
- ADHD@ease – Katwijk. Tegenwoordig krijgen erg veel kinderen het stempel ADHD op zich gedrukt en zoals in Katwijk wordt aangetoond blijkt dit vaak onterecht. 'Maar wij huisartsen schrijven de recepten voor die kinderen uit!' Het zou dus goed zijn als de aanpak van Katwijk landelijk wordt gevolgd.

Grote sessie: Huisarts en specialist; een spannend een-tweetje

Volgens huisartsen lezen specialisten de verwijsbrieven niet, geven ze geen antwoord op de vragen, verrichten ze onnodige diagnostiek, voeren ze ongemotiveerd veranderingen door in het beleid, schrijven ze niet generiek voor en verwijzen ze niet tijdig terug. Volgens specialisten maken huisartsen slechte verwijsbrieven en bevatten die geen specifieke vraagstelling, zijn huisartsen slecht bereikbaar en veranderen ze voortdurend de voorgeschreven medicatie.

Toch is samenwerking tussen huisartsen en specialisten nodig... Gelukkig geeft ruim 50% van de congresdeelnemers aan goed tot zeer goed met ziekenhuizen samen te werken. Maar ook zegt ruim 50% dat ze in ziekenhuizen niets weten van de werkwijze in de huisartsenpraktijk. En nog meer deelnemers vinden dat ze in het ziekenhuis nog wel iets van huisartsen kunnen leren!

Succesvolle samenwerking tussen eerste en tweede lijn rust op vijf pijlers:

- vakinhoudelijke afspraken;
- communicatie;
- beeldvorming/elkaar kennen;
- organisatie;
- innovatie en vernieuwing.

Het MCCKlik, ontstaan in Zwolle, is een goed voorbeeld van succesvolle samenwerking. Hier maken huisartsen en specialisten vakinhoudelijke afspraken

en mede dankzij het 'meekijkconsult' zijn er minder verwijzingen en blijft de huisarts langer hoofdbehandelaar. Inmiddels zijn er al meerdere MCC's en er wordt zelfs met een app gewerkt. Ook is nu een federatie opgericht (FMCC) opdat het wiel niet steeds opnieuw hoeft te worden uitgevonden.

Kleine sessie: Samen met de patiënt beslissingen nemen

Een casus maakt meteen duidelijk hoe belangrijk de inbreng van de patiënt is bij medische besluitvorming. Bij coloncarcinoom zijn er twee behandelingsopties met de volgende uitkomsten:

	optie 1	optie 2
Genezen zonder complicaties	80%	80%
Overlijden binnen twee jaar	20%	16%
Blijvende complicaties	0%	4%

De meeste huisartsen adviseren hun patiënt te kiezen voor optie 2 gezien de lagere sterftcijfers. Maar als je diezelfde huisartsen vraagt wat ze zouden doen als zijzelf de patiënt waren, ziet hun keuze er vaak heel anders uit. De ernst van de blijvende complicaties kunnen kennelijk zwaar wegen en veel mensen kiezen dan voor een goede kwaliteit van leven.

Informeren is tweerichtingsverkeer, want de persoonlijke omstandigheden van de patiënt zijn doorslaggevend bij de te maken keuzes. Bij gezamenlijke besluitvorming moet de huisarts duidelijk maken dat er daadwerkelijk iets te kiezen is, welke consequenties behandelingen hebben en wat de voor- en nadelen van de diverse opties zijn. Als is gecheckt of de patiënt alles goed heeft begrepen, komt aan de orde wie de keuzes maakt of of daar niet even de tijd voor moet worden genomen.

Keuzehulp kan van grote waarde zijn voor de patiënt. 'Die zijn nog lang niet volmaakt en er is nog veel in de maak, maar ze helpen beslist bij het afwegen van alle voors en tegens.'

Slotlezing Marcel Levi: De geneeskunde van de 21ste eeuw

Volgens Levi, internist, voorzitter van de Raad van Bestuur en decaan Facul-

Vooruitblik NHG-Congres 2015: Onder belicht



Toine Lagro-Jansen, emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen en voorzitter van het congres Onder belicht over seksualiteit en urogynaecologie, geeft een toelichting op de onderwerpen die dan de revue zullen passeren. Het congres vindt plaats op 13 november in Den Haag.

teit Geneeskunde UvA/AMC, leidt de steeds verdergaande 'specialisatie tot superspecialisten' tot tunnelvisie, te veel oog voor details en behandeling van ziekten in plaats van patiënten. Hij is dan ook geen voorstander van kaderhuisartsen: 'Voor je het weet zijn dat de nieuwe specialisten naar wie verwezen moet worden. Want geloof me, zo zijn wij ook begonnen!'

Daarentegen vindt Levi dat ziekenhuizen zich juist wel moeten specialiseren. 'Alle cijfers tonen aan dat hoe minder ingrepen ergens worden verricht, hoe meer mortaliteit en complicaties optreden. Dat ligt niet zozeer aan de artsen als wel aan het hele team en de organisatie. Op dit moment haalt elk ziekenhuis, groot of klein, zoveel mogelijk specialisaties in huis. Dat moet dus anders.' Levi eindigt met een pleidooi voor gedecentraliseerde specialistische zorg in eerstelijnsvoorzieningen. 'De specialist moet naar de patiënt toe en niet andersom.' De huisarts moet coördinator van de zorg zijn, ook als de patiënt in het ziekenhuis is. 'De politiek en zorgverzekeraars zullen de veranderingen niet voor ons doorvoeren; huisartsen en specialisten moeten dit dus zelf oppakken.' (AS)

Redactie NHG-nieuws
Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Colofon

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

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

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