

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Bekkenbodempfysiotherapie bij urogenitale **prolaps**

BESCHOUWING

De **Levenseindekliniek**: van bedreiging naar samenwerking

NHG-STANDAARD

Aspecifieke lagerugpijn

- ONDERZOEK** Bekkenbodempfysotherapie bij urogenitale prolaps
Chantal Panman, Marian Wiegersma, Boudewijn Kollen, et al.
- Hoe de bevalling verdween bij de huisarts
Erik Wijthoff, Jelle Stekelenburg
- BESCHOUWING** De Levenseindekliniek: van bedreiging naar samenwerking
Marianne Dees, Agnes van der Heide
- Euthanasie bij voltooid leven
Petra Blommendaal, Suzanne van de Vathorst
- Rugklachten bij ouderen
Wendy Enthoven

NHG-STANDAARD

- NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn
- NHG-Standaard Rectaal bloedverlies (samenvatting)

- HUISARTSENZORG IN CIJFERS** Direct naar fysio- of oefentherapeut voor lagerugpijn?
Lisa Verberne, Lando Koppes, Robert Verheij
- NASCHOLING** Baarmoederhalsscreening nieuwe stijl: is het nodig?
Roy Beijaert, Karin van Haaren
- (VER)STAND VAN ZAKEN** Behandeling van acute aspecifieke lagerugpijn
Marco Schreijenberg
- KLINISCHE LES** Het pluis/niet-pluisgevoel als diagnostische methode
Mark Brueren
- IMPORT** Mild zijn voor jezelf helpt als behandeling bij diabetes
Jan Palmen
- CPAP (niet) van levensbelang?
Bèr Pleumeekers
- PEARLS** Paracetamol bij lagerugpijn
Wendy Enthoven
- CATS** Misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing
Farida Berkhof, Marco Blanker

- JOURNAAL**
- ECG-CASUS**
- INTERVIEW**
- KENNISTOETS**
- BOEKEN**
- INGEZONDEN**
- COLOFON HG&W**

Ondraaglijk lijden

De overheid wil de euthanasiewet met nieuwe regelgeving uitbreiden om levensbeëindiging bij een voltooid leven wettelijk mogelijk te maken. Sinds de invoering van de nieuwe euthanasiewet heeft ondraaglijk lijden een belangrijke plaats in de besluitvorming. Een concessie aan de confessionele partijen die euthanasie als autonome keuze alleen op basis van barmhartigheid konden rechtvaardigen. Wat is eigenlijk ondraaglijk lijden? Als het lijden door de lakens heen voelbaar is, is die vraag niet moeilijk. Maar in het traject dat hieraan voorafgaat, is deze vraag vaak een probleem. Ruijs deed onderzoek naar de aard van ondraaglijk lijden en stelt vast dat deze vraag nog lang niet beantwoord kan worden. De wetgever lijkt zich hiervan bewust en verplichtte daarom rond de uitvoering van euthanasie een netwerk van regels en praktijken die meer helderheid en transparantie moeten garanderen. Maar is hierdoor euthanasiepraktijk niet van een intermenselijk contact verworden tot een formeel technisch gebeuren? Uitvoerige medische verslaglegging, verklaring van de SCEN-arts aangevuld met rapporten van psychiater, specialisten, gemeentelijke lijkschouwer en tot slot het oordeel van de toetsingscommissie. Als alles klopt heeft de arts niets te vrezen. Het geheel leidt tot een zekere rust en houvast, maar met het risico van geweigerde en zeker ook verborgen euthanasie, waarvan Tuitjenhorn het trieste dieptepunt vormde.



Autonomie

Volgens Blommendaal biedt de wet voldoende aanknopingspunten voor verdere uitbreiding van de praktijk van hulp bij zelfdoding voor mensen die vinden dat hun leven voltooid is. Het gaat meestal om ouderen met multipathologie waarvan elke afzonderlijke aandoening weliswaar niet ondraaglijk is, maar de combinatie van aandoeningen – samen met verdriet en eenzaamheid – het leven tot een ondraaglijke last kan maken. Ook hier kun je het criterium ondraaglijk lijden op toepassen. Maar wordt het dan niet uitgerekte tot een inhoudsloos containerbegrip? En worden er dan niet inhoudsloze handelingen gedaan die alleen dienen om een praktijk juridisch te rechtvaardigen, zonder dat er een moreel en inhoudelijke discours over ‘voltooid leven’ wordt gevoerd?

De wetgever is voornemens de voltooid-leven-hulpvragen buiten het medische circuit te houden en de beslissing tot levensbeëindiging over te laten aan speciaal daarvoor opgeleide en getrainde hulpverleners. Waarom toch zo krampachtig vasthouden aan ‘voldoen aan criteria’ en niet gewoon toegeven dat een weloverwogen besluit het enige criterium is dat voor de patiënt van belang is? En is de arts, met wie de patiënt een vertrouwensrelatie heeft, niet het meest geschikt om dit te bespreken en er uiteindelijk uitvoering aan te geven? Of behoort dit juist niet tot het takenpakket van die arts? En is een jarenlange arts-patiëntrelatie geen strikt noodzakelijke voorwaarde voor een zorgvuldig euthanasietraject? Is een Levenseindekliniek een goed alternatief, zoals Marianne Dees stelt. Of bestaat dan het risico dat we dan weer een nieuwe praktijk in het leven roepen die ook weer ver van het leven van alledag komt te staan?

Op veel gebieden is de autonomie van de patiënt uitgangspunt van de zorg: bij klachtenafhandeling, persoonsgerichte zorg en zelfzorg; uitgangspunt is respect voor de autonomie van patiënt. Waarom dan niet ook bij de vraag om actieve levensbeëindiging? Juist omdat het bijna altijd moeilijk is duidelijk te zeggen wat ondraaglijk lijden is. Moeten we ons als beroepsgroep niet eens wat meer uitspreken in deze discussie?

Bèr Pleumeekers

Diabetesmedicatie mogelijk reden om leefstijl niet te veranderen

Huisartsen en praktijkondersteuners hebben dagelijks te maken met diabetespatiënten. Het is bekend dat medicatietrouw en leefstijl zeer belangrijk zijn om complicaties te voorkomen. Nieuw onderzoek laat echter zien dat patiënten weinig kennis hebben en dat medicatie juist een reden kan zijn om ongezond te blijven leven.

De onderzoekers voerden vragenlijst-onderzoek (n = 118) en focusgroepen (n = 11) uit bij diabetespatiënten in 24 Engelse huisartsenpraktijken. Met vragenlijsten werd onder andere medicatietrouw en kennis over HbA1c vastgelegd. In focusgroepen werd onder andere gevraagd naar opvattingen over HbA1c-waarden, medicatie en de invloed daarvan op een gezonde leefstijl. De zelfgerapporteerde medicatietrouw was zeer goed: 83% miste bijna nooit een dosis van hun medicatie. Slechts 61% van de patiënten wist hun HbA1c-waarde, maar dit beïnvloedde niet hun zelfgerapporteerde medicatietrouw. In de focusgroepen bleek dat patiënten



Foto: Shutterstock

weinig begrepen over wat HbA1c betekent. Termen als 'suikerbelasting' werden als beter alternatief genoemd. Ook kwam uit de interviews naar voren dat het nemen van diabetesmedicatie mogelijk een reden kan zijn om de leefstijl niet te veranderen.

Dit onderzoek laat goed zien hoe diabetespatiënten denken over hun ziekte. Kennis over HbA1c-waarden was laag en een gezonde leefstijl stond niet hoog op hun agenda. Medicatie zou zelfs een reden kunnen zijn om hier niets aan te veranderen. Aangezien het interviews betrof, zouden toekomstige onderzoeken, die deze bevindingen kunnen staven met harde cijfers, welkom zijn.

Gezien de gelijkenis van Engelse huisartsenpraktijken met Nederlandse, zijn deze resultaten waarschijnlijk ook van toepassing op de Nederlandse praktijk. De NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2 besteedt ruim aandacht aan voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen. Dit onderzoek laat zien dat er nog een hoop te winnen is op dit gebied. Misschien zou een gezondere leefstijl een voorwaarde moeten worden voor medicatie? ■

Tobias Bonten

Elliot AJ, et al. Patients' beliefs on the impediments to good diabetes control: a mixed methods study of patients in general practice. Br J Gen Pract 2016. Published online 11 October 2016.

Rol huisarts in nazorg van patiënten met colorectale kanker

Het aantal patiënten dat overleeft na een periode van colorectale kanker neemt toe. Huisartsen blijken een belangrijke rol te spelen in de nazorg van deze patiëntengroep. Daarbij is er met name aandacht voor voeding, maag- en darmklachten en psychologische problemen.

De toegenomen overleving betekent ook dat er nagedacht moet worden over de zorg en zorgkosten die dit met zich meebrengt. In dit onderzoek werd het zorggebruik van patiënten uit de achttien praktijken van het Registratie

Netwerk Groningen twee tot zes jaar na een behandeling in verband met colorectale kanker in kaart gebracht. Het aantal huisarts-patiëntcontacten, voorgeschreven medicatie en verwijzingen door huisartsen werden vergeleken tussen patiënten met colorectale kanker en een historisch cohort patiënten dat gematcht was op leeftijd en geslacht. Arts-patiëntcontacten werden vergeleken op ICPD-code en voorgeschreven medicatie op de ATC-code.

Patiënten met een geschiedenis van colorectale kanker hadden significant meer face-to-facecontacten in het tweede (63%), derde (32%) en zesde (23%) jaar, meer medicatievoorschriften in het tweede, derde en zesde jaar en meer verwijzingen naar specialisten in het

tweede en vijfde jaar na de diagnose. De toename in contacten en voorschriften betrof vooral vragen over voeding, klachten met betrekking tot de tractus digestivus en psychologische problemen.

Dit onderzoek suggereert dat huisartsen al een belangrijke rol spelen tijdens de follow-up van patiënten na een periode van colorectale kanker. In de discussie over de rol van de huisarts bij oncologische nazorg dienen deze gegevens meegenomen te worden. ■

Wim Verstappen

Brandenburg D, et al. Primary healthcare use during follow-up after curative treatment for colorectal cancer. Eur J Cancer Care. 2016 Oct 10. Doi: 10.1111/ecc.12581.

Voorkomen van heropnames

Patiënten die binnen één week nadat ze uit het ziekenhuis zijn ontslagen een huisbezoek krijgen, hebben minder kans om binnen dertig dagen weer opgenomen te worden. Gestructureerde visites op initiatief van de huisarts hebben een beter effect dan wanneer de patiënt hier vanwege klachten zelf om moet vragen. Dit blijkt uit een Amerikaans onderzoek.

Gedurende vier jaar werd van alle patiënten die ontslagen werden uit een ziekenhuis geregistreerd of zij binnen dertig dagen weer opnieuw opgenomen werden. Van de ruim 70.000 personen met een gemiddelde leeftijd van 75 jaar, werd een deel binnen zeven dagen thuis bezocht en werden protocollair een aantal controles uitgevoerd, uitleg

gegeven en waar nodig controleafspraken gemaakt. Een deel werd op verzoek van patiënten of familie thuis bezocht naar aanleiding van een specifieke hulpvraag. Een derde groep kreeg geen bezoek van een praktijkmedewerker na ontslag. Tien procent van alle patiënten moest binnen 30 dagen opnieuw opgenomen worden. De groepen zijn niet gerandomiseerd, maar naar willekeur ingedeeld. Patiënten die een geprotocolleerd huisbezoek kregen hadden bijna 25% minder kans om binnen dertig dagen weer opgenomen te worden ten opzichte van de patiënten die niet bezocht werden. Alle patiënten die ongeacht de aanleiding een huisbezoek kregen, hadden nog 12% vermindering van de kans op ziekenhuisopname ten opzichte van patiënten die helemaal niet bezocht werden. Opvallend was dat bij chirurgische patiënten het krijgen van een huisbezoek niet van invloed

was op de kans van een heropname. Een contact met de patiënt binnen zeven dagen na ontslag uit het ziekenhuis, of dit nu door de huisarts, poh of praktijkverpleegkundige gedaan wordt, kan leiden tot een significante vermindering van het aantal heropnames. De effecten zijn groter als het een gestructureerd contact betreft waarbij op een geprotocolleerde wijze aandacht wordt besteed aan punten die van belang zijn voor een goede transitie van de ziekenhuis- naar de thuissituatie. Eindelijk dan een eenvoudige interventie die wél succesvol is in de ouderenzorg. ■

Bèr Pleumeekers

Shen E, et al. Association of a dedicated post-hospital discharge follow-up visit and 30-day readmission risk in a Medicare Advantage population. JAMA Intern Med. Published online 21 November 2016. Doi:10.1001/jamaintern-med.2016.7061.

Fitter door fitness bij borstkanker

Bewegen tijdens de behandeling van kanker is populair, maar wat levert het op? Kwaliteit van leven en stemming verbeteren niet door sporten, zo blijkt uit een recente Cochrane-review. Wel lijkt er enig positief effect te zijn op vermoeidheid.

Vrouwen met borstkanker leven steeds langer en met minder recidieven door verbetering en uitbreiding van het therapeutisch arsenaal. Daar staat tegen-

over dat steeds meer vrouwen steeds langer adjuvant behandeld worden, met de nodige bijwerkingen. Bewegen wordt als een mogelijk nuttig middel tegen deze bijwerkingen gezien. In deze Cochrane-review werd onderzocht wat de effecten zijn van aerobe en weerstandstrainingen ('sportschoolactiviteiten') op fysiek welbevinden, vermoeidheid, kwaliteit van leven, depressie en cognitief functioneren.

In totaal werden 32 gerandomiseerde onderzoeken gevonden met daarin 2626 vrouwen. Het aantal onderzoeken bleek verviervoudigd ten opzichte van de vori-

ge review, wat iets zegt over de interesse die er is in het onderwerp. De kwaliteit van de meeste onderzoeken was redelijk, maar soms ook matig. Er werden alleen effecten gevonden op lichamelijke fitheid en vermoeidheid. Mogelijk is dit te verklaren door de deels matige kwaliteit van de onderzoeken. Bij alle onderzoeken op dit vlak is het ontbreken van blinding een van de methodologische beperkingen. Niet onverwacht was het aantal gevonden 'adverse events' zeer beperkt.

Het is voor de huisarts goed om te weten dat deze effecten bestaan. Vaak worden fysieke activiteiten en begeleiding tijdens de behandeling in de tweede lijn al aangeboden. Patiënten zijn niet altijd gemotiveerd en stellen vragen over de zin ervan. Daarnaast is beweging een mogelijk nuttig zelfzorgadvies bij vermoeidheidsklachten tijdens en na behandeling met chemo- of radiotherapie. ■

Sjoerd Hobma

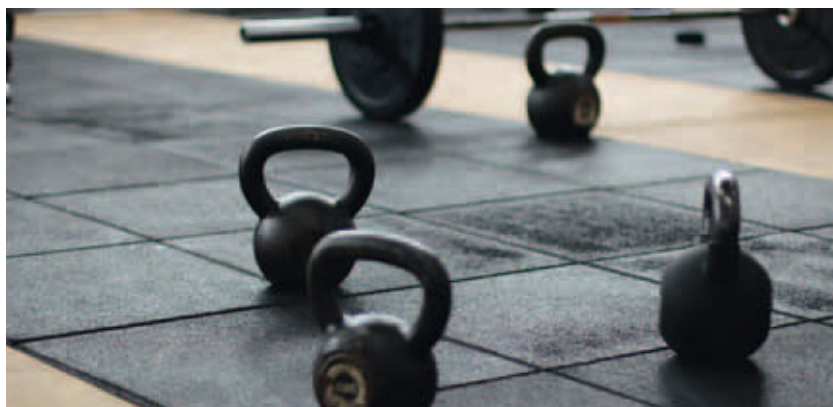


Foto: Pixabay

Furmaniak AC, et al. Exercise for women receiving adjuvant therapy for breast cancer. Cochrane Database Syst Rev 2016;9:CD005001.

Cannabisolie als pijnstilling bij kanker

Steeds meer patiënten vragen of cannabisolie een aanvulling kan zijn bij de behandeling van pijn bij kanker. De NHG-Standaard Pijn doet hier geen uitspraak over. Oncoline schrapte recent het advies over het gebruik van cannabinoïden bij pijn bij kanker uit de richtlijn. Gebaseerd op een systematische review uit 2001 werd het gebruik van cannabis ontraden omdat cannabisolie een vergelijkbaar effect heeft als codeïne, met daarnaast vaak optredende en soms ernstige bijwerkingen. Een recente systematische review uit 2016 laat zien dat dit advies – het ontraden van cannabisgebruik bij pijn – ongewijzigd kan blijven.

Lobos Urbina et al. komen tot deze conclusie na een kritische evaluatie van twee RCT's die na 2001 zijn verschenen. De RCT's zelf zijn positiever in hun interpretatie van de resultaten. Portenoy et al. concluderen op basis van secundaire eindpunten dat het preparaat nabiximol werkzaam en veilig is



Foto: Pixabay

bij lagere doseringen, ondanks een niet significante, primaire uitkomst. Financiering van beide onderzoeken door de fabrikant van het betreffende middel kan een rol spelen in deze positieve interpretatie.

Er is geen reden om als huisarts het gebruik van cannabisolie te initiëren, vanwege het beperkte pijnstillend effect en de mogelijke ernstige bijwerkingen. Cannabis kan echter een 'high' gevoel geven dat door patiënten als prettig kan worden ervaren. Symptomen als duizeligheid en concentratieverlies kunnen daarmee onderdeel van de wer-

king van cannabis zijn, in plaats van de bijwerking. Als patiënten zelf aangeven cannabisolie te willen, kan de huisarts hen informeren over de te verwachte werkingen en bijwerkingen. In Nederland verstrekt één apotheek (Transvaal apotheek in Den Haag) cannabisolie op recept. Overigens in een andere samenstelling dan in de besproken RCT's. ■

Frank Schalkwijk, Just Eekhof

Lobos Urbina D, et al. Are cannabinoids effective for treatment of pain in patients with active cancer? Medwave 2016 Sep 14;16 Suppl 3:e6539.

Minder uitstrijkjes bij negatief HPV veilig

Het screeningsinterval voor baarmoederhalskanker kan veilig uitgebreid worden van vijf naar tien jaar bij vrouwen zonder humaan papillomavirus (HPV). Dit toonden Nederlandse onderzoekers aan in een grootschalig onderzoek onder vrouwen tussen 29 en 61 jaar. De vrouwen werden drie screeningsrondes gevolgd, waarbij zij iedere vijf jaar een uitstrijkje lieten maken.

In totaal deden 43.439 vrouwen mee aan het onderzoek, gerandomiseerd in twee groepen. Uitstrijkjes van vrouwen in de interventiegroep werden getest op afwijkende cellen middels cytologie én de aanwezigheid van HPV, terwijl bij vrouwen in de controlegroep alleen cytologie werd verricht. De uitslag van

het uitstrijkje bepaalde de vervolghandeling. Vrouwen met een positieve HPV-test en negatieve cytologie werd geadviseerd om de testen na zes en achttien maanden te herhalen.

Een negatieve HPV-test voorspelt de kans op het (niet) ontwikkelen van ernstige dysplasie (CIN3+) en cervixcarcinomen beter dan een negatieve cytologische uitslag. Het risico op CIN3+ en cervixcarcinomen bij HPV-negatieve vrouwen na drie screeningsrondes (vijftien jaar) was vergelijkbaar met het risico bij vrouwen in de controlegroep na twee screeningsrondes (tien jaar). HPV-negatieve vrouwen van 40 jaar en ouder hadden 72% minder kans om CIN3+ te ontwikkelen dan jongere vrouwen. De afwezigheid van HPV lijkt dus een beschermende factor te zijn, vooral op oudere leeftijd.

Dit is belangrijk nieuws, aangezien HPV-negatieve vrouwen van 40 jaar en

ouder vanaf 2017 niet meer iedere vijf jaar, maar iedere tien jaar getest zullen worden in Nederland. Voor deze specifieke groep vrouwen lijkt een verlenging van het screeningsinterval veilig te zijn. ■

Vincent van Vugt

Dijkstra MG, et al. Safety of extending screening intervals beyond five years in cervical screening programmes with testing for high risk human papillomavirus: 14 year follow-up of population based randomised cohort in the Netherlands. BMJ 2016;355:i4924.

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

- Toch tamsulosine bij urinesteenlijden?
- Slaapmiddelen bij dementie
- Fysio niet van nut bij verstuurde enkel

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



Bekkenbodempfysotherapie bij urogenitale prolaps

Samenvatting

Panman CMC, Wiegersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-Van Leeuwen Y, Vermeulen KM, Dekker JH. Bekkenbodempfysotherapie bij urogenitale prolaps. *Huisarts Wet* 2017;60(2):62-4.

DOEL Wij vergeleken effect en kosten van bekkenbodempfysotherapie met die van afwachtend beleid gedurende twee jaar bij vrouwen met een symptomatische milde prolaps.

METHODE In vijftien Noord-Nederlandse huisartsenpraktijken randomiseerden we vrouwen ≥ 55 jaar met een symptomatische milde prolaps naar een groep die gedurende 24 maanden bekkenbodempfysotherapie kreeg en een controlegroep bij wie afwachtend beleid werd ingesteld. Primaire uitkomstmaat was verandering van bekkenbodempklachten, zoals gemeten met de Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20). Secundaire uitkomstmaten waren mate van prolaps, bekkenbodempspierfunctie, ziektespecifieke en algemene kwaliteit van leven, seksueel functioneren, subjectieve verandering van de klachten en kosten van de interventie.

RESULTATEN De PFDI-20 verbeterde gemiddeld 12,2 punten méér (95%-BI 7,2-17,2; $p < 0,001$) in de bekkenbodempfysotherapiegroep ($n = 145$) dan in de controlegroep ($n = 142$). Bij vrouwen die bij aanvang meer bekkenbodempklachten hadden, was het verschil 27,5 punten (95%-BI 14,6 tot 40,4; $p < 0,001$). Vrouwen in de bekkenbodempfysotherapiegroep gaven vaker aan dat hun klachten verbeterd waren (43 versus 13%). De directe medische kosten waren hoger bij bekkenbodempfysotherapie dan bij afwachtend beleid (€ 330 versus € 91 per persoon); de kosten voor incontinentiemateriaal waren lager (€ 40 versus € 77). We vonden geen verschillen in mate van prolaps, bekkenbodempspierfunctie, kwaliteit van leven en seksueel functioneren.

CONCLUSIE Bekkenbodempfysotherapie leidde bij vrouwen met een symptomatische milde prolaps na 24 maanden tot meer verbetering dan afwachtend beleid. De verbetering was echter te klein om klinisch relevant te zijn. Mogelijk is de interventie wel effectief voor vrouwen die bij aanvang veel klachten hadden. Afwachtend beleid kan een goede optie zijn bij lichte klachten; bekkenbodempfysotherapie kan overwogen worden bij vrouwen met hinderlijke bekkenbodempklachten, en dan met name voor vrouwen met een milde prolaps die gepaard gaat met mictieklachten.

INLEIDING

Met de term 'prolaps' wordt in het algemeen een verzakking van de vaginawand en/of de uterus aangeduid. Een dergelijke prolaps is aanwezig bij 3-12% van alle vrouwen en de prevalentie neemt toe met de leeftijd. De symptomen variëren van een zichtbare of voelbare zwelling in de vaginaopening of een zwaar, drukkend gevoel in het bekkengebied tot blaas- of darmklachten, zoals incontinentie of obstructie van urine of feces.¹ Een prolaps kan het dagelijks functioneren, de seksualiteit en de kwaliteit van leven negatief beïnvloeden. De behandelingsmogelijkheden zijn bekkenbodempfysotherapie, een pessarium of een operatie.

Bij een milde prolaps of als de patiënt geen goede kandidaat is voor een operatie, verdient een conservatieve behandeling zoals bekkenbodempfysotherapie de voorkeur. Bekkenbodempfysotherapie lijkt de klachten bij vrouwen met een milde prolaps op de korte termijn te kunnen verbeteren, maar over de effectiviteit en de kosten op langere termijn is nog niets bekend.²⁻⁴ Wij vergeleken effect en kosten van bekkenbodempfysotherapie gedurende twee jaar met die van afwachtend beleid in een populatie vrouwelijke huisartspatiënten met een symptomatische milde prolaps.

METHODE

Wij voerden ons onderzoek uit in vijftien Noord-Nederlandse huisartsenpraktijken. De inclusie vond plaats tussen 14 oktober 2009 en 19 oktober 2012. Het onderzoeksprotocol en de kortetermijnresultaten werden eerder gepubliceerd.^{5,6} Huisartsen werd gevraagd om alle vrouwen te selecteren van 55 jaar of ouder die in hun praktijk stonden ingeschreven, met uitzondering van vrouwen die in het afgelopen jaar een prolapsbehandeling hadden ondergaan, in behandeling waren voor een urologische of gynaecologische aandoening, cognitieve proble-

Wat is bekend?

- Bekkenbodempfysotherapie kan de bekkenbodempklachten verbeteren bij sommige vrouwen met een milde prolaps.
- Of bekkenbodempfysotherapie ook op de langere termijn effectief is, is niet onderzocht.

Wat is nieuw?

- Bekkenbodempfysotherapie leidt tot significant meer verbetering van bekkenbodempklachten dan afwachtend beleid, maar of het verschil klinisch relevant is, is nog onduidelijk.
- Bij vrouwen met hinderlijke bekkenbodempklachten kan bekkenbodempfysotherapie overwogen worden; bij milde bekkenbodempklachten is afwachtend beleid een optie.
- De directe kosten van bekkenbodempfysotherapie zijn na twee jaar € 161-319 hoger dan die van afwachtend beleid; daartegenover staat een besparing op incontinentiemateriaal.

Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen; C.M.C.R. Panman, arts-in-opleiding tot huisarts en onderzoeker (aiotho); M. Wiegersma, aiotho; dr. B.J. Kollen, epidemioloog; prof.dr. M.Y. Berger, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. Y. Lisman-van Leeuwen, klinisch epidemioloog; dr. J.H. Dekker, universitair hoofddocent, huisarts. UMC Groningen, afdeling Epidemiologie; K.M. Vermeulen, epidemioloog • Correspondentie: c.m.c.r.panman@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Panman CMC, Wiegersma M, Kollen BJ, Berger MY, Lisman-van Leeuwen Y, Vermeulen KM, Dekker JH. Two-year effects and cost-effectiveness of pelvic floor muscle training in mild pelvic organ prolapse: a randomised controlled trial in primary care. *BJOG* 2016 Mar 21. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.



Foto: Shutterstock/Daniel Dash

men of een ernstige ziekte hadden, immobiel waren of niet in staat zelfstandig een Nederlandstalige vragenlijst in te vullen.

De geselecteerde vrouwen kregen een vragenlijst thuisgestuurd waarin hen gevraagd werd of zij een vaginale uitpuiling konden zien of voelen, een zwaar of drukkend gevoel hadden in het bekkengebied, last hadden van ongewenst urineren of de vaginawand weleens moesten terugduwen bij mictie of defecatie. Vrouwen met een of meer van deze symptomen kregen een uitnodiging voor een intake door een van de arts-onderzoekers. De intake bestond uit een interview en een lichamelijk onderzoek om de mate van prolaps vast te stellen. Vrouwen met een milde prolaps (boven het hymen bij maximaal persen) kwamen in aanmerking voor randomisatie.

De geïncludeerde vrouwen werden via blokrandomisatie met variabele blokgroottes toegewezen aan een groep die bekkenbodempfysotherapie kreeg en een controlegroep bij wie afwachtend beleid werd ingesteld. De arts-onderzoekers zorgden na randomisatie voor de verwijzing naar een bekkenbodempfysotherapeut, maar waren tijdens follow-up blind voor de uitkomsten van de vragenlijsten en het voorgaand lichamelijk onderzoek. De onderzoeker die de analyses uitvoerde, was blind voor de toegewezen behandeling.

Interventies

Deelnemers in de bekkenbodempfysotherapiegroep werden verwezen naar een bekkenfysotherapeut die geregistreerd was bij de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenbodemproblematiek (NVFB). De bekkenfysotherapeut gaf uitleg over de bekkenbodem en instructies over het correct aan- en ontspannen van de bekkenbodemspieren. Iedereen kreeg een uniform basisoefenschema, aangevuld met individuele oefeningen. Alle deelnemers leerden hun bekkenbodemspieren aan te spannen tijdens drukverhogende momenten (hoesten, niezen, tillen) en kregen informatie over toiletgewoonten en leefstijladviezen. De deelnemers in de controlegroep met afwachtend beleid kregen geen actieve behandeling of adviezen. Alle deelnemers stond het gedurende het onderzoek vrij om hun huisarts of een andere behandelaar te consulteren voor prolapsklachten.

Uitkomstmaten

We bepaalden de uitkomsten voor beide onderzoekarmen op vier momenten: bij inclusie en na 3, 12 en 24 maanden.

De primaire uitkomstmaat waren bekkenbodemplachten zoals gemeten met een gevalideerde vragenlijst, de Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20).⁷ Deze vragenlijst heeft een totaal scorebereik van 0-300, waarbij een hogere score wijst op meer klachten.

Secundaire uitkomstmaten waren de hoeveelheid prolaps-, darm- en blaassymptomen, zoals gemeten met de drie subschalen van de PFDI-20 (respectievelijk POPDI-6, CRADI-8, UDI-6).⁷ Andere secundaire uitkomstmaten waren ziektespecifieke kwaliteit van leven, zoals gemeten met de Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7),⁷ algemene kwaliteit van leven, zoals gemeten met de fysieke en de mentale subschaal (PCS-12 en MCS-12) van de 36-Item Short-Form Health Survey,⁸ en het seksueel functioneren, zoals gemeten met de Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire (PISQ-12).⁹ Ook vroegen de onderzoekers naar de subjectieve verandering van de klachten ('Zijn de klachten veel verbeterd, verbeterd, gelijk gebleven, verslechterd of veel verslechterd sinds de start van het onderzoek?').¹⁰

Tijdens een lichamelijk onderzoek werd de mate van prolaps vastgesteld volgens de Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q)¹¹ en de bekkenbodemspierfunctie bepaald volgens het schema van de International Continence Society (normaal, onderactief, overactief of inactief).¹²

Ten behoeve van de kostenanalyse registreerden de onderzoekers aard en aantal van de prolapsgerelateerde behandelingen en consulten.

Statistische analyse

Als klinisch relevant verschil in de primaire uitkomstmaat definieerden we een verschil van minstens 15 punten in de verbetering van de PFDI-20-score. Om dit verschil te detecteren hadden we 216 deelnemers nodig ($\alpha = 0,05$; $\beta = 0,20$; standaarddeviatie voor het verschil = 36, uitvalspercentage 15%).⁵

Vanwege de herhaalde metingen pasten we lineaire multilevelanalyse toe volgens het intention-to-treatprincipe, gecorrigeerd voor de vragenlijstscore bij inclusie en voor POP-Q-stadium (stadium 1 of 2). Met MLwiN 2.29 (Centre for Multilevel Modeling, University of Bristol, UK) toetsten we of de behandelgroepen in de loop van de follow-upperiode van elkaar verschilden.¹³ Aanvullend voerden we voor de PFDI-20 een post-hoc subgroepanalyse uit van de deelnemers die bij aanvang de hoogste PFDI-20-scores hadden (hoogste kwartiel).

Met een chikwadraattoets bepaalden we of er verschil was in het aantal deelnemers dat een subjectieve verandering van klachten rapporteerde of bij wie een verandering in POP-Q-stadium of bekkenbodemspierfunctie optrad. Deze analyses werden gedaan met behulp van SPSS 23.0.

De directe medische kosten stelden we vast conform de Nederlandse richtlijnen (niveau 2013).¹⁴ De kosteneffectiviteit van bekkenbodempfysotherapie ten opzichte van afwachtend beleid drukten we uit in een incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER).

RESULTATEN

287 vrouwen werden gerandomiseerd naar een groep met bekkenbodempfysotherapie ($n = 145$) en een groep met afwachtend beleid ($n = 142$) (zie [tabel 1] op www.henw.org). Zij waren gemiddeld 64,5 (sd 6,8) jaar oud en 97,9% was post-menopauzaal. De meeste vrouwen (53,7%) hadden een voorwandprolaps. De mediane behandelduur in de interventiearm was zestien weken, het mediane aantal behandelingen was zeven. Er werden geen bijwerkingen van bekkenbodempfysotherapie gemeld.

De scores op de vragenlijsten zijn weergegeven in [tabel 2] op www.henw.org. In de bekkenbodempfysotherapiegroep was de PFDI-20-score na 24 maanden significant méér verbeterd dan in de groep met afwachtend beleid: het verschil was gemiddeld 12,2 punten (95%-BI 7,2 tot 17,2; $p < 0,001$). Bij subgroepanalyse bleek dit verschil het grootst bij de vrouwen die bij aanvang de hoogste PFDI-20-score hadden; in de bekkenbodempfysotherapiegroep was de score na 24 maanden gemiddeld 27,5 punten hoger (95%-BI 14,6 tot 40,4; $p < 0,001$), een verbetering van 25% ten opzichte van afwachtend beleid.

In de bekkenbodempfysotherapiegroep gaven na 24 maanden significant meer vrouwen aan dat hun klachten verbeterd waren (43% versus 14% bij afwachtend beleid; $p < 0,001$). Het percentage deelnemers van wie het POP-Q-stadium verbeterde was bij bekkenbodempfysotherapie 28% en bij afwachtend beleid 17%, het percentage bij wie verslechtering optrad was bij bekkenbodempfysotherapie 15% en bij afwachtend beleid 21%; de verschillen waren echter niet significant ($p = 0,14$). De bekkenbodemspierfunctie verbeterde in beide groepen bij rond een kwart en bleef hetzelfde bij ongeveer 60% ($p = 0,062$). Er waren geen verschillen in kwaliteit van leven en seksueel functioneren.

De directe medische kosten bedroegen bij bekkenbodempfysotherapie per persoon € 330 versus € 91 bij afwachtend beleid, een verschil van € 239 (95%-BI 161 tot 319). De ICER van de PFDI-20-vragenlijst was € 43 (95%-BI 18 tot 237); voor één punt extra verbetering op de vragenlijst ten opzichte van afwachtend beleid moet € 43 in de bekkenbodempfysotherapie worden geïnvesteerd. Wel waren de kosten voor incontinentiemateriaal in deze groep lager (€ 40 versus € 77).

BESCHOUWING

Uitkomsten

Dit is het eerste onderzoek waarin het effect van bekkenbodempfysotherapie twee jaar lang onderzocht is bij vrouwen

met een milde prolaps in de eerste lijn. Bekkenbodempfysotherapie gaf significant meer verbetering dan afwachtend beleid, maar het gevonden verschil was kleiner dan het vooraf vastgestelde minimaal klinisch relevante verschil van 15 punten op de PFDI-20. Het lijkt erop dat sommige vrouwen baat hebben bij bekkenbodempfysotherapie, maar andere niet: 43% van de vrouwen in de bekkenbodempfysotherapiegroep gaf aan dat de klachten verbeterd waren, de rest vond dat hun klachten hetzelfde gebleven of verslechterd waren. Wel liet onze subgroepanalyse zien dat de bekkenbodempfysotherapie meer verbeterden bij vrouwen die bij aanvang van het onderzoek meer bekkenbodempfysotherapie hadden. Daarnaast vonden we dat bij vrouwen in de bekkenbodempfysotherapiegroep mictieklachten meer verbeterden dan prolaps- of darmklachten. Dit suggereert dat bekkenbodempfysotherapie effectief zou kunnen zijn voor vrouwen met hinderlijke klachten, en dan met name voor vrouwen met een milde prolaps die gepaard gaat met mictieklachten.

Beperkingen van het onderzoek

Een beperking van ons onderzoek is dat we de deelnemers via een screening geïncludeerd hebben. We hebben daarvoor gekozen omdat veel vrouwen met prolapsklachten niet naar de huisarts gaan. Daardoor zijn ook vrouwen geïncludeerd die slechts lichte klachten hadden, wat kan hebben geleid tot onderschatting van het effect van de interventie. Verder zijn de deelnemers bloksgewijs per huisartsenpraktijk geïncludeerd; daardoor zijn 287 in plaats van de benodigde 216 vrouwen geïncludeerd en is de kans op het vinden van een statistisch significant verschil toegenomen. Een laatste punt is dat de bekkenbodempfysotherapie niet plaatsvond volgens een standaardprotocol, wat in de dagelijkse praktijk ook niet gebruikelijk is. Alle deelnemende bekkenfysotherapeuten waren geregistreerd en aangesloten bij de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie bij Bekkenproblematiek, zodat alle deelnemende vrouwen volgens hetzelfde basisschema getraind zouden moeten zijn, maar eventuele verschillen tussen behandelaars kunnen we niet uitsluiten.

CONCLUSIE

Bekkenbodempfysotherapie leidde tot significant meer verbetering van bekkenbodempfysotherapie dan een afwachtend beleid, maar het is nog onduidelijk of dit verschil klinisch relevant is. Bekkenbodempfysotherapie lijkt wel effectief te zijn bij vrouwen die veel klachten hebben en dan met name bij vrouwen met een milde prolaps die gepaard gaat met mictieklachten. Afwachtend beleid lijkt daarom een goede optie bij milde klachten; bekkenbodempfysotherapie zou overwogen kunnen worden bij hinderlijke bekkenbodempfysotherapie. ■

LITERATUUR

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

Hoe de bevalling verdween bij de huisarts

Verloskundige zorg in een Friese plattelandspraktijk, 1974-2011

Samenvatting

Wijthoff EPP, Stekelenburg J. *Hoe de bevalling verdween bij de huisarts: Verloskundige zorg in een Friese plattelandspraktijk, 1974-2011*. Huisarts Wet 2017;60(2):65-7.

ACHTERGROND Steeds minder bevallingen worden door de huisarts begeleid. Het aantal bevallingen in de kliniek neemt toe en bij thuisbevallingen wordt vaak de verloskundige ingeschakeld. Dit artikel beschrijft de ontwikkeling van de verloskunde in een huisartsenpraktijk over 36 jaar.

METHODE Retrospectief beschrijvend onderzoek van alle bevallingen die in de periode 1974-2011 werden begeleid door de eerste auteur, huisarts in een Friese plattelandspraktijk.

RESULTATEN De dossiers vermeldden 1101 bevallingen, waarvan er 786 geheel werden begeleid door de huisarts en 315 primair of secundair klinisch plaatsvonden. In 36 jaar tijd halveerde het jaarlijks aantal bevallingen dat door de huisarts werd begeleid en steeg het percentage klinische bevallingen van nog geen 10% tot meer dan 50%.

CONCLUSIE Dit onderzoek illustreert hoe de verloskundige zorg in veertig jaar tijd vrijwel geheel uit de Nederlandse huisartsenpraktijk is verdwenen, zonder dat de kwaliteit van de zorg daarbij een rol speelde. Bijna ongemerkt hebben huisartsen daarmee een belangrijk aspect van de gezinsgeneeskunde uit handen gegeven.

INLEIDING

De organisatie van de verloskundige zorg in Nederland verandert. Een van de grootste, en ook opvallend weinig besproken, veranderingen is dat de huisarts vrijwel geen rol meer speelt bij bevallingen. Deze ontwikkeling begon decennia geleden al in stedelijke gebieden en krijgt nu ook zijn beslag op het platteland. Ondanks pleidooien voor verloskundige zorg als onderdeel van de gezinsgeneeskunde ('Als je eenmaal de bevalling hebt gedaan bij een gezin dan hoor je erbij, dan ben je echt de gezinsdokter') is de verloskundig actieve huisarts vrijwel van het toneel verdwenen. In 1977 waren er nog 2700 huisartsenpraktijken van waaruit bevallingen werden begeleid, in 2011 was dat aantal gedaald tot ongeveer twintig praktijken, waarvan de meeste in Zeeland, Noord-Friesland, op Urk en op de Waddeneilanden.

In dit artikel beschrijven wij de verloskundige zorg die tussen 1974 en 2011 geboden werd door één huisarts op het Friese platteland. In de beschouwing reflecteren we op het verdwijnen van de huisarts uit de verloskunde, de (maatschappelijke) ontwikkelingen die daaraan ten grondslag hebben gelegen en de kwaliteit van de verleende verloskundige zorg.

Erik Wijthoff volgde in 1974 zijn vader op, die ook een enthousiast verloskundig actieve huisarts was. In 1953 had Wijthoff sr. in dezelfde praktijk de Friese Siamese tweeling Folkje en Tjitske thuis ter wereld gebracht. Over deze tweeling

schreef Rik Kuiper het boek *Lieve meisjes, heel gewoon* (Leeuwarden: Uitgeverij Noordboek, 2014).

METHODE

Dit is een retrospectief beschrijvend onderzoek van alle bevallingen die tussen 1974 en 2011 werden begeleid door één huisarts, de eerste auteur. Vrijwel alle bevallingen betroffen vrouwen uit diens huisartsenpraktijk; een deel kwam voort uit waarnemingen tijdens diensten. De praktijk was gevestigd in Oenkerk, een dorp op het Noord-Friese platteland, en had in de beschreven jaren gemiddeld 2300 patiënten. Als onderdeel van het normaal professioneel handelen hield de huisarts van alle bevallingen een verloskundig dossier bij waarin onder andere datum, plaats van de bevalling (thuis, poliklinisch of klinisch), modus partus, reden van verwijzing en termijn (preterm, à terme of serotien) registreerd werden. Dossiers werden alleen bijgehouden voor bevallingen bij een termijn van meer dan 26 weken.

RESULTATEN

In de periode 1974-2011 begeleidde deze huisarts in totaal 1101 bevallingen [figuur 1], waarvan 786 (71%) helemaal zelf, zonder tussenkomst van de specialist. Van deze 786 bevallingen vonden er 619 (79%) thuis plaats en 167 (21%) poliklinisch in het ziekenhuis. De overige 315 bevallingen (29%) werden mede begeleid

Wat is bekend?

- De verloskundig actieve huisarts is in de afgelopen jaren vrijwel geheel verdwenen.
- Aan deze ontwikkeling is geen gedegen analyse of beleidsbeslissing voorafgegaan; het is gewoon gebeurd.
- Het aantal thuisbevallingen en poliklinische bevallingen is afgenomen en het aantal klinische bevallingen is toegenomen.

Wat is nieuw?

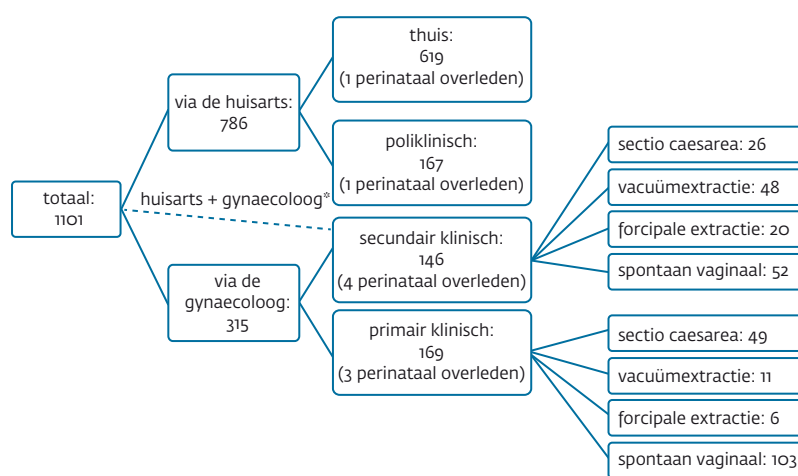
- Eén huisarts begeleidde 1101 bevallingen in de periode 1974-2011, waarvan 71% zonder tussenkomst van een specialist.
- Tussen 1974 en 2011 steeg het percentage klinische bevallingen van nog geen 10% tot meer dan 50%; het aantal bevallingen dat door de huisarts werd begeleid halveerde.
- Afgemeten aan de verwijzingen en de perinatale sterfte deed de kwaliteit van de verloskundige zorg die de huisarts leverde niet onder voor het landelijk gemiddelde.

E.P.P. Wijthoff, gepensioneerd huisarts, Pier Panderstraat 10E, 8913 CH Leeuwarden. Medisch Centrum Leeuwarden, afdeling Verloskunde & Gynaecologie/Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Gezondheidswetenschap, Global Health, Groningen; prof.dr. J. Stekelenburg, gynaecoloog, arts internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde • Correspondentie: epp.wijthoff@upcm.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel 1 Indicaties voor de 169 primair klinische bevallingen

Indicatie voor verwijzing	n	Bijzonderheden	Sectio caesarea	Vacuümextractie	Forcipale extractie	Spontane vaginale bevalling
Serotiniteit (inleiden)	36	1 perinataal overleden	5	4	4	23
Geplande sectio caesarea	30		30			
Stuitligging	26		8			18
Partus prematurus	19	1 perinataal overleden		1		18
Toxicose	9		3		1	5
Meerling	9	8 tweelingen, 1 drieling	1	1		7
Vaginaal bloedverlies	6					6
Overig (medicatie, ICSI, IVF enzovoort)	34	1 perinataal overleden	2	5	1	26
Totaal	169		49	11	6	103

ICSI = intracytoplasmatische sperma-injectie; IVF = in-vitrofertilisatie.

Figuur 1 Beloop van 1101 bevallingen in de periode 1974-2011 die begeleid werden door één huisarts

* Bevallingen die door de huisarts durante partu werden overgedragen aan de gynaecoloog.

Abstract

Wijthoff EPP, Stekelenburg J. The disappearance of obstetric care from general practice, 1974-2011. *Huisarts Wet* 2017;60(2):65-7.

BACKGROUND General practitioners (GPs) attend fewer and fewer deliveries. Hospital delivery is increasingly popular and midwives often provide care for home births. This article describes how obstetric services have changed in a general practice over 36 years.

METHOD Descriptive retrospective study of all deliveries in the period 1974-2011 attended by the first author, a GP in rural Friesland, the Netherlands.

RESULTS Of 1101 deliveries, 786 were attended by the GP and 315 occurred in hospital. In 36 years, the annual number of deliveries attended by the GP decreased by 50% while the proportion of hospital deliveries increased from less than 10% to more than 50%.

CONCLUSION Findings show that in the last 40 years obstetric services have virtually disappeared from general practice. This is not related to the quality of care provided. Almost without noticing it, GPs have lost responsibility for an important element of family medicine.

door een gynaecoloog, voor het grootste gedeelte in Leeuwarden. Van deze 315 bevallingen waren er 169 (54%) primair klinisch, dus al voor het begin van de bevalling verwezen, en 146 (46%) secundair klinisch, dus tijdens de bevalling verwezen.

In [figuur 2] is te zien hoe het aantal bevallingen dat per jaar door de huisarts werd begeleid in de periode 1974-2011 halveerde van ongeveer 40 tot minder dan 20, en hoe het percentage klinische bevallingen toenam van nog geen 10% tot meer dan 50%.

Bij 169 vrouwen (15%) droeg de huisarts de bevalling van tevoren al over aan een gynaecoloog; [tabel 1] toont de indicaties voor deze primair klinische bevallingen. Van de betrokken vrouwen bevielden er 103 (61%) spontaan vaginaal, 49 (29%) per keizersnede en 17 (10%) met een vaginale kunstverlossing (vacuüm of forceps).

Bij 146 bevallingen (13%) werd de vrouw durante partu aan de kliniek overgedragen. Dit waren voor de huisarts veelal de zwaarste en spannendste bevallingen; [tabel 2] toont de redenen voor verwijzing. Van deze vrouwen bevielden er 52 (36%) spontaan vaginaal, 26 (18%) per keizersnede en 68 (47%) met vacuüm- of forcipale extractie. Opvallend is dat van de vrouwen die werden ingestuurd vanwege niet vorderende uitdrijving slechts drie alsnog vaginaal bevielden.

Bij negen van de 1101 bevallingen trad perinatale sterfte op (8,2 per 1000). Van deze negen bevallingen werden er zeven begeleid door een gynaecoloog. Van drie sterfgevallen was de oorzaak waarschijnlijk solutio placentae (eenmaal na een auto-ongeval), twee waren het gevolg van ernstige congenitale afwijkingen en van twee is de oorzaak niet duidelijk. Tijdens één thuisbevalling overleed het kind door onbekende oorzaak, bij één poliklinische bevalling overleed het kind post partum, waarschijnlijk als gevolg van strakke omstrengeling.

BESCHOUWING

Dit dossieronderzoek laat zien hoe de verloskundige zorg langzamerhand verdween uit één huisartsenpraktijk. Het aantal bevallingen dat door de huisarts werd begeleid nam af, het percentage bevallingen dat klinisch werd begeleid nam toe. De eerstelijns verloskundige zorg werd overgenomen door een verloskundigenpraktijk die een groter gebied bestreek en daardoor een voldoende aantal bevallingen kon doen.

Tabel 2 Indicaties voor de 146 secundair klinische bevallingen (verwijzing durante partu)

Reden van verwijzing	n	Bijzonderheden	Sectio caesarea	Vacuümextractie	Forciple extractie	Spontane vaginale bevalling
Niet vorderende uitdrijving	71		9	41	18	3
Niet vorderende ontsluiting	22		4	2	1	15
Meconiumhoudend vruchtwater + harttoonpathologie	12			1	1	10
Stuitligging	9		3			6
Bloeding (onder andere placenta praevia)	5	1 perinataal overleden	2			3
Uitgezakte navelstreng	1		1			
Overig (onder andere intra-uteriene vruchtdood, pijn, paniek)	26	3 perinataal overleden	7	4		15
Totaal	146		26	48	20	52

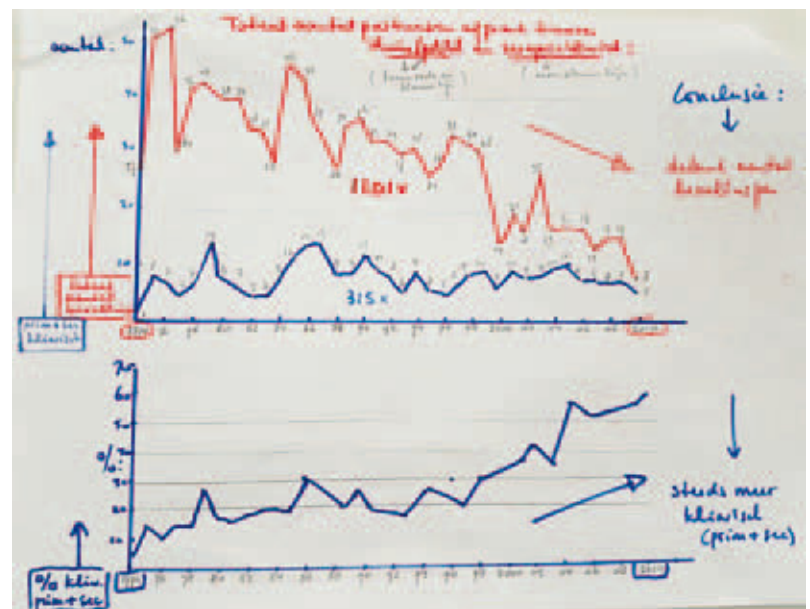
Deze ontwikkeling deed zich in geheel Nederland voor. Op basis van de landelijke verloskunderegistratie is de schatting gemaakt dat het percentage door huisartsen begeleide bevallingen daalde van ongeveer 5% in 2002 naar 0,5% in 2008. In dat laatste jaar begeleidden huisartsen nog ongeveer 1000 bevallingen.² In 2011 waren in Nederland naar schatting nog 200 huisartsen verloskundig actief. Elk van hen begeleidde dus hooguit vijf bevallingen per jaar en dat is te weinig om de vaardigheden op peil te houden.

Aan deze verandering ligt een aantal factoren ten grondslag, zoals dalende geboortecijfers, strengere indicaties voor klinische bevallingen, het langzaam afnemende enthousiasme van jonge huisartsen om bevallingen te begeleiden en de geringere aandacht voor de verloskunde tijdens de opleiding tot huisarts. Een belangrijke rol speelden ook veranderingen in de huisartsgeneeskundige dienstenstructuur, zoals de opkomst van de dokterswacht en de groei van het aantal part-time werkende huisartsen.

Anno 2016 steggelen verloskundigen en gynaecologen over de oorzaken van de vermeend hoge perinatale sterfte in Nederland. De hier beschreven gegevens geven geen aanleiding te twifelen aan de kwaliteit van de verloskundige zorg die de huisarts verleende. De perinatale sterfte van 8,2 per 1000 bevallingen is iets hoger dan het recentste gemiddelde voor heel Nederland (7,4 per 1000 in 2014),⁴ maar lager dan de in vroeger jaren gerapporteerde Nederlandse gemiddelden. Ook andere cijfers wijzen erop dat de verloskundige zorg goed was, met adequate risicoselectie, tijdige verwijzing en acceptabele uitkomsten. Een voorbeeld is dat van de 71 vrouwen die werden verwezen vanwege niet-vorderende uitdrijving, er slechts drie alsnog vaginaal bevielen in het ziekenhuis.

De hier gepresenteerde gegevens zijn afkomstig van één huisarts uit één praktijk; ze zijn natuurlijk niet per se van toepassing op andere praktijken of andere huisartsen. De ontwikkeling die zich in deze praktijk heeft voltrokken, is echter ook waargenomen in andere praktijken in het gehele land en is nog niet eerder zo duidelijk zichtbaar gemaakt in een historisch overzicht.

Anno 2017 is de verloskundig actieve huisarts vrijwel ge-

Figuur 2 Aantal bevallingen tussen 1974 en 2011, thuis en poliklinisch (boven) versus klinisch (onder)

Bron: E.P.P. Wijthoff.

heel verdwenen. Aan deze ontwikkeling is geen gedegen analyse voorafgegaan van wat er goed ging en wat er beter kon. Het is zo gegaan... Hetzelfde zou kunnen gebeuren, als we niet oppassen, met andere zeer belangrijke onderdelen van het huisartsenvak, zoals de 24-uurs bereikbaarheid en de terminale zorg. ■

LITERATUUR

- 1 Broersen SFM. De verloskundig actieve huisarts. Med Contact 2010;39:1986-7.
- 2 Van der Velden L, Hingstman L, Wiegers T, Kenens R. Verloskundig actieve huisarts bestaat nog steeds. Huisarts Wet 2012;55:131.
- 3 Wiegers TA. Steeds minder huisartsen verloskundig actief. Huisarts Wet 2003;46:436-9.
- 4 Dijs-Elsinga J, Groenendaal F, van Huis AM, de Miranda E, Ravelli ACJ, Tamminga P. Jaarboek perinatale zorg in Nederland 2014. Utrecht: Stichting Perined; 2015.

De Levenseindekliniek: van bedreiging naar samenwerking

Samenvatting

Dees MK, Van der Heide A. De Levenseindekliniek: van bedreiging naar samenwerking. *Huisarts Wet* 2017;60(2):68-70.

De Stichting Levenseinde Kliniek is in maart 2012 opgericht op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde. Het doel is hulp bieden aan mensen bij wie de eigen arts het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding heeft afgewezen. De Levenseindekliniek streeft er op langere termijn naar zich door kennisverspreiding overbodig te maken. Het euthanasieverzoek van een patiënt wordt alleen uitgevoerd als aan de wettelijke voorwaarden kan worden voldaan. Onder de argusogen van de maatschappij gingen de ambulante teams op weg. Van de 1035 in 2014 ontvangen verzoeken werden er 365 uitgevoerd door een arts van de Levenseindekliniek. Drie keer gaf de toetsingscommissie het oordeel 'niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen' af. Een langdurige patiënt-artsrelatie blijkt niet nodig voor een zorgvuldig euthanasietraject. De samenleving en de KNMG erkennen de Levenseindekliniek als expertisecentrum en Nederland heeft een second opinion-optie voor mensen met een euthanasieverzoek. De vraag waar de Nederlandse samenleving anno 2017 voor staat is of dit de manier is waarop wij met vragen over kwaliteit van leven en sterven van kwetsbare burgers willen omgaan.

AANLEIDING

Op 1 maart 2012 is de Stichting Levenseinde Kliniek (SLK) opgericht op initiatief van de NVVE, de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde. De NVVE was bij monde van Petra de Jong van mening dat 'voor hulp bij zelfdoding de wet meer ruimte biedt dan de gemiddelde arts neemt. Veel patiënten die verzoeken om levensbeëindiging, krijgen daarvoor nul op het rekest. Voor hen biedt de Levenseindekliniek letterlijk en figuurlijk een uitweg'.¹ De SLK was het antwoord van de NVVE op de hulpvragen van mensen die bij hun eigen arts geen gehoor vinden voor hun euthanasieverzoek.¹ Vooral bij patiënten met ernstige somatische aandoeningen, anders dan kanker en dementie, en chronische psychiatrische aandoeningen, komen veel niet gehonoreerde verzoeken voor.² Het doel van de virtuele kliniek is het bieden van hulp aan mensen bij wie de eigen arts het verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding heeft afgewezen. Daarnaast zet de SLK haar deskundigheid in als expertisecentrum en streeft ze eraan zichzelf door kennisverspreiding overbodig te maken.³ De SLK geeft alleen uitvoering aan het verzoek van de patiënt als is vastgesteld dat aan de wettelijke voorwaarden voor euthanasie of hulp bij zelfdoding kan worden voldaan. In deze beschouwing willen wij de lezer meenemen in de wording van de SLK en beschrijven hoe de door artsen gevreesde bedreiging

van de arts-patiëntrelatie veranderde in acceptatie van de SLK als volwaardige speler in het Nederlandse euthanasieveld.

TEGENWIND

In de reacties op de oprichting van de SLK van artsen, ethici, juristen, Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE's) en de politiek voerden zorg en weerstand de boventoon. Artsen en ethici waren van mening dat professionele standaarden en zorgvuldige besluitvorming bij een instelling als de Levenseindekliniek in het nauw zouden komen doordat de focus van de werkzaamheden zozeer op levensbeëindiging is gericht.⁴ Een zorgvuldige besluitvorming over de dood vraagt om een open blik en geen tunnelvisie waarin de dood de enige uitkomst is. Ook vreesde men dat de SLK ten onrechte de verwachting zou kunnen wekken dat er een recht op euthanasie bestaat. Men vroeg zich bezorgd af of artsen de belasting van een euthanasieverzoek uit de weg zouden gaan door de mogelijkheid van een 'doorverwijzing' naar de SLK. De oprichting van de Levenseindekliniek riep ook de vraag op of de medische beroepsgroep er zelf niet actiever voor moet zorgen dat patiënten elders terecht kunnen als de eigen arts geen euthanasie kan of wil uitvoeren.⁵

De RTE's besloten in 2012 dat alle conceptoordelen over SLK-meldingen aan alle commissieleden van alle vijf de RTE's zouden worden voorgelegd.⁶ In 2013, toen men bij de afhandeling onderscheid maakte tussen vraagopropende en niet-vraagopropende meldingen, spraken de RTE's af dat alle SLK-meldingen, gezien de overdracht van de behandelend arts naar de SLK-arts en de daardoor relatief kortdurende relatie tussen arts en verzoeker, als vraagopropend zouden worden behandeld.⁷ In antwoord op Kamervragen benadrukte minister Schippers dat de SLK niet in strijd is met de wet, maar zij voegde daaraan toe: 'Het is mijns inziens het meest wenselijk dat een verzoek om levensbeëindiging en het proces om dit verzoek te onderzoeken, plaatsvindt binnen de bestaande arts-patiëntrelatie. Immers, deze arts heeft inzicht in de gehele situatie van de patiënt en is bekend met zijn of haar achtergrond'.⁸

De kern

- De Levenseindekliniek is bedoeld voor mensen wier euthanasieverzoek door de eigen arts is afgewezen.
- De oprichting in 2012 riep brede maatschappelijke zorg en weerstand op.
- Aangemelde verzoeken om levensbeëindiging bij de kliniek zijn vaak complex: psychiatrische patiënten, dementerenden, mensen met meerdere ouderdomsklachten.
- Ministeries en KNMG maken inmiddels gebruik van de expertise van de kliniek.
- Een patiënt die vanuit zijn visie de Levenseindekliniek inschakelt, mag rekenen op continuïteit van zorg, en waar nodig nazorg, door de huisarts.

OP WEG

Ondanks de tegenwind gingen de ambulante SLK-teams op weg. Inmiddels doen veertig teams, elk bestaande uit een arts en een verpleegkundige, door het hele land beoordelingen van euthanasieverzoeken.

De SLK beschouwt elke aanmelding als een complexe zorgvraag.⁹ Het SLK-team maakt een inventaris van het euthanasieverzoek, overlegt met de (hoofd)behandelaar(s) en wint de benodigde informatie in. Wanneer het team concludeert dat euthanasie op termijn uitgevoerd zou kunnen worden omdat aan de zorgvuldigheidscriteria kan worden voldaan, schakelt het een SCEN-arts in. Nadat de SCEN-arts tot een oordeel is gekomen, wordt de casus binnen een multidisciplinair overleg besproken. Bij dit overleg is naast het SLK-team in elk geval een collega-arts en een collega-verpleegkundige betrokken. Als de SCEN-arts oordeelt dat niet aan de zorgvuldigheidscriteria kan worden voldaan, wordt in het multidisciplinaire overleg besloten wat het vervolg zal zijn.⁹ Bij de uitvoering van de levensbeëindiging door een arts van de SLK is altijd een verpleegkundige aanwezig. Na de uitvoering wordt elke casus multidisciplinair geëvalueerd. Gesignaleerde knelpunten worden geïnventariseerd met het doel het functioneren van de SLK te optimaliseren.

In de eerste negen maanden van 2012 hebben zich 603 mensen bij de SLK gemeld, in 2013 waren dat er over het hele jaar 749 en in 2014 1035.^{3,10} In 2014 heeft het SLK 877 van de 1035 aanvragen die in dat jaar waren binnengekomen afgerond. Bij 232 van deze 877 aanvragen heeft een arts van de SLK de euthanasie of hulp bij zelfdoding uitgevoerd, bij 27 vond na bemiddeling van de SLK uitvoering door de eigen arts plaats. Bij 212 aanvragen heeft de SLK het verzoek afgewezen omdat niet aan de zorgvuldigheidscriteria kon worden voldaan en 149 patiënten overleden voordat de beoordeling kon worden afgerond. Daarnaast heeft het team bij 257 aanvragen de beoordeling om andere redenen beëindigd, bijvoorbeeld omdat er geen actueel verzoek was, het verzoek niet met de huisarts was besproken of het team geen toestemming kreeg om de medische gegevens op te vragen.

De patiënten van de SLK wijken qua achtergrond af van patiënten binnen de reguliere euthanasiepraktijk. In het algemeen is er bij ongeveer 75% van de gehonoreerde euthanasieverzoeken sprake van patiënten met kanker, bij de SLK is dat (in 2014) bij minder dan 25% het geval. Bij de SLK valt vooral het relatief grote aandeel patiënten op dat multiplele ouderdomsklachten (20% versus 5% in reguliere euthanasiepraktijk), dementie (6% versus 2%) en psychiatrische aandoeningen (7% versus 1%) heeft.¹¹ Deze cijfers laten zien dat de SLK vooral een rol speelt bij complexere euthanasieverzoeken. Dit sluit aan bij de bevinding dat veel artsen moeite hebben met euthanasieverzoeken op grond van psychiatrie, dementie, multiplele ouderdomsklachten en overige somatische aandoeningen in een niet-terminaal stadium.¹²

Uit de cijfers komt ook naar voren dat het aandeel patiënten met een oncologische aandoening bij wie de SLK euthanasie heeft uitgevoerd, is gestegen van 0% in 2012 naar 25% in



2014. Deze stijgende trend heeft zich doorgezet in de eerste helft van 2015. Een voorlopige analyse door de SLK wijst erop dat de eigen huisarts bij het merendeel van deze hulpvragers gewetensbezwaren had tegen het honoreren van het euthanasieverzoek.¹³

DE WIND DRAAIT

De SLK verzocht onderzoekers van het AMC en VUmc een onafhankelijke evaluatie uit te voeren van het eerste jaar van haar functioneren. Op grond van de resultaten daarvan heeft het SLK aanbevelingen opgesteld voor het verbeteren van de informatievoorziening naar artsen en de transparantie van de registratie, en voor het ontwikkelen van een kenniscentrum in samenwerking met artsenorganisaties, het bekorten van de wachttijden, het streven naar uitvoering door de eigen arts en het verbeteren van de nazorg.¹⁴

In de tussentijd hield de belangstelling voor de werkwijze van de SLK aan. In 2014 hebben de RTE's in drie SLK-casus geconcludeerd dat niet aan de zorgvuldigheidscriteria was voldaan.¹⁵ Deze casus hebben ruim aandacht gekregen in de media en hebben tot vragen in de Tweede Kamer geleid. Daarnaast zijn er Kamervragen gesteld over de rol van de apotheker in de samenwerking met de SLK-artsen bij het op zorgvuldige wijze ter hand stellen van de euthanatica.

De start van de SLK riep vragen op bij (SCEN-)artsen en was aanleiding voor het KNMG-advies over de vraag wat artsen moeten doen als een patiënt een euthanasieverzoek voorlegt aan de Levenseindekliniek.¹⁶ Inmiddels blijkt dat ruim 90% van alle SCEN-artsen die voor de SLK een consultatie heeft uitgevoerd dit als positief ervaren heeft. SCEN-artsen vinden over het algemeen dat de teams van de SLK zorgvuldig te werk gaan en spreken over goede en uitgebreide documentatie. De meest genoemde negatieve ervaring is dat de teams van de SLK soms als vooringenomen of dwingend worden ervaren.¹⁷

Met de komst van de SLK kwam er meer gehoor voor euthanasieverzoeken van psychiatrische patiënten. Hoewel de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) al in 2009 een

richtlijn voor psychiaters heeft uitgebracht over zorgvuldig handelen bij vragen om hulp bij zelfdoding van psychiatrische patiënten, vindt daadwerkelijke hulp bij zelfdoding in de psychiatrie zelden plaats.¹⁸ De mobiele teams van de SLK hebben de vaak langdurende en behoedzaamheid vergende besluitvormingstrajecten opgepakt. De NVvP en de KNMG hebben in antwoord op deze ontwikkelingen beide een 'standpunt psychiatrie en euthanasie' gepubliceerd.^{19,20} De uitvoering van euthanasie bij patiënten met een psychiatrische grondslag voor hun lijden liep landelijk op van veertien in 2012 naar 41 in 2014.¹⁸ In 2014 was de uitvoering bij zeventien van deze verzoeken in handen van artsen van de SLK en in de eerste helft van 2015 ging het al om achttien gevallen.¹⁸

Anno 2015 heeft de KNMG bij monde van voorzitter Rutger Jan van der Gaag erkend dat de aanvankelijke scepsis over de SLK verdwenen is. Hij kenschetste de SLK als een zorgvuldig werkende organisatie, die de grenzen van de wet niet zozeer oprekt als wel verkent. De KNMG-voorzitter wil onderzoeken hoe de expertise van de SLK kan worden ingezet voor scholing en ondersteuning van artsen die geconfronteerd worden met een verzoek tot euthanasie.¹⁰

SAMEN VERDER

Met de komst van de SLK als speler in het euthanasieveld is het verzoek om euthanasie uit de exclusiviteit van de individuele arts-patiëntrelatie gehaald. Daardoor kreeg de buitenwereld enig zicht op de problemen die individuele patiënten, naasten en behandelend artsen bij een euthanasieverzoek kunnen tegenkomen. De argusogen van maatschappij, politiek, beroepsgroep en NVVE noodzaken de SLK tot maximale transparantie, grote zorgvuldigheid, optimale toetsing en zorgvuldig wetenschappelijk onderzoek van hun handelen.

De KNMG vindt dat behandelend artsen vanuit het oogpunt van professioneel gedrag en kwaliteit van zorg een euthanasieverzoek serieus behoren te nemen.²¹ De SLK heeft Nederland laten zien dat zij een rol kan spelen als een arts de inwilliging van een euthanasieverzoek niet aandurft of principiële bezwaren heeft, en bij het ondersteunen van artsen die schroom ervaren, wanneer arts-patiëntrelaties zijn vastgelopen, bij het overnemen van complexe euthanasieverzoeken en ten slotte als expertisecentrum.

De KNMG heeft inmiddels de handschoen opgepakt, de SLK erkend als expertisecentrum en de bereidheid uitgesproken tot samenwerking gericht op verbetering van de kennis over euthanasie onder artsen. De SLK lijkt te zijn uitgegroeid tot een vaste partner van stuurgroepen en expertpanels, en bij deskundigheidsbevordering en rondetafelgesprekken over euthanasie.

DE TOEKOMST

We kunnen concluderen dat de komst van de SLK met haar mobiele teams niet alleen reuring, maar ook blijvende veranderingen in het Nederlandse euthanasielandschap heeft teweeggebracht. Haar verkenning van de ruimte die de Wet Toetsing levensbeëindigend handelen biedt heeft tot nu toe

een aantal maal aanleiding gegeven tot het oordeel van de toetsingscommissies dat er 'niet overeenkomstig de wettelijke zorgvuldigheidseisen' is gehandeld, maar heeft niet tot tucht- of rechtszaken geleid. Er blijken geen principiële juridische belemmeringen voor een euthanasietraject bij een instelling die geen 'andere behandelopties' heeft. Ook de artsenorganisatie KNMG heeft de SLK als expertisecentrum omarmd.

Toch dringt de vraag zich op of dit de kant is waar we als maatschappij en beroepsgroep heen willen. De euthanasiediscussie ontstond in de vorige eeuw in de context van een toename van medische macht en mogelijkheden, en respect voor autonomie van burgers over het eigen levenseinde.²² Maar waaruit bestaat autonomie van kwetsbare patiënten inzake hun levenseinde in een samenleving waarin ouderen steeds langer thuis moeten blijven wonen, mensen met een beperking langer zelfstandig moeten leven, de zorgkosten onder druk staan en er in veel gevallen een zorgberoep moet worden gedaan op familie, vrienden en burens. Vragen van patiënten rond zeggenschap over kwaliteit van leven en sterven moeten in een bredere dan alleen de medische context worden geplaatst en onderdeel zijn van de discussie over de vraag hoe wij als samenleving omgaan met kwetsbaren en ouderen. Het is de vraag of de SLK een passend antwoord is voor degenen die waardig willen sterven en daarbij geen hulp van hun (huis)arts krijgen, zoals mensen met dementie, chronische psychiatrische patiënten en ouderen met multiple ouderdomsklachten. 'Ondraaglijk lijden' is het kernbegrip in de Nederlandse euthanasiepraktijk. Het is een subjectieve ervaring, een multidimensioneel concept, opgebouwd uit somatische, psycho-emotionele, sociale en existentiële factoren, dat we alleen kunnen begrijpen in de context van de persoonlijkheid en het levensverhaal van de patiënt.²³

Uiteraard mag inwilliging van het euthanasieverzoek niet afhangen van welke dokter er aan het bed zit. Maar is een second opinion door een kliniek die het 'bieden van een vangnet aan mensen met een actueel euthanasieverzoek' als belangrijkste missie heeft wel een passend antwoord? Overname door de SLK isoleert de euthanasievraag uit het continuüm van de levenseindezorg als geheel. Het is niet bekend welke invloed dit heeft op keuzen van patiënten. Is er tijdens het traject bij de SLK wel voldoende ruimte om van het verzoek af te zien? We weten ook niet wat de gevolgen zijn voor patiënten en hun naasten wanneer de SLK hun verzoek heeft afgewezen.²⁴ Daar liggen niet alleen vragen voor wetenschappelijk onderzoek, maar ook verantwoordelijkheden voor u als huisarts. Aan u de taak de patiënt en diens naasten, die vanuit een andere visie dan de uwe op zijn of haar levenseinde een euthanasieverzoek bij de SLK neerlegt, continuïteit van zorg en nazorg te blijven leveren. ■

LITERATUUR

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

Euthanasie bij voltooid leven

Samenvatting

Blommendaal P, Van de Vathorst S. Euthanasie bij voltooid leven. Huisarts Wet 2017;60(2):71-4.

De Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek (WTL), van kracht sinds 2002, laat geen ruimte voor euthanasie louter op grond van 'voltooid leven'. Wel is er ruimte voor euthanasie vanwege ondraaglijk lijden aan een stapeling van ouderdomsklachten. Niet alle artsen zijn bereid om in dat geval bij patiënten euthanasie te overwegen. Een arts die wel wil overwegen op het verzoek in te gaan zou in de eerste plaats de vraag moeten onderzoeken en kan steun zoeken bij andere deskundigen, zoals een SCEN-arts, een geriater of een psychiater. De arts mag hiervoor enige bedenktijd vragen, maar mag de patiënt niet aan het lijntje houden. De arts die niet bereid is op het verzoek in te gaan kan patiënten doorverwijzen naar een collega in de buurt of een collega van de Levens-eindekliniek. Ook mag de arts informatie geven over stoppen met eten en drinken, en over andere vormen van 'zelfeuthanasie'.

Casus

Deze ochtend heeft mevrouw Vlieger, 85 jaar en weduwe, een dubbele afspraak op uw spreekuur gemaakt. Nadat ze tegenover u heeft plaatsgenomen, begint ze te vertellen. 'Dokter, ik kom bij u met een lastige vraag. Ik wil u vragen mij te helpen om te overlijden. De laatste jaren zijn niet makkelijk voor mij geweest. Zoals u weet is mijn man twee jaar geleden overleden en nu ga ik zelf achteruit. Ik word langzamer en mijn geheugen laat mij soms in de steek. Wandelen, waar wij vroeger samen zo van genoten, lukt me niet meer. Ik ben te stijf. Mijn ogen gaan achteruit door de suikerziekte. Ik kan geen boek meer lezen of tv-kijken, ook omdat ik snel vermoeid ben. Eigenlijk alles waar ik vroeger voor leefde is er niet meer of lukt niet meer goed. Om mij heen zijn veel belangrijke mensen weggefallen, kinderen heb ik niet. Er gaan dagen voorbij dat ik nauwelijks iemand spreek. Mijn leven is klaar. Ik heb veel goede herinneringen, maar nu hoeft het van mij niet meer. Ik zou graag willen dat het stopt. Maar ik wil dat wel op een rustige en waardige manier. Ik zou u willen vragen of u mij wilt helpen door middel van euthanasie.'

DE RUIMTE DIE DE WET BIEDT

De vraag is: zou u mevrouw Vlieger willen helpen, en zou u haar mogen helpen? Om met het laatste te beginnen: het is niet uitgesloten dat de arts haar mag helpen met euthanasie, zij het dat hij dan wel een aantal zaken zorgvuldig zal moeten overwegen. De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek (WTL), van kracht sinds 2002, laat in principe geen ruimte voor euthanasie louter op grond van 'voltooid leven'. In de discussie in het parlement is dit uitgebreid aan de orde geweest. De wet is daarmee (niet toevallig) in overeenstemming met het arrest (uitspraak van de Hoge Raad) in de zaak Brongersma, eveneens van 2002. In dat arrest stond de formulering dat het ondraaglijk lijden overwegend bepaald moet zijn door 'medisch geclassificeerde somatische of psychische ziekten of aandoeningen'.

De 'code of practice', de uitgave van de Toetsingscommissie

sies euthanasie die het toetsingskader toelicht, formuleert het als volgt: 'Over de 'klaar met leven' problematiek is al een aantal jaren een maatschappelijke discussie gaande. Deze discussie gaat over de vraag of euthanasie ook in deze gevallen mogelijk zou moeten worden. Dat is nu niet het geval. Zoals uit de jurisprudentie en uit de wetsgeschiedenis blijkt, is vereist dat het ondraaglijk lijden van de patiënt een medische grondslag heeft. Het is echter niet zo dat er sprake moet zijn van een ernstige (levensbedreigende) medische aandoening. Ook een stapeling van ouderdomsklachten kan leiden tot uitzichtloos en ondraaglijk lijden.'¹ De toetsingscommissie euthanasie maakt dus een duidelijk onderscheid tussen 'klaar-met-leven', wat geen reden mag zijn voor euthanasie, en 'stapeling van ouderdomsklachten', wat wel een grond kan zijn.

VOLTOOID LEVEN OF STAPELING KLACHTEN

Het is de vraag of dit onderscheid goed gemaakt kan worden. Onlangs heeft de Adviescommissie voltooid leven onder voorzitterschap van professor Schnabel het eindrapport uitgebracht van het onderzoek dat zij op verzoek van de ministers van Volksgezondheid en Justitie heeft verricht. De vraag was of het nodig en wenselijk is de juridische mogelijkheden voor hulp bij zelfdoding te verruimen bij mensen die hun leven als voltooid beschouwen. De conclusie van de commissie Schnabel luidt dat 'noch naar aantal noch naar aard de problematiek van "voltooid leven" een herziening of wijziging van de WTL nodig of wenselijk maakt'.² De commissie betoogt dat bij mensen die hun leven als voltooid beschouwen in verreweg de meeste gevallen ook sprake is van een opeenhoping van ouderdomsklachten, die samen met verlieservaringen op andere terreinen tot ondraaglijk en uitzichtloos lijden in de zin van de WTL aanleiding kunnen geven. De commissie stelt dus ei-

De kern

- Euthanasie louter op grond van 'voltooid leven' is wettelijk niet toegestaan.
- Euthanasie vanwege een 'stapeling van ouderdomsklachten' is dat wel. Het is aannemelijk dat deze categorieën patiënten elkaar overlappen.
- Een structureel deel van de artsen lijkt op dit moment niet bereid euthanasie te verrichten om reden van 'voltooid leven'. In het kader van goed hulpverlenerschap is het wenselijk mee te denken over alternatieven, bijvoorbeeld een verwijzing naar een collega in eigen kring of van de Levens-eindekliniek.
- De arts kan de patiënt wijzen op andere mogelijkheden om het leven te bekorten, zoals stoppen met eten en drinken.

Huisartsenopleiding Utrecht, Broederplein 43, 3703 CD, Zeist: P. Blommendaal, huisarts, kaderarts palliatieve zorg, SCEN-arts, hospicearts, docent huisartsenopleiding, Erasmus MC/AMC; prof.dr. S. van de Vathorst, hoogleraar medische ethiek • Correspondentie: s.vandevathorst@amc.uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

genlijk dat er zo'n grote mate van overlap is tussen mensen die euthanasie willen op grond van 'voltooid leven' en mensen die een stapeling van ouderdomsklachten hebben, dat het niet nodig is de wet te wijzigen.

Er is betrekkelijk weinig onderzoek gedaan naar de vraag of deze categorieën nu wel of niet verschillen. In de 'Kennissynthese ouderen en het zelfgekozen levenseinde' is gepoogd alle beschikbare literatuur op dit terrein in kaart te brengen.³ Maar ook deze onderzoekers konden niet vaststellen hoe groot de categorie 'ouderen met een aanhoudende doodswens' is die geen stapeling van ouderdomsklachten of een andere aandoening hebben. In een onderzoek onder een cohort ouderen bleek dat 15% weleens doodsgedachten had en 3,4% een actuele doodswens of verminderde wens tot levensverlenging had.⁴ Wat echter niet bekend is, is het percentage van deze groep dat ernstige klachten of aandoeningen heeft. Een aanhoudende doodswens of een verminderde wens tot doorleven is bovendien niet hetzelfde als een uitdrukkelijke wens tot levensbeëindiging. Bij de Stichting de Einder klopten in 2012 ongeveer 50 ouderen aan met een stervenswens maar geen ernstige aandoening. Bij de Levenseindekliniek waren dat er 45, en de NVVE heeft hierover ongeveer 100 vragen gekregen. Het is onduidelijk in hoeverre deze drie groepen dezelfde mensen betreffen (hoewel het waarschijnlijk is dat er sprake is van een aanzienlijke overlap), maar ook van hen weten we niet of hun verzoek wellicht gerelateerd was aan beperkingen door (een stapeling van) ouderdomsklachten.

Er is een aantal kwalitatieve onderzoeken gedaan naar kenmerken van de groep ouderen die zeggen 'klaar-met-leven' te zijn. Het meest recente is dat van Van Wijngaarden, die 25 diepte-interviews heeft gehouden met ouderen die zeiden hun leven als voltooid te beschouwen. Zij concludeert dat deze ouderen allen dezelfde vijf klachten hebben: eenzaamheid, er niet meer toe doen, het onvermogen om zichzelf te uiten, geestelijke of lichamelijke vermoeidheid en een aversie tegen afhankelijkheid.⁵ Ook Defesche interviewde 71 ouderen die hun leven als voltooid ervoeren.⁶ Haar conclusie is dat een aanhoudende doodswens is terug te voeren op een stapeling van verlieservaringen, waaronder het verlies van gezondheid, met als gevolg een gebrek aan mobiliteit en fysieke afhankelijkheid, pijn en vermoeidheid, het verlies van partner en dierbaren, en daarmee het verlies van zinvolle contacten. Belangrijk is bovendien het gebrek aan perspectief. Ook mevrouw Vlieger uit de casus voldoet aan dit profiel.

Het is dus waarschijnlijk zo dat de ouderen die een verzoek om euthanasie doen, lijden aan een combinatie van fysieke beperkingen die maken dat zij niet meer kunnen doen wat zij graag deden, geen zin zien in doorleven wegens het wegvallen van zinvolle contacten en bovendien weinig hoop hebben op verbetering. Hun fysieke beperkingen zullen niet meer verdwijnen, hooguit verergeren, en het is niet waarschijnlijk dat ze nog nieuwe zinvolle contacten zullen opbouwen. Mogelijk heeft de commissie Schnabel in dit opzicht dus gelijk en is er een aanzienlijke overlap tussen 'voltooid leven' en 'stapeling van ouderdomsklachten'. Uit de uitspraken van de toetsings-

commissies blijkt bovendien dat betrekkelijk milde aandoeningen voldoende kunnen zijn om een medische grondslag te vormen voor het lijden bij een voltooid leven. De meeste ouderen zullen dergelijke aandoeningen hebben. Beperkingen in motoriek, visus, gehoor en lichte stoornissen in het geheugen kunnen voldoende zijn, mits deze beperkingen zodanig zijn dat we kunnen spreken van een stapeling van ouderdomsklachten die ondraaglijk uitzichtloos lijden veroorzaakt. In die zin geeft de wet dus ruimte.

U zou mevrouw Vlieger dus mogen helpen, als u er tenminste van overtuigd bent dat zij ondraaglijk lijdt aan haar chronische aandoeningen, en dat er geen redelijke andere oplossing is.

BEREIDHEID ARTSEN

Nu komen we bij de eerste vraag: zou u willen helpen? Niet alle artsen zijn daartoe bereid. Onderzoek onder artsen naar hun opvattingen over levensbeëindiging bij iemand zonder lichamelijke klachten, maar die wel levensmoe is, liet zien dat 51% van de respondenten weliswaar oordeelde dat zo'n patiënt ondraaglijk leed, maar dat slechts 35% vond dat het juist was als een arts in deze situatie ook zou helpen en dat 41% dacht dat dit ook niet was toegestaan.⁷ In 2015 hebben artsen in Nederland 183 gevallen gemeld van euthanasie wegens een 'stapeling van ouderdomsklachten' (nauwelijks 3% van de 5516 gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding). Het aantal verzoeken zou weleens veel groter kunnen zijn. Uit onderzoek waarbij artsen gevraagd werden naar hun ervaring met euthanasievragen van mensen met een voltooid leven, kwam een schatting van 400 euthanasieverzoeken om deze reden per jaar. Van deze vragen zou slechts een klein percentage gehonoreerd zijn.⁸ Artsen stellen geregeld nauwere grenzen aan het uitvoeren van euthanasie, dan de grenzen die de wet stelt. Dat mag. Euthanasie is geen normaal medisch handelen, geen recht van de patiënt en geen plicht voor de arts. Wel wordt van de arts verwacht dat deze hierover transparant communiceert.

Verwijzen is geen verplichting, maar wel aan te bevelen in het kader van goed hulpverlenerschap. De KNMG formuleert het als volgt: 'Er is geen sprake van een juridische verwijsplicht, maar wel van een morele en professionele verantwoordelijkheid om de patiënt tijdig hulp te verlenen bij het vinden van een arts (bijvoorbeeld binnen het samenwerkingsverband) die geen principiële bezwaren heeft tegen euthanasie of hulp bij zelfdoding.'⁹

De morele plicht om te verwijzen hangt ook samen met het feit dat euthanasie een wettelijke optie is. Het zou raar zijn als sommige mensen van deze wettelijke optie geen gebruik kunnen maken, omdat ze een arts treffen die gewetensbezwaar heeft en ze ook niet wil verwijzen. Een arts moet dus meewerken indien een andere arts wel bereid is de euthanasie te doen, bijvoorbeeld door het dossier te overleggen. De patiënt heeft recht te weten of de arts wel of niet bereid is de euthanasie te doen. De arts mag hiervoor enige bedenktijd vragen, maar mag de patiënt niet aan het lijntje houden. Er zijn veel artsen



die mevrouw Vlieger niet willen helpen, maar ook een aantal dat daartoe wel bereid is.

MAATSCHAPPELIJK DRAAGVLAK

Over de vraag of het nu goed of slecht is dat niet alle artsen bereid zijn mevrouw Vlieger en haar lotgenoten te helpen, heerst verdeeldheid. Onderzoek in 2001 onder de Nederlandse bevolking leerde dat destijds een meerderheid van de ondervraagden euthanasie met als reden 'voltooid leven' afwees.¹⁰ De afgelopen vijftien jaar is de publieke opinie in dit opzicht veranderd. In 2011 was 36% van de ondervraagde burgers van mening dat hoogbejaarden van hun arts medicijnen moeten kunnen krijgen waarmee zij een einde aan hun leven kunnen maken.⁷ Er zijn groepen die aandringen op verruiming van de mogelijkheden tot euthanasie en hulp bij zelfdoding, en die pleiten voor het door een ander dan een arts uitreiken van een dodelijk middel. Voorbeelden zijn het burgerinitiatief 'Uit vrije wil' en de discussie rondom de pil van Drion. Onlangs nog kondigde de NVVE aan een proef te willen doen met een 'laatstewilpil' op verzoek. Anderen wijzen op methoden van 'zelfeuthanasie', zoals beschreven in het boek *Uitweg* van Chabot en Braam.¹¹ De KNMG heeft een handreiking geschreven voor het begeleiden van mensen die stoppen met eten en drinken, en stelt dat het begeleiden van mensen die bewust stoppen met eten en drinken geen hulp bij zelfdoding betreft en wel een taak van de arts is.¹² Artsen die mensen als mevrouw Vlieger niet willen helpen kunnen hun dus aanbieden ze wel

te begeleiden bij het stoppen met eten en drinken, of ze doorverwijzen naar de Levensindekliniek.

MAATSCHAPPELIJKE OORZAAK

Aan de andere kant is er de zorg dat de doodswens van oude mensen voortkomt uit maatschappelijke verwaarlozing. Het voortdurend bezuinigen op thuishulp en verpleeghuishulp en andere voorzieningen, en de eis dat men allereerst een beroep moet doen op mantelzorgers, kan mensen uiteraard het gevoel geven dat zij niet langer gewenst zijn in de maatschappij of louter anderen tot last zijn. Wijsbek stelt dat we bij de beoordeling van de vraag of het lijden ondraaglijk is niet alleen te maken hebben met het subjectieve referentiekader van de patiënt of de arts, maar dat er wel degelijk sprake is van een maatschappelijk en juridisch bepaald oordeel over wat als ondraaglijk lijden wordt gekenschetst.¹³ En als patiënten ondraaglijk lijden, zouden we dan niet juist de maatschappelijke context moeten veranderen, zodat de gevoelens van buitengesloten zijn, niet meer mee kunnen doen, van afgeschreven zijn, kunnen veranderen, liefst in gevoelens van erbij horen en waardering? Of zijn dat onmogelijke vragen en vormen isolatie en een toenemend aantal gebreken juist een kenmerk van veroudering?

TERUG NAAR DE CASUS

Een euthanasievraag zoals die van mevrouw Vlieger komt nog steeds betrekkelijk weinig voor, vele malen minder dan van

patiënten met een ernstige (levensbedreigende) ziekte. Wanneer een arts met een dergelijk verzoek geconfronteerd wordt is het in de eerste plaats belangrijk om dat verder te onderzoeken. Wat maakt dat deze patiënt op dit moment met dit verzoek komt? Wat maakt dat de patiënt zo lijdt dat deze verder leven niet meer als zinvol ervaart? Is het denkbaar dat het lijden wordt verminderd, dat het leven weer de moeite waard wordt gemaakt? Een consult van een specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater kan helpen om deze vraag te beantwoorden.

Daarnaast moet er een antwoord komen op de vraag of er medisch classificeerbare aandoeningen zijn die het lijden mede bepalen. Zijn deze aandoeningen van somatische of psychische aard? Wat maakt dat deze aandoeningen in de beleving van de patiënt ondraaglijk zijn? Is het lijden uitzichtloos? Zijn er verbeteringen mogelijk? Wanneer aandoeningen van psychische aard een rol spelen verdient het aanbeveling een psychiater in consult te roepen. Deze zal een uitspraak kunnen doen over de uitzichtloosheid van het lijden, met andere woorden: beoordelen of er nog reële behandelopties zijn. In gesprekken over de euthanasiewens is het in de meeste gevallen zinvol belangrijke derden te betrekken, als de patiënt daar tenminste mee instemt. Die hebben uiteraard geen juridische zeggenschap en hun toestemming is geen voorwaarde.

Bij het nadenken over de vraag of de arts tegemoet wil komen aan de euthanasiewens kan de arts ook met een SCEN-arts overleggen. De SCEN-arts heeft niet alleen tot taak een wettelijke consultatie te doen (de *c* van SCEN), maar is er ook voor steun aan de arts (de *s* van SCEN). De arts kan twijfels met de SCEN-arts bespreken en die kan de arts via counseling helpen bij het maken van een passende keuze.

Ook zou de arts met de patiënt kunnen meedenken over andere methoden om het overlijden te bewerkstelligen. Zo zou een hoogbejaarde patiënt kunnen kiezen om te stoppen met eten en drinken. De arts kan hierover voorlichting geven en behoort bij dit proces de patiënt te ondersteunen door palliatieve zorg aan te bieden. Bij dit laatste kan de hulp van een consulent van een palliatief team ondersteuning bieden. Er is een KNMG-handreiking die informatie en praktische adviezen geeft over de medische en verpleegkundige begeleiding bij deze vorm van overlijden.¹²

Naast stoppen met eten en drinken zijn er andere vormen van 'zelfeuthanasie'. De arts mag hierover informatie geven. Zo mag een arts wijzen op het bestaan van het boek *Uitweg* van psychiater Chabot en journaliste Braam.¹¹ De arts mag geen daadwerkelijke hulp bieden en geen exacte instructies geven bij deze vormen van zelfgekozen overlijden.

Een casus als die van mevrouw Vlieger zal voor veel artsen verre van makkelijk zijn. Wettelijk lijkt het verlenen van euthanasie mogelijk: er is een medische grondslag voor het lijden, dat het opstapelen van ouderdomskwalen betreft.

Anderzijds lijken de kwalen relatief mild. Haar lijden wordt vooral bepaald door de andere domeinen: verlies van betekenisvolle relaties, verlies van mogelijkheden, angst voor verdere aftakeling en gevoelens van zinloosheid. Een behoedzaam traject, waarbij tijd wordt genomen en ondersteuning gevraagd wordt van geriater, specialist ouderengeneeskunde, eventueel psychiater en SCEN-arts, kan helpen om tot een zorgvuldig besluit te komen.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

- Verder onderzoek is het eerste antwoord op ieder euthanasieverzoek, ook bij voltooid leven.
- De wet biedt ruimte. Hoewel uitsluitend 'voltooid leven' wettelijk onvoldoende is, volstaan in de praktijk milde aandoeningen als 'stapelings van ouderdomsklachten', mits deze daadwerkelijk bijdragen aan het lijden.
- Iedere arts moet helder zijn over de eigen grenzen bij het meewerken aan een euthanasieverzoek. De SCEN-arts kan hierbij steun bieden.
- Een arts die niet tot euthanasie bereid is, behoort de patiënt te begeleiden bij het vinden van een arts die daartoe wel bereid is.
- Het is toegestaan patiënten te attenderen op andere methoden voor een zelfgekozen dood, zoals stoppen met eten en drinken. ■

LITERATUUR

- 1 Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Code of Practice. Den Haag: Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, april 2015.
- 2 Adviescommissie voltooid leven. Voltooid leven. Den Haag: Rijksoverheid, 2016.
- 3 Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen B, Van Thiel G, Van de Vathorst S, Weyers H. Kennisynthese ouderen en het zelfgekozen levenseinde. Den Haag: ZonMw, 2014.
- 4 Rurup ML, Deeg DJ, Poppelaars JL, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Wishes to die in older people: a quantitative study of prevalence and associated factors. *Crisis* 2011;32:194-203.
- 5 Van Wijngaarden E. Ready to give up on life: the lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Soc Sci Med* 2015;138:257-64.
- 6 Defesche F. Voltooid leven in Nederland: wat ouderen ervaren, willen en doen als zij het leven voltooid vinden. Assen: Van Gorcum; 2011.
- 7 Van Delden JJM, Van der Heide A, Kouwenhoven PSC, Raijmakers NJH, Rietjens JAC, Schermer M et al. Het KOPPEL-onderzoek. Den Haag: ZonMw, 2011.
- 8 Rurup ML, Muller MT, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Heide A, Van der Wal G, Van der Maas PJ. Ervaringen van huisartsen met ouderen die 'klaar-met-leven' zijn. *Huisarts Wet* 2005;48:552-5.
- 9 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde. Utrecht: KNMG, juni 2011.
- 10 Van Holsteyn J, Trappenburg M. The quest for limits, law and public opinion on euthanasia in the Netherlands. In: Van Holsteyn J, Trappenburg MJ. *Regulating Physician-Negotiated Death*. Den Haag: Elsevier, 2001.
- 11 Chabot B, Braam S. *Uitweg*. Amsterdam: Nijgh en van Ditmar, 2013.
- 12 KNMG en V&VN. *Zorg voor mensen die bewust afzien van eten en drinken om het levenseinde te bespoedigen*. Utrecht: KNMG, 2014.
- 13 Wijsbek H. Beoordeling ondraaglijk lijden bij euthanasieverzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D160.

Rugklachten bij ouderen

Samenvatting

Enthoven WTM. *Rugklachten bij ouderen*. Huisarts Wet 2017;60(2):75-6. Rugpijn is voor veel ouderen een belangrijk probleem. Een aanzienlijk deel van hen heeft langdurig rugpijn en ondervindt fysieke beperkingen. Die kunnen leiden tot inactiviteit, wat weer kan leiden tot meer rugpijn en meer fysieke beperkingen.

Aan rugklachten kan een ernstige onderliggende aandoening ten grondslag liggen, maar dit lijkt bij ouderen niet veel vaker het geval dan in andere leeftijdscategorieën. Dat geldt ook voor de diagnose 'wervelfractuur'. Alarmsymptomen hebben weinig voorspellende waarde.

Onderzoek heeft tot nog toe weinig duidelijkheid opgeleverd over de variabelen die geassocieerd zijn met een ongunstige prognose. Het is dan ook nog niet goed mogelijk ze in de praktijk te gebruiken om het beloop te voorspellen of een gerichte behandeling aan te bieden.

In onze onderzoekspopulatie werden pijnstillers veel gebruikt, maar hun effectiviteit lijkt gering. Bij ouderen is bovendien het risico op bijwerkingen relatief groot. Het is daarom belangrijk de voor- en nadelen van pijnstillers – ook vrij verkrijgbare – met de patiënt te bespreken.

INLEIDING

Rugpijn komt in de algemene bevolking veel voor; de puntprevalentie is 12%.¹ Het is ook een belangrijke oorzaak van fysieke beperkingen.² Weliswaar zoeken lang niet alle patiënten medische hulp voor hun rugklachten,³⁻⁵ maar in de huisartsenpraktijk gaan veel consulten toch wel over rugklachten.^{6,7}

Een aanzienlijk deel van de patiënten met rugpijn is van gevorderde leeftijd. Hoewel er relatief weinig onderzoek naar is gedaan, lijkt het erop dat ouderen meer episodes met ernstige rugpijn doormaken en meer fysieke beperkingen ervaren dan jongere patiënten.⁸ Door de dubbele vergrijzing neemt het aantal ouderen met rugklachten toe, daarom is het belangrijk beloop en kenmerken van deze klachten bij ouderen in kaart te brengen. Ik heb daarover in maart 2016 nieuwe gegevens gepresenteerd in mijn proefschrift *Back pain in older adults; subgroups and health care utilization*, en die in het perspectief van de bestaande literatuur geplaatst. Deze beschouwing is gebaseerd op mijn proefschrift.

HET BACE-ONDERZOEK

In het onderzoek Back Complaints in the Elders (BACE) zijn patiënten ouder dan 55 jaar gevolgd nadat zij zich met rugklachten bij de huisarts presenteerden.⁹ De inclusie vond plaats tussen maart 2009 en september 2011 vanuit huisartsenpraktijken rond Rotterdam. De 675 geïncludeerde patiënten werden 5 jaar lang gevolgd door middel van vragenlijsten. De onderzoekers rapporteerden al over verschillen binnen de onderzoekspopulatie, tussen de jongere groep van 55-74 jaar en de oudere groep van ≥ 75 jaar.¹⁰ In de oudere groep waren

de fysieke beperkingen significant groter en was de kwaliteit van leven lager. In deze groep werden ook vaker depressieve symptomen gerapporteerd en er waren meer rugpatiënten met kinesiofobie.

De absolute verschillen waren relatief klein. Het verschil in gerapporteerde fysieke beperkingen was 2,7 punten op een 24-puntsschaal, waarop een verschil van meer dan 2-5 punten klinisch relevant geacht wordt.^{11,12} Wel zal het verschil naar verwachting groter zijn als men leeftijdscategorieën vergelekt die verder uiteenliggen, of wanneer men ouderen vergelekt met een populatie jonger dan 55 jaar. Naarmate patiënten meer fysieke beperkingen hebben, worden ze fysiek minder actief, zeker op hogere leeftijd.¹³ Aangezien lichamelijke inactiviteit geassocieerd is met rugpijn en meer fysieke beperkingen,¹⁴ kan zo een negatieve spiraal ontstaan waarin de patiënt steeds meer zorg nodig heeft en uiteindelijk wellicht zijn zelfstandigheid verliest. Het is daarom belangrijk juist bij ouderen met rugklachten te benadrukken dat zij moeten blijven bewegen.

ONDERLIGGENDE PATHOLOGIE

In de algemene literatuur komt naar voren dat rugklachten bij een klein deel van de patiënten het gevolg zijn van een onderliggende aandoening. Deze onderliggende pathologie behoeft een andere behandeling en daarom is het belangrijk patiënten te herkennen bij wie mogelijk sprake is van zo'n onderliggende oorzaak. Over het algemeen heeft men het idee dat ernstige pathologie toeneemt met de leeftijd en dat zo'n onderliggende aandoening dus vaker zal voorkomen bij ouderen met rugklachten. Het is daarom verrassend dat dit in het BACE-onderzoek niet duidelijk naar voren komt. Wij vonden gedurende 1 jaar follow-up bij slechts 6% van de deelnemers een onderliggende pathologie.¹⁵ Dat is vergelijkbaar met de prevalenties van 1-5% die genoemd worden in andere onderzoeken binnen eerstelijns populaties, waarin alle leeftijdsgroepen vertegenwoordigd waren.^{16,17} Ook de verdeling van

De kern

- Van de patiënten met rugklachten is een aanzienlijk deel ouder dan 55 jaar.
- Bij een groot deel van de ouderen met rugpijn zijn de klachten langdurig en zorgen ze voor fysieke beperkingen.
- Bij ouderen lijkt niet veel vaker sprake van een ernstige onderliggende aandoening dan bij andere leeftijdsgroepen.
- Alarmsymptomen zijn slechte voorspellers voor de diagnose 'wervelfractuur'.
- Pijnstillers worden veel gebruikt voor rugklachten, ondanks hun beperkte effectiviteit en de kans op bijwerkingen.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; dr. W.T.M. Enthoven, huisarts in opleiding • Correspondentie: w.enthoven@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

onderliggende oorzaken was vergelijkbaar: zowel in de literatuur als in ons onderzoek zijn wervelfracturen de vaakst voorkomende onderliggende aandoening.

Om wervelfracturen in de praktijk te diagnosticeren raden de meeste richtlijnen aan af te gaan op alarmsymptomen.^{18,19} Ook in het BACE-onderzoek bleek een aantal alarmsymptomen geassocieerd met de aanwezigheid van een wervelfractuur: leeftijd ≥ 75 jaar, trauma, osteoporose, pijnscore ≥ 7 op een tienpuntsschaal en thoracale pijnklachten. Andere alarmsymptomen, zoals kloppijn op de wervelkolom, vrouwelijk geslacht en plotse lengtevermindering, bleken niet geassocieerd met een wervelfractuur.

De alarmsymptomen die geassocieerd waren met de diagnose 'wervelfractuur' hadden geringe diagnostische waarde en weinig voorspellende kracht voor het beloop. De beste voorspeller bleek 'klachten als gevolg van trauma'. In een eerder onderzoek zijn verschillende alarmsymptomen gecombineerd, waardoor de diagnostische waarde voor wervelfractuur beter werd. Dit hebben wij ook gedaan, echter zonder duidelijke verbetering in diagnostische waarde: de gecombineerde alarmsymptomen lijken wervelfracturen niet beter te voorspellen dan het alarmsymptoom 'trauma' alleen.

De tegenstrijdige resultaten van verschillende onderzoeken en de beperkte voorspellende waarde van alarmsymptomen maken het vooralsnog moeilijk te beslissen of alarmsymptomen überhaupt zouden moeten worden opgenomen in de richtlijnen, en zo ja, welke alarmsymptomen dat dan moeten zijn. Voor geen van de alarmsymptomen is voldoende wetenschappelijke onderbouwing.

BELOEP OVER DRIE JAAR

In het kader van het BACE-onderzoek werden drie maanden en drie jaar na inclusie de rugklachten gemeten.²⁰ Na drie maanden bleek de gemiddelde pijnscore te verbeteren van 5,2 naar 3,6 op een tienpuntsschaal. Desondanks gaven op dat moment nog 380 van de 675 patiënten aan dat zij niet hersteld waren van hun klachten. Na drie jaar konden we in het beloop van de rugpijn verschillende trajecten identificeren aan de hand van patiënten bij wie het beloop van de pijnscores ongeveer gelijk was. Deze drie pijntrajecten benoemden we als 'hoog', 'gemiddeld' en 'laag'.

We onderzochten welke prognostische factoren er waren voor het uitblijven van herstel na drie maanden en ook voor een ongunstig beloop over drie jaar. Variabelen die zowel geassocieerd waren met uitblijvend herstel na drie maanden als met een ongunstig beloop over drie jaar waren negatieve verwachtingen ten aanzien van herstel en langere duur van de klachten bij aanvang van het onderzoek. Uit ander onderzoek bleek dat patiënten die bij aanvang negatieve verwachtingen hebben over hun herstel ook meer fysieke beperkingen hebben en minder verbetering ervaren.²¹ De invloed van deze verwachting lijkt hardnekkig: in ander onderzoek bleek het beïnvloeden van deze verwachting geen effect te hebben op hoe de klachten zich ontwikkelden.²² Het is goed mogelijk dat het beïnvloeden van verwachtingen geen effect heeft op het beloop van de klachten.

Als men patiënten met een hoog risico op chronische rugpijn zou kunnen identificeren, zouden er interventies kunnen worden ontwikkeld. Er is veel onderzoek gedaan naar een groot aantal prognostische factoren, maar dit heeft niet geleid tot duidelijke overeenstemming over welke factoren nu het meest bijdragen en de betreffende factoren zijn zelden gevalideerd in onafhankelijke populaties.

Kortom, het is nog niet duidelijk welke (oudere) patiënten een verhoogd risico lopen op chronische rugklachten en hoe we deze vroegtijdig kunnen onderkennen en behandelen.

PIJNSTILLING

De richtlijnen voor rugpijn adviseren de patiënt actief te blijven en zo nodig pijnstillers te gebruiken.¹⁸ Doordat ouderen daarnaast vaak ook andere aandoeningen hebben en meerdere geneesmiddelen gebruiken, komen bijwerkingen en interacties bij hen vaker voor dan bij jongere patiënten. De WHO-pijnladder noemt paracetamol als pijnstiller van eerste keus, met name door het relatief gunstige bijwerkingenprofiel. Paracetamol wordt inderdaad breed ingezet voor verschillende soorten pijn, maar het onderliggende bewijs is schaars. Een recent onderzoek liet zien dat paracetamol bij patiënten met lagerugklachten niet effectiever is dan placebo.²³ Daarbij moet wel worden opgemerkt dat dit resultaat nog niet is gerepliceerd en ook nog niet vergeleken is met alleen geruststelling of het advies actief te blijven.

De tweede trede op de WHO-pijnladder zijn NSAID's waarvan bekend is dat ze ernstige bijwerkingen kunnen hebben, zoals nierfalen, cardiovasculair risico en gastro-intestinale problemen.^{24,25} Met name door deze bijwerkingen verdient het gebruik van NSAID's bij oudere patiënten speciale aandacht: het moet bij voorkeur kortdurend zijn (maximaal twee weken) en bij patiënten met een verhoogd risico op gastro-intestinale complicaties worden gecombineerd met een maagbeschermend middel zoals omeprazol. In een Cochrane-review bleken NSAID's bij chronische rugklachten in alle leeftijdscategorieën significant beter dan placebo, maar het verschil was klein: 7 punten op een pijnschaal van 0-100.²⁶ Het is de vraag of dit verschil behalve statistisch significant ook klinisch relevant is. In onderzoek naar NSAID's bij patiënten met acute rugklachten (niet specifiek ouderen) bleek het effect van deze middelen klein.²⁷ Desondanks gebruiken veel oudere patiënten (ruim 70%) pijnstillers, zowel vrij verkrijgbaar als op recept.²⁸ NSAID's en paracetamol zijn de meestgebruikte.

Vooraf voor oudere patiënten is het belangrijk dat zij zich bewust zijn van de risico's van pijnstillers, en van de mogelijkheid dat hun effect op de klachten gering zal zijn. De huisarts kan deze voor- en nadelen in de spreekkamer bespreken alvorens ze voor te schrijven, maar het is ook belangrijk ze te bespreken met patiënten die de middelen zelf kopen, zeker als er contra-indicaties zijn voor NSAID-gebruik. ■

LITERATUUR

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

Direct naar fysio- of oefentherapeut voor lagerugpijn?

Lagerugpijn komt frequent voor. Volgens de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn overweegt de huisarts verwijzing naar een fysio- of oefentherapeut indien de patiënt er niet in slaagt om binnen drie weken de activiteiten uit te breiden tot normaal en als de patiënt hiertoe gemotiveerd is. Uit cijfers van NIVEL Zorgregistraties blijkt dat de laatste jaren steeds meer gebruik wordt gemaakt van de Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) en de Directe Toegankelijkheid Oefentherapie (DTO). Een van de ideeën achter de invoering van de DTF en DTO is dat dit zou leiden tot een verlaging van de werklust van de huisarts, omdat minder patiënten de huisarts zouden bezoeken voor klachten waarmee ze ook direct naar de fysio- of oefentherapeut kunnen gaan.

Op basis van de NIVEL Zorgregistraties over de periode 2013-2015 laten we voor patiënten met lagerugpijn zien hoe ze bij de fysio- en oefentherapeut terechtkomen en of er verandering is in het aantal huisartsconsulten voor lagerugpijn.

AFNAME PATIËNTEN MET VERWIJZING

Fysiotherapeuten behandelen ongeveer 20% van hun patiënten voor lagerugpijn. Dit percentage was redelijk constant tussen 2013 en 2015. Bij oefentherapeuten was dit 26 tot 29%. Zowel bij fysio- als bij oefentherapeuten is een afname te zien van het aandeel patiënten met lagerugpijn dat met een verwijzing van de huisarts kwam [tabel]. Bij fysiotherapeuten was er een evenredige toename van het aandeel patiënten dat gebruikmaakte van DTF. Bij oefentherapeuten was er vooral een toename van het aandeel patiënten met een verwijzing van de medisch specialist.

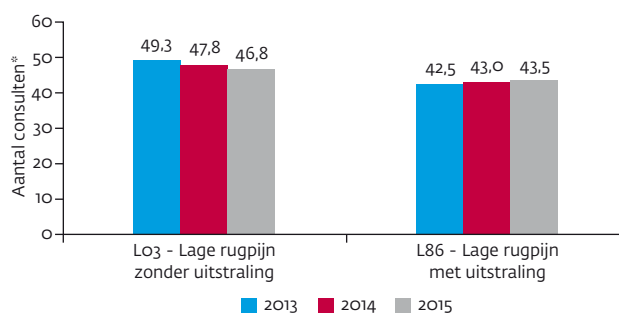
LICHTE AFNAME HUISARTSCONSULTEN

In 2013 bezocht 3,6% van de bevolking minimaal één keer de huisarts voor lagerugpijn zonder uitstraling en 2,9% voor lagerugpijn met uitstraling. Voor lagerugpijn zonder uitstraling daalde dit percentage iets, en voor lagerugpijn met uitstraling bleef het nagenoeg gelijk. Dezelfde trend is terug te zien in het aantal huisartsconsulten voor lagerugpijn [figuur].

CONCLUSIE

Tussen 2013 en 2015 was er een duidelijke daling van het aandeel patiënten met lagerugpijn dat met een verwijzing van de huisarts bij fysio- en oefentherapeuten kwam. In huisartsenpraktijken was een lichte daling te zien in het jaarlijks aantal consulten voor lagerugpijn zonder uitstraling, maar niet voor lagerugpijn met uitstraling. Dit suggereert dat de directe toegang tot fysio- en oefentherapie een gering effect heeft gehad op het aantal huisartsconsulten voor lagerugpijn zonder uitstraling. ■

Figuur Aantal consulten voor lagerugpijn in de huisartsenpraktijk per 1000 ingeschreven patiënten, 2013-2015



* Het totaal aantal korte en lange consulten en visites, telefonische consulten en e-mailconsulten.

Tabel Wijze van toegang van patiënten met lagerugpijn* tot fysio- en oefentherapie, 2013-2015 (% patiënten)

	2013	2014	2015
Fysiotherapie			
Verwijzing huisarts	36	33	29
Verwijzing medisch specialist	8	7	7
Verwijzing overig/onbekend	2	2	2
Eigen initiatief	54	58	61
Oefentherapie			
Verwijzing huisarts	45	42	33
Verwijzing medisch specialist	36	40	43
Verwijzing overig/onbekend	1	2	4
Eigen initiatief	18	16	20

* De gezondheidsproblemen waarmee patiënten bij fysio- en oefentherapeuten komen worden gecodeerd volgens het Diagnose Codingings Systeem Paramedische Hulp (DCSPH). Patiënten met lagerugpijn zijn geselecteerd op basis van de eerste twee cijfers van de diagnosecode (33, 34 en 35).

Voor de analyses zijn gegevens gebruikt van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (www.nivel.nl/zorgregistraties) over de periode 2013-2015:

- 24 fysiotherapiepraktijken met gegevens van 16.207 patiënten in 2015;
- 25 oefentherapiepraktijken met gegevens van 3.315 patiënten in 2015;
- 268 huisartsenpraktijken met gegevens van 1.058.606 ingeschreven patiënten in 2015.

Belangrijkste wijzigingen

- Voor het bepalen van het beleid is de indeling op basis van de duur van de klachten in acuut, subacuut en chronisch komen te vervallen.
- Bij de behandeling zijn, naast de duur en de ernst van de klachten, ook de reactie op eerdere behandeling(en), de motivatie van de patiënt en de aanwezigheid van psychosociale risicofactoren die mogelijk een rol spelen bij een chronisch beloop van de klachten, van belang.
- Leidraad voor de behandeling is een stappenplan dat bestaat uit voorlichting en advies, opbouw van activiteiten, oefentherapie, gedragsmatige behandeling en multidisciplinaire revalidatie.
- Analgetica worden alleen geadviseerd ter ondersteuning van het activerende beleid.

Kernboodschappen

- Houd rekening met een specifieke oorzaak van de rugpijn bij klachten die niet passen bij het normale patroon van aspecifieke lagerugpijn en bij een onverklaarbaar langdurig of progressief beloop.
- Beeldvormende diagnostiek bij aspecifieke lagerugpijn wordt niet aanbevolen.
- Het beleid is gericht op het bevorderen van bewegen en het oppakken of continueren van activiteiten (inclusief werk).
- Informeer bij frequent recidiveren en/of onvoldoende verbeteren van de klachten na drie tot vier weken naar de aanwezigheid van factoren die mogelijk een rol spelen bij een chronisch beloop.

INLEIDING

De NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn geeft aanbevelingen voor de diagnostiek en het beleid bij aspecifieke

lagerugpijn. Onder aspecifieke lagerugpijn wordt rugpijn verstaan in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien, waarbij geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar is. Dit kan gepaard gaan met stijfheid, spierspanning en uitstraling in de benen. Van alle gevallen van acute lagerugpijn is circa 95% aspecifiek.

De standaard geeft aan in welke gevallen rekening moet worden gehouden met een specifieke oorzaak van de klachten, zoals een maligniteit, wervelfractuur of axiale spondyloartritis. De behandeling van specifieke oorzaken van rugpijn valt echter buiten het bestek van deze standaard. Voor de diagnostiek bij rugpijn met uitstraling in een been wordt verwezen naar de NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom. Tijdens en na de zwangerschap komt pijn rond het bekken en de lage rug frequent voor, zie hiervoor de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode.

Deze standaard bevat landelijke samenwerkingsafspraken die tot stand zijn gekomen in samenspraak met de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM). De standaard sluit aan bij de Ketenzorgrichtlijn Aspecifieke Lage Rugklachten (2010) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiothe-

rapie (KNGF), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.

Bij de vertaling naar concrete aanbevelingen voor de huisarts is rekening gehouden met de diagnostische en therapeutische mogelijkheden en werkwijze in de eerste lijn.

ACHTERGRONDEN**Epidemiologie**

Lagerugpijn komt frequent voor. Van de westerse bevolking maakt 60 tot 90% ten minste één keer in het leven een episode door met aspecifieke lagerugpijn. De incidentie van lagerugpijn in de huisartsenpraktijk bedraagt 40,9 per 1000 patiënten per jaar (ICPC-code lage-rugpijn zonder uitstraling, 2012). De prevalentie van lagerugpijn (zonder uitstraling) in de huisartsenpraktijk bedraagt 38,5 per 1000 patiënten. In een deel van de gevallen zal aspecifieke lagerugpijn onder de ICPC-code 'lage-rugpijn met uitstraling' en 'rug symptomen/klachten' worden geregistreerd. Daarom zijn de incidentie- en prevalentiecijfers van aspecifieke lagerugpijn naar alle waarschijnlijkheid hoger dan de hierboven vermelde cijfers voor lage-rugpijn zonder uitstraling. Daarnaast is de prevalentie in de open bevolking ho-

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 praktijkassistent, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkaafspraken, 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.

De werkgroep bestond uit (in alfabetische volgorde): Bons SCS, Borg MAJP, Van den Donk M, Koes BW, Kuipers T, Ostelo RWJC, Schaafstra A, Spinnewijn WEM, Verburg-Oorthuizen AFE, Verweij HA.

De NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn is geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie van de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (Huisarts Wet 2005;48(3):113-23).

ger; ongeveer de helft van de patiënten met rugpijn bezoekt met deze klachten de huisarts. De incidentie en prevalentie stijgen met de leeftijd. Vrouwen hebben vaker lagerugpijn dan mannen.¹

Aspecifieke lagerugpijn gaat gepaard met een hoge ziektelast en leidt tot hoge maatschappelijke kosten, vooral vanwege ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.²

Pathofysiologie

Bij acute lagerugpijn is in circa 95% van de gevallen geen specifieke lichamelijke oorzaak aanwijsbaar. Een veelgehaanteerde hypothese is dat aspecifieke lagerugpijn te maken heeft met overbelasting van pijngevoelige structuren in en rond de wervelkolom, zoals tussenwervelschijven, gewrichten, zenuwen en spieren.

Bevindingen bij beeldvormend onderzoek, zoals standsafwijkingen of degeneratieve veranderingen, lijken – althans wat betreft de niet-ernstige vormen daarvan – geen relatie te hebben met lagerugpijn (zie ook de paragraaf *Aanvullende diagnostiek*). Ook is er geen onderbouwing voor en consensus over een classificatie op basis van bevindingen bij lichamelijk onderzoek, zoals verschuivingen van facetgewrichten en/of wervels en pijn bij het SI-gewricht, en is er onvoldoende onderbouwing voor op deze werkhypothesen gebaseerde behandelingen. Over het algemeen is het bij lagerugpijn, bij afwezigheid van risicofactoren of kenmerken die op een specifieke oorzaak wijzen (zie *Evaluatie*), dan ook niet noodzakelijk om een precieze oorzaak of diagnose vast te stellen om een adequate behandeling te starten.³

Risicofactoren

Risicofactoren voor het ontstaan van aspecifieke lagerugpijn

Factoren die geassocieerd zijn met het ontstaan van aspecifieke lagerugpijn zijn obesitas, werkgerelateerde psychosociale stressoren (zoals het verrichten van monotoon werk en veel werkstress), het verrichten van zwaar lichamelijk werk, lang autorijden, veel tillen en het veelvuldig draaien en buigen van de romp.⁴

Risicofactoren voor een chronisch beloop van aspecifieke lagerugpijn

Demografische factoren hebben waarschijnlijk geen invloed op het ontstaan van chronische klachten. Mogelijk zijn een ernstige functionele beperking, pijn in het been of radiculopathie, psychiatrische comorbiditeit en een slechte algehele gezondheid wel geassocieerd met een chronisch beloop.

De psychische en sociale factoren die waarschijnlijk een rol spelen bij het ontstaan van een chronisch beloop van aspecifieke lagerugpijn worden in de internationale literatuur *yellow flags* genoemd. Zo gaat lagerugpijn soms gepaard met angst voor pijn en bewegen en ongerustheid over het beloop. Ook een passieve copingstijl, aanwezigheid van depressieve gevoelens en psychische stress belemmeren waarschijnlijk het herstel.⁵ Een screeningsinstrument om patiënten met een hoog risico op een chronisch beloop te identificeren en de behandeling hierop te baseren, lijkt (vooralsnog) niet zinvol.⁶

Natuurlijk beloop

Bij aspecifieke lagerugpijn nemen de pijn en beperkingen in de meeste gevallen binnen een maand af. Naar schatting ontwikkelt circa 25-50% van de patiënten, in meer of mindere mate, chronische klachten (klachtenduur $\geq$ 12 weken). Bij deze patiënten is de kans op herstel kleiner. Meer dan 50% van de patiënten met aspecifieke lagerugpijn maakt in het jaar volgend op een eerdere episode een recidief door.⁷

Klinisch beeld

Bij aspecifieke lagerugpijn is de pijn gelokaliseerd in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien. De pijn is over het algemeen diffuus en zeurend van karakter en gaat vaak gepaard met stijfheid, met name na rust. De klachten zijn meestal houdingsgerelateerd. Soms is er sprake van pijn in één of beide (boven)benen. Over het algemeen staat de rugpijn meer op de voorgrond dan de eventuele uitstraling in de benen.

Spoed bij lagerugpijn

- Beoordeel de klinische stabiliteit van de patiënt volgens de ABCDE-systematiek.
- Wees alert op een ruptuur van een aneurysma aortae abdominalis bij:
 - leeftijd > 40 jaar;
 - acuut hevige pijn onafhankelijk van bewegen of houding;
 - een voorgeschiedenis met aneurysma aortae abdominalis;
 - aanwijzingen voor een bedreigde circulatie (duizeligheid, transpireren, gevoel van flauwvallen).
- Wees alert op een cauda-equina-syndroom bij:
 - (uni- of bilaterale) motorische en/of sensibele uitval (rijbroekanesthesie);
 - hevige radiculaire pijn;
 - urineretentie en/of incontinentie voor urine en/of feces;
 - recente ingreep aan de rug (< 3 dagen, bij gebruik antistolling < 14 dagen).
- Verwijs met spoed bij vermoeden van een geruptureerd aneurysma aortae abdominalis, een cauda-equina-syndroom of een toename van de pijn en/of uitvalsverschijnselen na een recente ingreep aan de rug.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

De diagnostiek bij lagerugpijn is gericht op het verkrijgen van een indruk van de ernst van de pijn, het ziektegedrag en de beperkingen in fysiek functioneren en de dagelijkse werkzaamheden. Bij klachten of verschijnselen die niet passen bij het normale klachtenpatroon en/of een onverklaarbaar langdurig of progressief beloop, wordt nagegaan of er symptomen zijn die wijzen op een specifieke oorzaak van de rugpijn. Daarnaast is men alert op de aanwezigheid van factoren die geassocieerd zijn met een chronisch beloop van de rugpijn. Voor de diagnostiek bij uitstraling in een been (en het maken van een onderscheid tussen radiculaire en niet-radiculaire pijn) wordt verwezen naar de NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom.

Anamnese

Afhankelijk van de klachten van de patiënt en de differentieel-diagnostische overwegingen zijn de verdere anamnese en lichamelijk onderzoek meer of minder uitgebreid.

Vraag naar:

- duur, wijze van ontstaan en beloop van de klachten;
- voorafgaand trauma;

- lokalisatie, uitstraling, aard en intensiteit van de pijn;
- invloed van rust, beweging en houding op de klachten;
- maligniteit in de voorgeschiedenis;
- de mate van belemmering in het dagelijks functioneren thuis, op het werk (bijvoorbeeld verzuim of productiviteitsverlies), op school en in de vrije tijd;
- de relatie van de klachten met de arbeidssituatie (invloed van klachten op het werk of andersom), contact met de bedrijfsarts;
- eerdere episodes met lagerugpijn, het beloop en de behandeling;
- zelfzorg en behandeling tot nu toe;
- de ideeën die bij de patiënt leven over het ontstaan en voortbestaan van de klachten;
- zorgen, ongerustheid, specifieke vragen en verwachtingen van de patiënt.

Vraag naar klachten die op een specifieke oorzaak van de rugpijn kunnen wijzen bij hevige pijn, een maligniteit in de voorgeschiedenis, een recente ingreep aan de wervelkolom en/of in geval van een onverklaarbaar langdurig of progressief beloop, zoals (zie ook [tabel 1]):

- algehele malaise, onverklaard gewichtsverlies, koorts, nachtzweeten;
- krachtverlies, sensibiliteitsstoornissen, mictieklachten;
- uveïtis anterior, perifere artritis, enthesitis, psoriasis vulgaris, inflammatoire darmaandoening, familiair voorkomen van spondyloartritis;
- recente ingreep aan de lumbale wervelkolom (zoals operatie, lumbaalpunctie of epidurale steroidinjectie).

Ga na of er sprake is van factoren die mogelijk een rol spelen bij een chronisch beloop van de klachten (herstelbelemmerende factoren) bij een klachtenduur van drie tot vier weken of bij frequent recidiveren:

- in toenemende mate ervaren van functionele beperkingen;
- andere lichamelijke klachten;
- angst voor pijn en letsel bij bewegen;
- vermijden van belasting of beweging, of ander vermijdingsgedrag;
- gevoelens van hulpeloosheid, machte-

- loosheid ('ik kan niets', 'ik kan er niets aan doen');
- fixatie op een mogelijk ernstige lichamelijke afwijking als verklaring van de klachten;
- vragen om meer en specialistisch onderzoek;
- veelvuldige behandelingen zonder effect of met veel neveneffecten;
- ongerustheid over het beloop;
- werkverzuim of werkloosheid;
- lage werktevredenheid;
- psychische stress, angststoornis of depressie.

Lichamelijk onderzoek

Onderzoek hoe de patiënt beweegt om een indruk te krijgen van de mate van bewegingsbeperking en ernst van de klachten, lokaliseer de pijn en let op ernstige houdingsafwijkingen.⁸

Verricht verder lichamelijk onderzoek bij vermoeden van een specifieke oorzaak van de klachten, aan de hand van [tabel 1].

Aanvullend onderzoek

Beeldvormende diagnostiek bij specifieke lagerugpijn wordt niet aanbevolen.⁹

De belangrijkste argumenten hiervoor zijn het ontbreken van een duidelijk verband tussen (degeneratieve) afwijkingen van de wervelkolom (bijvoorbeeld van de facetgewrichten of disci) die zichtbaar zijn bij beeldvorming en specifieke lagerugpijn. Daarnaast worden er geen therapeutische consequenties verbonden aan deze bevindingen en heeft het verrichten van beeldvormend onderzoek geen gunstige invloed op het beloop (geen afname in pijn of functionaliteit op de korte of lange termijn). Eventuele bevindingen kunnen leiden tot een onjuiste ziektebeleving en onnodige behandelingen.

Het verrichten van röntgen- en CT-diagnostiek van de lage rug gaat bovendien gepaard met een stralenbelasting in het gebied van de geslachtsorganen.

Bij vermoeden van een wervelfractuur is röntgendiagnostiek van de thoracale en/of lumbale wervelkolom wel zinvol (zie NHG-Standaard Fractuurpreventie).

Zie voor de diagnostiek bij vermoeden

van een metastase van een prostaatacarcinoom de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen.

Bij vermoeden van andere specifieke oorzaken (zoals een maligniteit of axiale spondyloartritis) wordt laboratoriumonderzoek en/of röntgendiagnostiek in de eerste lijn niet aanbevolen. Deze onderzoeken zijn onvoldoende sensitief om deze specifieke oorzaken, bij niet-afwijkende bevindingen, met zekerheid uit te kunnen sluiten.^{10,11}

Evaluatie

Ga na of er aanwijzingen zijn voor een specifieke lichamelijke oorzaak (circa 5%) aan de hand van [tabel 1]. De aanwezigheid van een enkel kenmerk hoeft niet direct op een specifieke oorzaak te wijzen; een combinatie van meerdere kenmerken, zeker bij een onverklaarbaar langdurig, hevig of progressief beloop, vergroot de waarschijnlijkheid dat de pijnklachten door een specifieke aandoening worden veroorzaakt. Verwijs patiënten met vermoeden van een specifieke oorzaak van de klachten (zie Consultatie/verwijzing).¹¹

Stel de diagnose *aspecifieke lagerugpijn* (circa 95%) bij rugpijn in het gebied tussen de onderste ribben en de bilplooien indien een specifieke oorzaak onwaarschijnlijk is.

Overige differentieel-diagnostische overwegingen zijn abdominale aandoeningen (bijvoorbeeld appendicitis, cystitis) en heuppathologie (bijvoorbeeld coxartrose). Deze aandoeningen kunnen gepaard gaan en/of zich presenteren met lagerugpijn. Het beleid bij deze aandoeningen valt buiten het bestek van deze standaard.

RICHTLIJNEN BELEID

Het beleid bij aspecifieke lagerugpijn bestaat uit voorlichting, begeleiding en maatregelen tot behoud of herstel van het dagelijks functioneren. Daarnaast is er aandacht voor eventuele pijnbestrijding. Het beleid wordt in samenspraak met de patiënt opgesteld op basis van onder andere motivatie, comorbiditeit, ernst van de klachten, klachtenduur en eventuele eerdere ervaringen.

Het belangrijkste doel van dit beleid is te bevorderen dat de patiënt in be-

Tabel 1 Specifieke oorzaken van lagerugpijn en de bijbehorende risicofactoren/kenmerken¹²

De aanwezigheid van een enkel kenmerk hoeft niet direct op een specifieke oorzaak te wijzen; een combinatie van meerdere kenmerken, zeker bij een onverklaarbaar langdurig of progressief beloop, vergroot de waarschijnlijkheid dat de pijnklachten door een specifieke aandoening worden veroorzaakt. Zie voor kenmerken van een lumbosacraal radiculair syndroom of cauda-equina-syndroom de NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom.

Aandoening	Risicofactoren/kenmerken
Maligniteit (wervelmetastasen of leptomeningeale metastasen)	■ Maligniteit in de voorgeschiedenis (vooral mamma-, prostaat- en longcarcinoom) ■ Leeftijd > 50 jaar ■ Continue pijn, onafhankelijk van houding of bewegen ■ Nachtelijke verergering van de pijn ■ Neurologische uitvalsverschijnselen, vaak bilateraal ■ Algehele malaise, nachtzweeten ■ Onverklaard gewichtsverlies
Wervelfractuur (traumatisch of spontaan) (zie NHG-Standaard Fractuurpreventie)	■ Leeftijd > 65 jaar ■ Vrouwelijk geslacht ■ Klachten aansluitend aan een hoogenergetisch trauma ■ Langdurig gebruik van corticosteroiden ■ Postuurverandering (versterkte thoracale kyfose) ■ Lengtevermindering ■ Plotseling ontstaan van de klachten ■ Laag lichaamsgewicht ■ Heupfracturen bij ouders
Axiale spondyloarthritis ¹²	■ Ontstaan van lagerugpijn voor 45e levensjaar ■ Klachtenduur > 3 maanden (bijna dagelijks) ■ Geleidelijk ontstaan van de klachten ■ Nachtelijke pijn (met verbetering na het opstaan) ■ Minder pijn en stijfheid bij bewegen ■ Geen verbetering in rust; ochtendstijfheid ■ Sterke verbetering van de pijn na gebruik van NSAID's ■ Verstrekken lumbale lordose (klachtenduur > 10 jaar), toegenomen thoracale kyfose in combinatie met verminderde beweeglijkheid wervelkolom ■ Voorgeschiedenis/positieve familieanamnese: uveïtis anterior, psoriasis vulgaris, onverklaarde perifere artritis of enthesitis, dactylitis, inflammatoire darmaandoening
Spondylolisthesis ¹³	■ Begin van lagerugpijn voor 20e levensjaar ■ Palpabel trapje in verloop van processus spinosus laag lumbaal ■ Neurologische uitvalsverschijnselen
Spondylodiscitis/epiduraal abces ¹⁴	■ Onvoldoende reactie op (hoog gedoseerde) pijnmedicatie ■ Snel progressieve neurologische uitval ■ Koorts, koude rillingen, nachtzweeten ■ Onverklaard gewichtsverlies ■ Intraveneus drugsgebruik ■ Comorbiditeit: immuuncompromitterende aandoeningen¹⁵ ■ Recente rugoperatie, epidurale injectie, lumbaalpunctie of zenuwwortelblokkade
Spinaal epiduraal hematoom	■ Stollingsstoornis of gebruik orale anticoagulantia ■ Snel progressieve neurologische uitvalsverschijnselen ■ Recente rugoperatie, epidurale injectie, lumbaalpunctie of zenuwwortelblokkade

weging blijft of komt, zelfs bij veel pijn en hinder, en zo veel mogelijk normaal blijft functioneren wat betreft werk, huishouden, hobby's en andere dagelijkse bezigheden. Dit is mede belangrijk om te voorkomen dat de klachten chronisch worden.

Gezien de grote kans op spontaan herstel bestaat het beleid gedurende de eerste weken vooral uit voorlichting en adviezen gericht op het weer oppakken en uitbreiden van de activiteiten. Indien de klachten binnen circa drie weken na het begin van de klachten niet of onvoldoende verbeteren, is intensivering van

de behandeling gewenst.¹⁶ Een leidraad hiervoor is een stappenplan dat bestaat uit voorlichting, uitbreiding van activiteiten, oefentherapie, gedragsmatige behandeling en multidisciplinaire revalidatie.

Voorlichting en adviezen

Geef voorlichting en adviezen over de volgende punten.

Aard van de aandoening

Leg uit dat:

- de precieze oorzaak van de lagerugpijn onbekend is. De oorzaak zit vermoede-

lijk in het geheel van spieren, banden en botten in de rug, dat tijdelijk niet optimaal functioneert. Dit kan niet zichtbaar worden gemaakt op een röntgenfoto.

- pijn bij verandering van houding of bewegen niet verontrustend is en niet betekent dat er schade ontstaat.
- rugpijn vaak voorkomt en meestal vanzelf binnen een aantal weken overgaat. Meer dan de helft van de patiënten krijgt binnen een jaar opnieuw klachten. Maar ook dan gaat de rugpijn vaak vanzelf weer over.

Mate van activiteiten

- Adviseer in beweging te blijven en door te gaan met de dagelijkse activiteiten (inclusief werk).
- Leg uit dat bedrust niet zinvol is. Adviseer bij ernstige klachten enkele dagen zo nu en dan voor enkele uren rust te nemen en daarna geleidelijk de normale activiteiten weer op te pakken, zelfs als de pijn nog steeds hevig is.¹⁷

Beeldvormende diagnostiek

- Leg uit dat lagerugpijn, zonder aanwijzingen voor een specifieke oorzaak, geen reden is om beeldvormende diagnostiek te verrichten. De belangrijkste argumenten hiervoor zijn het ontbreken van een relatie tussen op de foto zichtbare afwijkingen met ervaren klachten en het ontbreken van consequenties voor het beleid (zie *Aanvullende diagnostiek*).

Behandeling

Leg uit dat:

- gezien de grote kans op spontaan herstel de behandeling bestaat uit het geven van voorlichting en adviezen gedurende de eerste weken. Bij hevige pijn kan medicamenteuze pijnbestrijding worden overwogen, hoewel de werkzaamheid hiervan waarschijnlijk beperkt is.²⁴
- indien de klachten chronisch zijn geworden, de nadruk bij de behandeling op het omgaan met de klachten en het dagelijks functioneren komt te liggen, in plaats van op het verdwijnen van de pijn (zie *Niet-medicamenteuze behandeling*).

Arbeidssituatie

- Adviseer, als er (mogelijk) een relatie is met de arbeidssituatie of als er sprake is van werkverzuim, contact op te nemen met de bedrijfsarts, indien dat nog niet is gebeurd (zie *Consultatie/ verwijzing*).

Bied voorlichtingsmateriaal aan en verwijs naar de informatie over specifieke lagerugpijn op www.thuisarts.nl. De informatie op www.thuisarts.nl is gebaseerd op deze NHG-Standaard.

Niet-medicamenteuze behandeling

Aanbevolen wordt om bij de behandeling onderstaand stappenplan als leidraad te nemen, waarbij over wordt gegaan naar de volgende stap indien de voorgaande stap tot onvoldoende verbetering van het functioneren heeft geleid.

Houd bij de keuze voor de behandeling en de snelheid van het doorlopen van het stappenplan niet alleen rekening met de duur en ernst van de klachten, maar ook met de reactie op eerdere behandelingen, de motivatie van de patiënt en de aanwezigheid van factoren die mogelijk een rol spelen bij een chronisch beloop.

Stap 1: Voorlichting en advies

- Bespreek de punten zoals genoemd in de paragraaf *Voorlichting en advies*.
- Geef extra aandacht aan patiënten die erg ongerust zijn om te bevorderen dat zij hun normale activiteiten weer oppakken. Bespreek bij het eerste contact hoe en wanneer bepaalde activiteiten kunnen worden hervat.

Stap 2: Opbouw van activiteiten

- Overweeg het bewegen en oppakken van de activiteiten te bevorderen volgens een tijdcontingente aanpak in-

dien de klachten binnen circa drie tot vier weken na het begin van de klachten niet of onvoldoende zijn verbeterd. In het [kader] wordt een tijdcontingente aanpak toegelicht.

- Bespreek in geval van bewegingsangst of -armoede en als het de patiënt zelf niet lukt om de activiteiten uit te breiden, de mogelijkheid van verwijzing naar een fysio- of oefentherapeut ter begeleiding van de tijdcontingente opbouw van de activiteiten.

Stap 3: Oefentherapie

- Bespreek, als de patiënt er niet in slaagt om met de tijdcontingente aanpak binnen drie weken (totale klachtenduur circa zes weken) de activiteiten uit te breiden tot normaal, de mogelijkheid van begeleiding door een fysio- of oefentherapeut.
- Maak een keuze op basis van de voorkeuren en wensen van de patiënt; er wordt geen specifieke vorm van oefentherapie aanbevolen; een activerende en tijdcontingente aanpak heeft de voorkeur.^{18,19}
- Manipulaties als monotherapie (bijvoorbeeld osteopathie, chiropractie) worden niet aanbevolen.²⁰

Tijdcontingente aanpak

- Stel in samenspraak met de patiënt een plan op voor een stapsgewijze, tijdcontingente uitbreiding van belasting en activiteiten, ongeacht de ervaren hinder. Zie onderstaand voorbeeld en de bijlage Persoonlijk activiteitenplan bij rugklachten (zie de webversie van deze standaard op www.nhg.org).
- Spreek bij alle stappen in het schema vaste termijnen af.
- De stappen naar herstel worden concreet gemaakt met concrete bewegingstips (zie ook www.thuisarts.nl); bespreek hoe de gegeven bewegingsadviezen of oefeningen kunnen aansluiten bij de ervaren belemmeringen in het dagelijks leven.

Voorbeeld tijdcontingente advisering

	GEWENST: tijdcontingent	ONGEWENST: pijncontingent
Bewegen	Blijf bewegen en breid de activiteiten in circa veertien dagen uit naar normaal.	Probeer te lopen als de pijn het toelaat.
Werk/dagelijkse activiteiten	Ga na circa een week weer aan het werk.	Ga aan het werk zodra de pijn het toelaat of over is.
Verwijzing	Ik verwijs u naar de fysiotherapeut voor drie behandelingen. Voer in die periode onder diens begeleiding uw activiteiten geleidelijk op.	Ik verwijs u voor behandeling naar een therapeut.
Controle	Kom na circa drie weken terug, tenzij u dan weer normaal functioneert.	Als het niet gaat, komt u terug.

Stap 4: Gedragmatige behandeling

- Bespreek, indien de klachten onvoldoende zijn afgenomen bij een klachtenduur van twaalf weken, de mogelijkheid tot het volgen van een gedragmatige behandeling. Betrek daarbij de voorkeuren, wensen en motivatie van de patiënt. Overleg zo nodig met de therapeut uit stap 3.
- Verwijs, indien voor deze behandeling wordt gekozen, de patiënt naar een therapeut met expertise op dit gebied, zoals een psychosomatisch fysio- of oefentherapeut of een gespecialiseerde eerstelijnspsycholoog.²¹

Toelichting: de behandeling bestaat uit een cognitief-gedragstherapeutische benadering, gericht op het verhogen van het activiteitenniveau van de patiënt, het veranderen van disfunctionele gedachten (attributies en verwachtingen) en het aanleren van copingvaardigheden.

Stap 5: Multidisciplinaire revalidatie

- Verwijs voldoende gemotiveerde patiënten met chronische klachten, waarbij oefentherapie en gedragmatige behandeling onvoldoende effectief waren, naar een multidisciplinair revalidatieprogramma.
- Verwijzing voor deze gespecialiseerde behandeling is vooral zinvol indien de patiënt nog niet is teruggekeerd in het arbeidsproces, er sprake is van een hoge ziektelast én er vermoedelijk psychosociale factoren van invloed zijn op het in stand houden van de klachten.

Toelichting: deze behandeling bestaat uit een combinatie van educatieve, fysieke, gedragmatige en/of arbeidsgerelateerde interventies. Hierbij zijn verschillende disciplines, zoals een revalidatiearts, psycholoog en fysio- of oefentherapeut, betrokken. De behandeling is gericht op het verbeteren van het functioneren van de patiënt en het beter leren omgaan met de rugpijn en wordt aangeboden in gespecialiseerde behandel-/revalidatiecentra.²²

Bespreek met patiënten met chronische of steeds recidiverende klachten de wijze waarop de patiënt zelfstandig

keuzes kan maken bij dagelijkse bezigheden die mogelijk beïnvloed worden door de rugpijn. Bespreek ook hoe de patiënt kan leren omgaan met de symptomen en lichamelijke, sociale en psychische gevolgen van de klachten. Hiertoe kan het opstellen van een individueel zorgplan bij sommige patiënten met chronische klachten behulpzaam zijn (zie de Handreiking Gezamenlijke besluitvorming over doelen en zorgafspraken op www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-persoonsgerichte-zorg).²³

In geval van chronische klachten, waarbij de aanpak volgens het stappenplan niet tot het beoogde resultaat heeft geleid, wordt verwezen naar de NHG-Standaarden Pijn en SOLK.

Medicamenteuze behandeling**Pijnmedicatie**

Bespreek de mogelijkheid van analgetica ter ondersteuning van het activerende beleid. De werkzaamheid van analgetica ten aanzien van pijn en functionaliteit bij specifieke lagerugpijn is waarschijnlijk beperkt. Schrijf de analgetica voor conform het stappenplan, zoals beschreven in de NHG-Standaard Pijn.²⁴

De volgende aanbevelingen zijn specifiek van toepassing op de behandeling van patiënten met specifieke lagerugpijn:

- Paracetamol kan zowel tijdcontingent als naar behoefte worden voorgeschreven; er is geen verschil in effectiviteit.
- NSAID's zijn waarschijnlijk niet effectiever dan paracetamol bij lagerugpijn.
- Dermale NSAID's, zoals diclofenacgel 1-3% of ibuprofengel 5%, kunnen als alternatief dienen voor orale NSAID's. Dermale varianten gaan minder vaak gepaard met systemische bijwerkingen en kunnen daardoor ook door ouderen met een verminderde nierfunctie of hartfalen gebruikt worden (mits de huid intact is).
- Behandel alleen patiënten met hevige, acute lagerugpijn bij wie zwakker werkende analgetica niet effectief waren met opiaten. Informeer de patiënt over de bijwerkingen en houd de behandelduur zo kort mogelijk (maximaal vijf dagen).

- Behandel alleen patiënten met chronische specifieke lagerugpijn met ernstige beperkingen met zwak- of sterkwerkende opiaten met als doel het stapsgewijs uitbreiden van activiteiten te ondersteunen. Houd in dit geval de behandelduur zo kort mogelijk, maximaal één tot twee weken.
- Gebruik van neuropathische pijnmedicatie, zoals antidepressiva en anti-epileptica, ter vermindering van pijn, wordt niet aanbevolen.^{25,26}

Benzodiazepinen

Benzodiazepinen worden niet aanbevolen. Een gunstig effect van de beoogde spierverslapping op de pijnklachten of functionaliteit is niet aangetoond, terwijl deze middelen wel bijwerkingen hebben en er kans op afhankelijkheid bestaat.²⁷

Overige behandelingen

Anesthesiologische behandelingen, zoals radiofrequente laesie (zenuwblokkade door hittebehandeling) of injecties met analgetica of corticosteroïden (bijvoorbeeld ter plaatse van de facetgewrichten of epiduraal), worden niet aanbevolen. De werkzaamheid bij specifieke lagerugpijn is niet aangetoond en de behandelingen kunnen gepaard gaan met complicaties.^{28,29}

Operatieve behandelingen, zoals spondylodese (lumbale fusie) en het inbrengen van kunstdisci, worden niet aanbevolen, omdat een gunstig effect van deze ingrepen niet is aangetoond. Daarnaast is er risico op ernstige complicaties en onduidelijkheid over de langetermijneffecten.³⁰

Controle

De frequentie van de controles hangt af van de ernst van de klachten, de verwachte noodzaak tot evaluatie en bijstelling van de ingestelde behandeling en de behoefte van de patiënt. Een leidraad voor de frequentie van de controles is:

- bij een sterke toename van de pijn en/of beperkingen: na een tot twee dagen;
- bij aanhoudende hevige pijn: na één week;
- bij de start van een nieuwe behande-

ling (stappenplan): na twee tot drie weken;

- bij het niet of niet meer verbeteren van het functioneren: na drie weken.

Aandachtspunten bij de controle zijn:

- *Beloop*: vervolg het beloop aan de hand van de pijn (eventueel met behulp van een pijnschaal) en de mate van (dis)functioneren. Herhaal, indien de klachten niet verbeteren, anamnese en lichamelijk onderzoek. Inventariseer herstelbelemmerende factoren in de omstandigheden of het gedrag van de patiënt, eventueel met behulp van het acroniem SCEGS (zie de NHG-Standaarden Pijn en SOLK). Blijf alert op een lumbosacraal radiculair syndroom of aanwijzingen voor een ernstige oorzaak van de klachten, vooral bij aanwezigheid van kenmerken zoals beschreven in [tabel 1] en bij een onverklaarbaar langdurig of progressief beloop.
- *Herstelbelemmerende factoren*: ga bij een klachtenduur van drie tot vier weken de aanwezigheid van psychosociale risicofactoren voor een chronisch beloop na (zie *Anamnese*).
- *Pijnbestrijding*: vraag naar de effectiviteit van eventuele medicatie, bijwerkingen en de invloed van medicatie op het dagelijks functioneren. Pas zo nodig de medicatie aan.
- *Arbeidsituatie*: vraag, indien van toepassing, naar arbeidsverzuim, contacten met de bedrijfsarts en naar eventuele belemmerende factoren voor werkhervatting.

Consultatie/verwijzing

Bij vermoeden van een specifieke oorzaak van de rugpijn:

- Verwijs binnen één week naar een internist-oncoloog of orthopedisch chirurg:
 - patiënten met in de voorgeschiede-

nis een maligniteit en (een niet-bekende en onbegrepen) rugpijn;

- bij vermoeden van een metastase zonder bekende maligniteit.
- Verwijs naar een reumatoloog:
 - bij vermoeden van axiale spondyloartritis. Overleg bij twijfel over de indicatie of urgentie voor verwijzing met de desbetreffende specialist.
- Verwijs naar een orthopedisch chirurg:
 - bij vermoeden van een andere specifieke oorzaak van de rugpijn. Overleg bij twijfel over de indicatie of urgentie voor verwijzing met de desbetreffende specialist.

Bij aspecifieke lagerugpijn:

- Verwijs naar een fysio- of oefentherapeut, gedragsmatig therapeut of een centrum voor multidisciplinaire revalidatie aan de hand van het stappenplan (zie *Niet-medicamenteuze behandeling*).
- Verwijs de patiënt zo nodig naar de bedrijfsarts of neem zelf contact op met de bedrijfsarts (indien de patiënt daar toestemming voor geeft) indien:
 - er langdurige uitval is of wordt verwacht;
 - er belemmeringen zijn voor de uitvoering van het werk vanwege de klachten;
 - de patiënt van mening is dat de klachten (mede) zijn ontstaan of in stand worden gehouden door het werk;
 - er behoefte is aan aanpassing van de werkplek;
 - er behoefte is aan bedrijfsartsgeneeskundige expertise om op het werk (de gevolgen van) de klachten te duiden.

Verwijs bij aspecifieke lagerugpijn bij voorkeur niet naar een monodisciplinair werkzame specialist.

ORGANISATIE VAN DE ZORG

Bij patiënten met chronische aspecifieke lagerugpijn is het belangrijk dat de zorg tussen de verschillende behandelaars wordt afgestemd om te voorkomen dat verschillende behandelingen naast elkaar plaatsvinden of patiënten langdurig uitvallen uit het arbeidsproces. Spreek daarom met bij chronische lagerugpijn betrokken disciplines, zoals bedrijfsarts en fysio- of oefentherapeut, op lokaal of regionaal niveau af wie bij verwijzing binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn de behandeling coördineert en aanspreekpunt is voor patiënten en betrokken zorgverleners. Bepalend hiervoor zijn de beschikbaarheid en de benodigde deskundigheid.

Andere punten waarover lokaal of regionaal afspraken gemaakt kunnen worden, zijn: diagnostiek en behandeling, werkhervatting, samenwerking en communicatie (bijvoorbeeld over verwijzen en terugverwijzen, onderlinge uitwisseling van informatie en over de begeleiding van en voorlichting aan patiënten). Zie de samenwerkingsafspraken in de bijlage (zie de webversie van deze Standaard op www.nhg.org).

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

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

NOTEN EN LITERATUUR

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

NHG-Standaard Rectaal bloedverlies (eerste herziening)

NHG-werkgroep Rectaal bloedverlies

De volledige versie van de standaard is gepubliceerd op de website van Huisarts & Wetenschap (www.henw.org, rubriek NHG-Standaard) en ook te raadplegen op de site van het NHG (www.nhg.org/nhg-standaarden).

De eerste herziening van de NHG-Standaard Rectaal bloedverlies is deze maand gepubliceerd op de website van Huisarts & Wetenschap. Het bijbehorende samenvattingskaartje is bijgesloten bij dit nummer. Wij bespreken hier alleen de belangrijkste onderwerpen uit de herziene standaard en de belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige versie.

SCOPE VAN DE STANDAARD

De NHG-Standaard Rectaal bloedverlies geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van volwassen mannen en vrouwen met zichtbaar rectaal bloedverlies. Rectaal bloedverlies is een regelmatig voorkomend verschijnsel in de algemene bevolking en bij patiënten in de huisartsenpraktijk.

Jaarlijks maakt ongeveer 20% van de algemene volwassen bevolking een episode van rectaal bloedverlies door. In de huisartsenpraktijk melden zich hiermee jaarlijks ongeveer 5 per 1000 patiënten. Het bloedverlies wordt meestal veroorzaakt door lokale afwijkingen in het distale deel van de tractus digestivus. Het merendeel van deze afwijkingen is onschuldig, zoals hemorrhoiden en fissurae ani, maar rectaal bloedverlies kan een aanwijzing zijn voor het bestaan van een ernstige aandoening, zoals een colorectaal carcinoom of een inflammatoire darmziekte.

De standaard bespreekt de situatie bij patiënten met rectaal bloedverlies die hebben deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek darmkanker. Voor de inhoudelijke procedure van het bevolkingsonderzoek verwijst de standaard naar het voorlichtings- en scholingsmateriaal van het NHG (www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-bevolkingsonderzoek-darmkanker) en het RIVM (www.rivm.nl/Onderwerpen/B/Bevolkingsonderzoek_darmkanker_voor_professionals), en op www.thuisarts.nl (www.thuisarts.nl/darmkanker/ik-wil

meer-weten-over-bevolkingsonderzoek-darmkanker).

HEMORROÏDEN

De behandeling van hemorrhoiden door de huisarts bestaat met name uit voorlichting, behandeling van eventuele comorbiditeit en zo nodig lokale medicatie.

De huisarts kan desgewenst kortdurend lokale indifferente middelen voorschrijven (vaselinecetomacrogolcrème, zinksulfaatvaselinecrème 5 mg/g of zinkoxide zetpillen 100 mg/g, 2 dd en na elke ontlasting) of lokale anesthetica (lidocaïnevaselinecrème 30 mg/g of lidocaïne-zinksulfaatcrème 30/5 mg/g, 2 dd en na elke ontlasting, maximaal 4 weken). De behandeling van jeukklachten is afhankelijk van de oorzaak.

Bij acuut ontstane pijnklachten is meestal sprake van een perianale trombose. Een getromboseerde perianale randvene wordt in eerste instantie bij voorkeur conservatief behandeld met voorlichting en lokale medicatie. Wanneer er veel pijnklachten zijn, kan een incisie worden gedaan of een excisie door de chirurg.

FISSURA ANI

Een acute fissura ani geneest in de meeste gevallen met niet-medicamenteuze adviezen. De adviezen bestaan uit voorlichting over vezelrijke voeding, voldoende drinken en toegeven aan de defecatiereflex. Eventueel aanwezige obstipatie of diarree wordt behandeld.

Diltiazemvaselinecrème of diltiazemgel rectaal 20 mg/g wordt gegeven als lidocaïnevaselinecrème onvoldoende verlichting van de pijn geeft, als na 4 weken onvoldoende genezing is bereikt of bij een chronische fissuur.

GEWICHTSVERLIES EN BUIKPIJN NIEUWE RISICOFACTOREN VOOR COLORECTAAL CARCINOOM

Uit onderzoek blijkt dat dat het risico op colorectaal carcinoom is verhoogd als een patiënt met rectaal bloedverlies onbedoeld of onverklaard gewichtsverlies of buikpijn rapporteert. Daarom zijn deze twee risicofactoren toegevoegd aan de al bekende risicofactoren. Bij patiën-

ten met rectaal bloedverlies zijn de risicofactoren voor colorectaal carcinoom nu:

- hogere leeftijd (arbitrair > 50 jaar);
- eerstegraads familielid met colorectaal carcinoom < 70 jaar;
- veranderd defecatiepatroon;
- bloed vermengd met de ontlasting;
- buikpijn;
- onbedoeld/onverklaard gewichtsverlies;
- afwezigheid van zichtbare (peri)anale afwijkingen.

Ook anemie verhoogt het risico op de aanwezigheid van een colorectaal carcinoom, maar het is niet duidelijk bij welke groep patiënten bepaling van het hemoglobine geïndiceerd is. Om overdiagnostiek te voorkomen heeft de werkgroep ervoor gekozen een hemoglobinebepaling alleen uit te voeren op indicatie of wanneer er geen verklaring voor het rectaal bloedverlies gevonden kan worden.

AANVULLEND ONDERZOEK

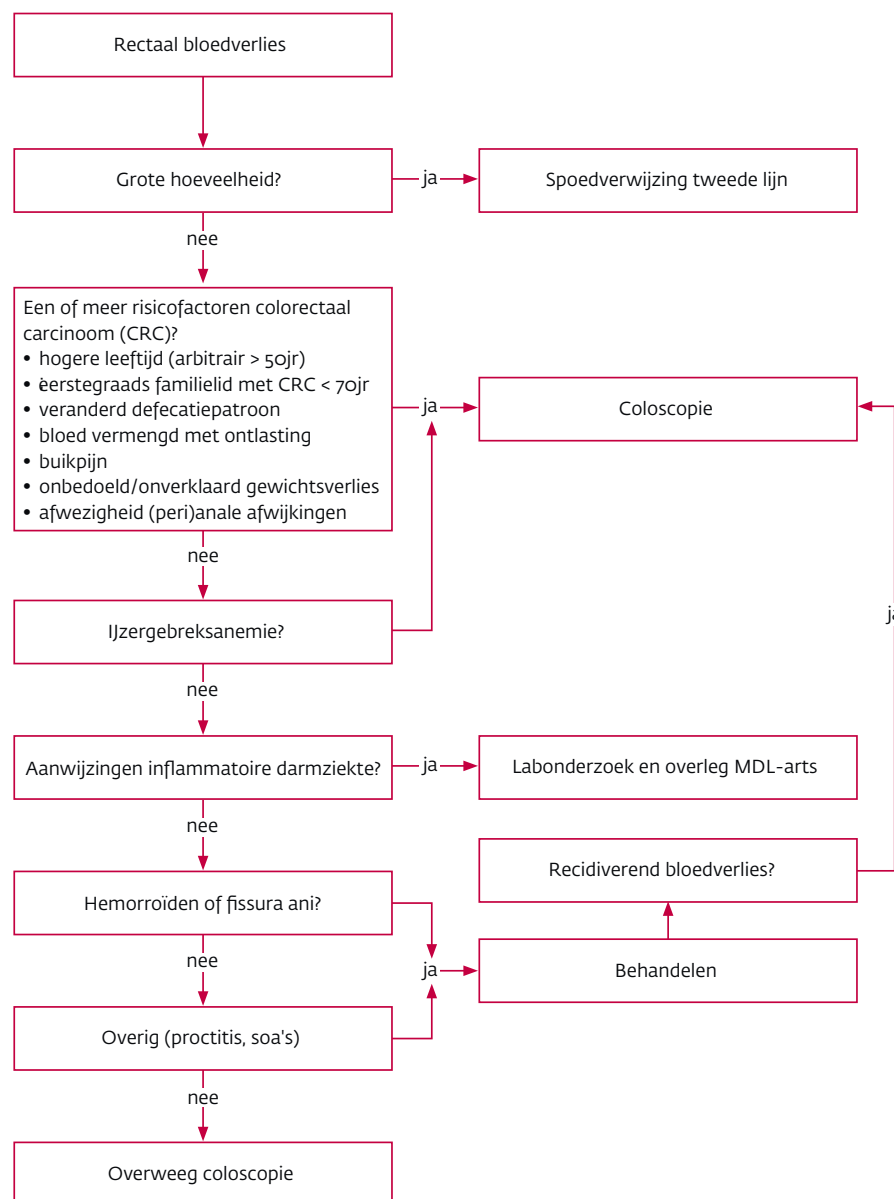
De indicaties voor aanvullend onderzoek zijn verruimd. Bepaling van het hemoglobine, MCV en ferritine is niet alleen geïndiceerd bij een vermoeden van ijzergebreksanemie (bij tekenen van anemie, zoals moeheid, duizeligheid, malaise, bleekheid) maar ook bij recidiverend bloedverlies of een onduidelijke anamnese.

Coloscopie is bij een patiënt met rectaal bloedverlies geïndiceerd in de volgende gevallen:

- bij het vermoeden van een colorectaal carcinoom (aanwezigheid van 1 of meer risicofactoren, recidiverend bloedverlies of andere klachten die het vermoeden versterken, zoals loze aandrang);
- bij ijzergebreksanemie;
- bij aanwijzingen voor het Lynch-syndroom.

NHG-werkgroep Rectaal bloedverlies. NHG-Standaard Rectaal bloedverlies (eerste herziening). Huisarts Wet 2017;60(2):85-6. De werkgroep bestond uit: Bouma M, Damoiseaux RAMJ, Heemstra-Borst CG, De Meij M, Kurver MJ en Lemmen WH.

De NHG-Standaard Rectaal bloedverlies en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie: Damoiseaux RAMJ, De Jong RM, De Meij MA, Starmans R, Dijksterhuis PH, Van Pinxteren B, Kurver MJ. Huisarts Wet 2009;52(1):23-38.

Figuur Diagnostiek en beleid bij rectaal bloedverlies

Voor sigmoidoscopie is geen plaats meer in het diagnostisch traject voor het vaststellen of uitsluiten van een colorectaal carcinoom. Proctoscopie in de huisartsenpraktijk is facultatief.

De standaard bevat een stroomschema waarmee schematisch de diagnostiek en het beleid bij rectaal bloedverlies zijn weergegeven (zie [figuur]). Dit stroomschema is ook van toepassing bij rectaal bloedverlies na een negatieve iFOBT in het kader van het bevolkingsonderzoek darmkanker.

FAMILIAIR OF ERFELIJK COLORECTAAL CARCINOOM

In de praktijk zal identificatie van patiënten met een hoog risico op familiair of erfelijk colorectaal carcinoom doorgaans gebeuren in de tweede lijn (meestal door de MDL-arts). Patiënten met een hoog risico op colorectaal carcinoom wordt periodieke controle aangeboden volgens de IKNL-richtlijnen Erfelijke darmkanker, Colorectaal carcinoom en Coloscopie surveillance.

De huisarts kan geconfronteerd wor-

den met vragen van een patiënt over periodieke controle of over het risico op kanker wanneer colorectaal carcinoom in de familie voorkomt. Daarom bevat de standaard een [Bijlage Erfelijke darmkanker] met verwijscriteria voor patiënten zonder rectaal bloedverlies of andere klachten naar de klinisch geneticus en/of de MDL-arts voor coloscopie. ■

Baarmoederhalsscreening nieuwe stijl: is het nodig?

INLEIDING

De opzet van het Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is sinds 1 januari 2017 veranderd. Dit naar aanleiding van een advies uit 2011, waarin de Gezondheidsraad vaststelde dat de opsporing van baarmoederhalskanker beter kan.^{1,2}

Ging het dan niet goed met het bevolkingsonderzoek oude stijl? Zeker wel. In Nederland is baarmoederhalskanker mede dankzij het bevolkingsonderzoek een zeldzame ziekte geworden. Per jaar wordt in Nederland de ziekte bij ongeveer 700 vrouwen geconstateerd en overlijden er 200-250 vrouwen aan.³ Zonder het bevolkingsonderzoek-oude-stijl zouden jaarlijks tweemaal zoveel vrouwen aan baarmoederhalskanker overlijden; toch waren er redenen om het te vernieuwen.⁴ Nog steeds krijgen jaarlijks 700 vrouwen baarmoederhalskanker terwijl de helft van hen trouw heeft deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek.^{1,5} Dit aantal is moeilijk nog verder omlaag te krijgen met alleen cytologische screening. Vooral de meer naar binnen gelegen adenocarcinomen worden onvoldoende opgespoord en ook niet alle plaveiselcelcarcinomen worden ontdekt.

Sinds enkele jaren weten we dat baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door een langdurig aanwezige actieve infectie met hoog-risico humaan papillomavirus (hrHPV). Er is een goede hrHPV-test beschikbaar, die uitgevoerd kan worden op het materiaal van het uitstrijkje en op het materiaal dat via een zelfafnameset is verkregen.^{1,6}

Het combineren van de hrHPV-test, als eerste stap, met cytologische beoordeling als tweede stap, kan ervoor zorgen dat er uiteindelijk meer vrouwen met (risico op) baarmoeder-

halskanker worden opgespoord. Het is echter een gegeven dat ruim de helft van alle vrouwen in Nederland bij wie baarmoederhalskanker wordt ontdekt niet – of zeer onregelmatig – heeft meegedaan aan het bevolkingsonderzoek.

De belangrijkste elementen van het nieuwe bevolkingsonderzoek zijn de hrHPV-test en een hrHPV-zelfafnameset. In dit stuk gaan we in op de mate waarin het nieuwe bevolkingsonderzoek daadwerkelijk verbetering brengt, en ook op de kritische kanttekeningen die huisartsen erbij geplaatst hebben. Kunnen deze twee nieuwe tools het bevolkingsonderzoek daadwerkelijk verbeteren en zo ja, hoe? In [kader 1] staan de voor- en nadelen van de nieuwe aanpak bij elkaar.

DE HRHPV-TEST ALS EERSTE STAP IN EEN GETRAPTE SCREENING

De cytologische screening voor cervicale intra-epitheliale neoplasie stadium 3 (CIN 3+), een voorstadium van plaveiselcelcarcinoom, heeft een sensitiviteit van 64,6% (95%-BI 43,3 tot 73,1).^{1,7} Dat wil zeggen dat van elke 100 vrouwen met CIN 3+ er maximaal 65 opgespoord worden. Voor de voorstadia van adenocarcinomen is cytologie nog minder sensitief.

Sinds enkele jaren weten we dat baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door een langdurig aanwezige actieve infectie met hrHPV, en er is een zeer gevoelige test beschikbaar. De hrHPV-test is een PCR-test waarmee het DNA van 12 HPV-

De kern

- Het Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker heeft in 2017 een nieuwe opzet gekregen, met een getrapte screening: een hrHPV-test, gevolgd door cytologie bij een positieve uitslag en colposcopie bij een positieve hrHPV-test in combinatie met Pap. 2 of hoger.
- Een negatieve hrHPV-test geeft een langdurig lage kans op baarmoederhalskanker; daardoor hoeven hrHPV-negatieve vrouwen geen uitstrijkje meer te laten maken bij 45 en 55 jaar.
- Voor de hrHPV-test wordt ook een zelfafnameset aangeboden; deze zal de opkomst naar verwachting ongeveer 6% doen stijgen.
- Naar verwachting zullen door het vernieuwde bevolkingsonderzoek jaarlijks 108 vrouwen minder baarmoederhalskanker krijgen en 30 vrouwen minder overlijden aan baarmoederhalskanker
- Wel zal het aantal verwijzingen naar de gynaecoloog voor colposcopie ruim verdubbelen tot 17.000 per jaar.

Samenvatting

Beijaert RPH, van Haaren KMA. Baarmoederhalsscreening nieuwe stijl: is het nodig? Huisarts Wet 2017;60(2):87-9.

De opzet van het Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is met ingang van 2017 veranderd. De laatste jaren is onomstotelijk komen vast te staan dat een langdurige infectie met hoog-risico humaan papillomavirus (hrHPV) baarmoederhalskanker veroorzaakt. Daarom wordt in het nieuwe bevolkingsonderzoek altijd eerst een hrHPV-test verricht op het uitstrijkje.

Is de hrHPV-test positief, dan wordt het uitstrijkje ook cytologisch beoordeeld. Vrouwen met afwijkende cellen (vanaf Pap. 2) worden naar de gynaecoloog verwezen voor colposcopie. Dit betekent dat vanaf 2017 het aantal verwijzingen voor colposcopie ruim zal verdubbelen tot ongeveer 17.000 per jaar. Daar staat tegenover dat met de combinatie van hoge sensitiviteit (hrHPV-test) en hoge specificiteit (cytologie) aanzienlijk meer vrouwen met cervicale intra-epitheliale neoplasie, adenocarcinoma in situ en baarmoederhalskanker opgespoord kunnen worden. De verwachte winst is dat jaarlijks 108 vrouwen minder baarmoederhalskanker zullen krijgen en er 30 vrouwen minder zullen overlijden aan baarmoederhalskanker.

NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: R.P.H. Beijaert, huisarts in Maarssen, wetenschappelijk medewerker, redacteur/auteur Thuisarts.nl (tevens lid van de werkgroep Communicatie en deskundigheidsbevordering, Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker RIVM); K.M.A. van Haaren, huisarts in Terheijden, wetenschappelijk medewerker (tevens lid van de programma commissie Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker RIVM) • Correspondentie: r.beijaert@nhg.org • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Kader 1 Voor- en nadelen van het nieuwe Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Bij het ontwerpen van het vernieuwde bevolkingsonderzoek zijn door de beroepsgroep kritische vragen gesteld. Het RIVM heeft de voors en tegens afgewogen en voert nu de volgende argumenten aan. De hrHPV-test is een betere test als eerste stap om de risicogroep op te sporen, want er is onmiskenbaar een causaal verband tussen chronische hrHPV-infectie en baarmoederhalskanker. Door de hrHPV-test kan bovendien de oproepfrequentie voor vrouwen van 40 en 50 jaar verlaagd worden tot eens in de 10 jaar als ze hrHPV-negatief zijn. Door een hrHPV-zelfafnameset aan te bieden wordt het mogelijk de groep niet-deelnemers, die meer dan de helft van de vrouwen met baarmoederhalskanker vertegenwoordigt, geleidelijk beter in beeld te krijgen. Wel zullen vrouwen met een relatief laag risico op baarmoederhalskanker veel meer dan voorheen naar het ziekenhuis gaan voor een colposcopie, maar daardoor zal baarmoederhalskanker, of voorstadia daarvan, bij meer vrouwen op tijd behandeld kunnen worden. Dit geldt voor plaveiselcelcarcinomen, maar meer nog voor adenocarcinomen die verantwoordelijk zijn voor een op de vijf gevallen van baarmoederhalskanker in Nederland. Met de hrHPV-test en de zelfafnameset zal de nieuwe opzet baarmoederhalskanker kunnen voorkomen bij respectievelijk $75 + 33 = 108$ vrouwen per jaar en de sterfte aan baarmoederhalskanker reduceren met respectievelijk $18 + 12 = 30$ vrouwen per jaar.

Voordelen:

- per jaar zullen er 108 vrouwen minder baarmoederhalskanker krijgen;
- per jaar zullen er 30 vrouwen minder aan baarmoederhalskanker overlijden;
- vrouwen van 40 en 50 jaar die negatief testen op hrHPV krijgen pas na 10 jaar weer een oproep;
- de zelfafnameset vergroot het bereik van het bevolkingsonderzoek en leidt tot 6% meer deelname;
- van de vrouwen die met de zelfafnameset positief testen op hrHPV gaat 90% voor cytologie naar de huisarts.

Nadelen:

- per jaar moeten er globaal 9000 vrouwen extra naar de gynaecoloog voor een colposcopie;
- voorheen verstuurden veel huisartsen zelf de uitnodigingen, voortaan worden alle vrouwen uitgenodigd door de screeningsorganisatie; deze minder persoonlijke aanpak zou de opkomst kunnen verkleinen.

varianten wordt onderzocht, waaronder de varianten HPV 16 en HPV 18, die samen 70% van de baarmoederhalskankers veroorzaken. Daardoor komen zowel plaveiselcelcarcinomen als adenocarcinomen beter in beeld. De test heeft een sensitiviteit van 91,9% (95%-BI 61,0 tot 96,7) en kan worden uitgevoerd op het materiaal van het uitstrijkje.^{1,7}

De hrHPV-test is geschikt als eerste stap in het screenings-traject van het bevolkingsonderzoek, omdat vrijwel alle vrouwen met mogelijke voorstadia van een plaveiselcel- of adenocarcinoom hrHPV-positief zijn en omdat bij vrijwel alle vrouwen ouder dan 30 jaar CIN 3 of baarmoederhalskanker kan worden uitgesloten bij een negatieve hrHPV-test.⁸⁻¹⁰

HRHPV-NEGATIEF: LANGDURIG LAGE KANS OP BAARMOEDERHALSKANKER

Een negatieve uitslag van de hrHPV-test is voor de lange termijn 'geruststellender' dan een negatieve uitslag op de klassieke cytologische test.⁸⁻¹⁰ De Pap.-bepaling is daardoor bij

Tabel Sensitiviteit en specificiteit van de hrHPV-test en cytologie bij screening op baarmoederhalskanker¹³

	Test	CIN 3+	CIN 2+
Sensitiviteit*	hrHPV	91,9% (61,0-96,7)	82,0% (62,9-89,6)
	cytologie	64,6% (43,3-73,1)	50,5% (38,4-58,0)
Specificiteit†	HrHPV	95,6% (95,3-95,8)	96,0% (95,7-96,3)
	cytologie	98,7% (98,5-98,8)	98,9% (98,7-99,0)

Cijfers zijn percentages met 95%-betrouwbaarheidsinterval.

hrHPV = hoog-risico humaan papillomavirus; CIN = cervicale intra-epitheliale neoplasie; CIN 2+ = plaveielepitheelcellen met matige afwijkingen in vorm en opbouw; CIN 3+ = plaveielepitheelcellen met ernstige afwijkingen in vorm en opbouw.

* De kans op een positieve testuitslag bij mensen die de ziekte inderdaad hebben.

† De kans op een negatieve testuitslag bij mensen die de ziekte inderdaad niet hebben.

een hrHPV-negatieve vrouw niet meer nodig. Na besmetting met hrHPV duurt het meestal vijftien jaar of langer voordat baarmoederhalskanker zich eventueel ontwikkelt. Het is dus veilig om vrouwen van 40 en 50 jaar met een negatieve hrHPV-uitslag niet al na vijf, maar pas na tien jaar opnieuw uit te nodigen voor een uitstrijkje.^{1,9,10}

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat onder hrHPV-negatieve vrouwen de cumulatieve incidentie van baarmoederhalskanker na vijftien jaar 0,09% is en die van CIN 3+ 0,58%.¹⁰ Het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM heeft ervoor gekozen hrHPV-negatieve vrouwen van 30 jaar niet pas na tien jaar opnieuw uit te nodigen, maar toch al na vijf jaar, omdat baarmoederhalskanker vaker voorkomt in jongere leeftijdsgroepen en omdat deze vrouwen nog maar een beperkte screeningsgeschiedenis hebben.

HRHPV-POSITIEF: ALTIJD CYTOLOGIE

Nadeel van de hrHPV-test is dat de specificiteit relatief laag is: 95,6% (95%-BI 95,3 tot 95,8).^{1,7} Bij positief geteste vrouwen is het hrHPV-virus aanwezig, maar slechts een heel klein deel van hen (< 1%) loopt het risico op baarmoederhalskanker. Daarom wordt bij een positieve hrHPV-uitslag altijd alsnog de klassieke cytologische bepaling uitgevoerd op materiaal uit hetzelfde uitstrijkje. Door deze getrapte screening wordt de hoge sensitiviteit van de hrHPV-test gecombineerd met de hoge specificiteit van de cytologische beoordeling: 98,7% (95%-BI 98,5 tot 98,8) [tabel].^{1-3,7}

Als er bij het cytologisch onderzoek geen afwijkende cellen zijn gevonden (Pap. 1), wordt na zes maanden nogmaals een uitstrijkje afgenomen. Zijn er ook dan geen afwijkende cellen te zien, dan wordt deze groep hrHPV-positieve vrouwen altijd na vijf jaar opnieuw uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek.

Worden er na een positieve hrHPV-uitslag afwijkende cellen gevonden bij het cytologisch onderzoek (Pap. 2 of hoger), dan wordt de vrouw naar de gynaecoloog verwezen voor een colposcopie. In het bevolkingsonderzoek-oude-stijl gebeurde dit bij Pap. 3a of hoger. Weliswaar worden ook in de nieuwe opzet zo min mogelijk vrouwen onnodig verwezen (ook hrHPV-negatieve vrouwen kunnen afwijkende cellen hebben), maar

in het nieuwe bevolkingsonderzoek zullen toch naar verwachting jaarlijks 9000 vrouwen extra naar de gynaecoloog worden verwezen: 17.000 in plaats van 7700.¹¹ Daar staat tegenover dat 75 van hen geen baarmoederhalskanker zullen krijgen en 18 niet zullen overlijden.

PATIËNTEN EN THUISARTS.NL

De veranderingen in het Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker moeten zorgvuldig worden uitgelegd aan de doelgroep. Als onderlegger voor het gesprek tussen de huisarts of praktijkassistente en deelnemers aan het bevolkingsonderzoek staan er op Thuisarts.nl sinds 1 januari 2017 teksten over screening, onderzoek, de hrHPV-test, de zelfafnameset (zie [kader 2]) en eventueel vervolgonderzoek bij de gynaecoloog. ■

LITERATUUR

- 1 Van der Noordaa J, Ansink AC, De Beaufort ID, Bindels PJE, Van Dissel JT, Kenter GG, et al. Screening op baarmoederhalskanker. Publicatienr. 2011/07. Den Haag: Gezondheidsraad; 2011.
- 2 Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Standpunt screening op baarmoederhalskanker. Den Haag: Ministerie van VWS, 2011.
- 3 Van der Veen N, Carpay MEM, Van Delden JA, Brouwer E, Grievink L, Hoebee B, et al. Uitvoeringstoets wijzigingen bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2013. Rapport 225121002. Bilthoven: RIVM, 2013.
- 4 Van Haaren KMA. NHG-Praktijkhandleiding Baarmoederhalskanker: Bevolkingsonderzoek en diagnostiek. Utrecht: NHG, 2016.
- 5 Bos AB, Rebolj M, Habbema JD, Van Ballegooijen M. Nonattendance is still the main limitation for the effectiveness of screening for cervical cancer in the Netherlands. *Int J Cancer* 2006;119:2372-5.
- 6 Cuzick J, Clavel C, Petry KU, Meijer CJ, Hoyer H, Ratnam S, et al. Overview of the European and North American studies on HPV testing in primary cervical cancer screening. *Int J Cancer* 2006;119:1095-101.
- 7 Bekkers RLM, Becker JH, Bulten H, Giesen A, Van Hamont D, Ter Harmsel WA, et al. Richtlijn CIN, AIS en VAIN [internet]. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland; 2015. www.oncoline.nl, geraadpleegd november 2016.
- 8 Dijkstra MG, Verhoef VMJ. Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 2.0. *NTOG* 2016;129:174-7.
- 9 Elfström KM, Smelov V, Johansson AL, Eklund C, Naclér P, Arnheim-Dahlström L, et al. Long term duration of protective effect for HPV negative women: follow-up of primary HPV screening randomised controlled trial. *BMJ* 2014;348:g130.
- 10 Dijkstra MG, Van Zummeren M, Rozendaal L, Van Kemenade FJ, Helmerhorst TJ, Snijders PJ, et al. Safety of extending screening intervals beyond five years in cervical screening programmes with testing for high risk human papillomavirus: 14 year follow-up of population based randomised cohort in the Netherlands. *BMJ* 2016;355:i4924.
- 11 Naber SK, Matthijsse SM, Jansen EEL, De Kok IMCM, De Koning HJ, Van Ballegooijen M. Effecten en kosten van het vernieuwde bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in Nederland naar aanleiding van recente ontwikkelingen. Rotterdam: Erasmus MC, 2016.
- 12 Waller J, Bartoszek M, Marlow L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. *J Med Screen* 2009;16:199-204.
- 13 Bosgraaf RP, Ketelaars PJ, Verhoef VM, Massuger LF, Meijer CJ, Melchers WJ, et al. Reasons for non-attendance to cervical screening and preferences for HPV self-sampling in Dutch women. *Prev Med* 2014;64:108-13.
- 14 Snijders PJ, Verhoef VM, Arbyn M, Ogilvie G, Minozzi S, Banzi R, et al. High-risk HPV testing on self-sampled versus clinician-collected specimens: a review on the clinical accuracy and impact on population attendance in cervical cancer screening. *Int J Cancer* 2013;132:2223-36.

Kader 2 hrHPV-zelfafnameset om de opkomst te verhogen

Onderzocht is waarom vrouwen niet deelnamen aan het klassieke bevolkingsonderzoek. Voor de meeste ondervraagden was de reden van emotionele aard, maar toch bijna een derde (32,3%) gaf ook praktische en organisatorische redenen aan. De aangevoerde redenen waren:

- vergeten een afspraak te maken bij de huisartsenpraktijk;
- eerdere negatieve ervaring met vaginaal of speculumonderzoek;
- gevoel van onveiligheid;
- angst voor medische ingrepen en medisch onderzoek;
- gevoel van schaamte.

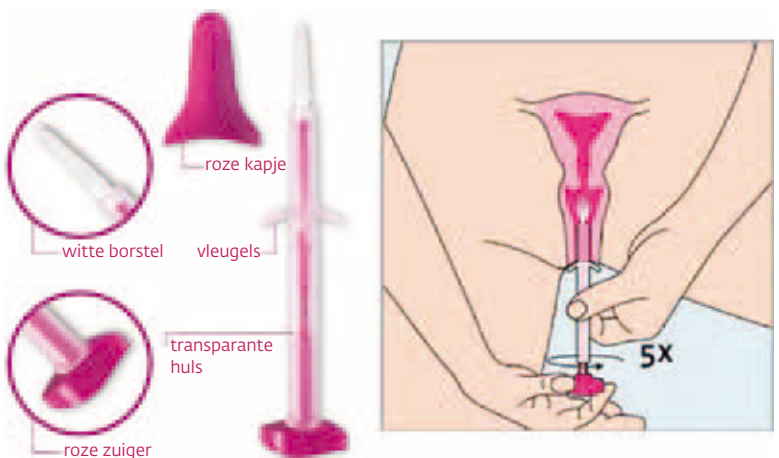
Het aanbieden van een zelfafnameset (zie [figuur]) als mogelijkheid om zelf thuis materiaal af te nemen heeft de bedoeling de drempel van het bevolkingsonderzoek te verlagen. Redenen om te kiezen voor een zelfafnameset zijn gemak, gebruiksvriendelijkheid, gebruik in de eigen veilige omgeving en zelf controle hebben over de situatie.

Onderzoek heeft uitgewezen dat de zelfafnameset de opkomst met ongeveer 6% zal vergroten. Is het opgestuurde materiaal hrHPV-negatief, dan is die stap in ieder geval gezet en is de vrouw, die anders wellicht niet had meegedaan, voor 5 of 10 jaar klaar. Anderzijds zullen vrouwen die met de zelfafnameset ontdekken dat ze hrHPV-positief zijn wel voor een uitstrijkje naar de huisarts moeten, want de zelfafnameset is niet geschikt voor het afnemen van cytologisch materiaal.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat 90% van de vrouwen die met de zelfafnameset ontdekken dat ze hrHPV-positief zijn, vervolgens wel een uitstrijkje laat maken. Een belangrijk aspect daarbij is dat de hrHPV-test met de zelfafnameset even betrouwbaar is als met een uitstrijkje in de huisartsenpraktijk. De verwachting is dat door de zelfafnameset jaarlijks 33 vrouwen minder baarmoederhalskanker zullen krijgen en 12 vrouwen minder zullen overlijden.

Op dit moment bevat de herinneringsbrief, die zestien weken na de eerste uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek verstuurd wordt, een aanvraagformulier voor de zelfafnameset. Op basis van verder onderzoek en ervaring zou men in de toekomst ook kunnen besluiten vrouwen al direct bij de eerste uitnodiging de keuze te geven tussen een uitstrijkje op de huisartsenpraktijk of een zelfafnameset.

Figuur De zelfafnameset



Het materiaal wordt uit de vagina en niet van de cervix afgenomen.



Behandeling van acute aspecifieke lagerugpijn

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

PRAKTIJKVRAAG

Wat is de toegevoegde waarde van pijnmedicatie ten opzichte van alleen advies en geruststelling bij patiënten met acute aspecifieke lagerugpijn in de huisartsenpraktijk?

HUIDIG BELEID

De NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn adviseert in eerste instantie om de patiënt gerust te stellen over de gunstige prognose van rugpijn. Tevens luidt het advies om te blijven bewegen. Dit advies heeft als doel om een vlotte hervatting van de normale taken van de patiënt te bewerkstelligen. Behalve geruststelling en de aanbeveling om te blijven bewegen, adviseert de NHG-Standaard om zo nodig pijnstillers voor te schrijven. Paracetamol is hierbij de pijnstiller van eerste keus, NSAID's vormen de tweede keus. De keuze voor paracetamol in de huidige NHG-Standaard is gebaseerd op het gunstige bijwerkingenprofiel van dit medicijn en niet op gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van paracetamol bij acute aspecifieke lagerugpijn.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Lagerugpijn is een van de meest voorkomende aandoeningen van het bewegingsapparaat; in een normpraktijk komen welkelijks een tot twee patiënten met acute lagerugpijn op het spreekuur. Volgens de Global Burden of Disease Study, gepubliceerd in de *Lancet* in 2015, zijn rugklachten verantwoordelijk voor de hoogste last aan beperkingen in de bevolking (gemeten als *Years Lived with Disabilities*, YLD). De totale kosten geassocieerd met rugpijn in Nederland werden in 2007 geschat op 3,5 miljard euro. Evidence-based behandeling van lagerugpijn kan dus bijdragen aan grote gezondheidswinst en een zinvolle besteding van het zorgbudget.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

In 2014 werd het eerste placebogecontroleerde onderzoek naar de effectiviteit van paracetamol ten opzichte van placebo bij acute aspecifieke lagerugpijn gepubliceerd in de *Lancet*.¹ In dit onderzoek, uitgevoerd door een Australische onderzoeksgroep, werden drie patiëntengroepen met elkaar vergeleken: één groep nam paracetamol driemaal daags in, een tweede patiëntengroep nam paracetamol zo nodig in en een derde groep kreeg placebo. De verrassende bevinding van dit onder-

zoek was dat het innemen van paracetamol vergeleken met placebo geen vermindering van pijnintensiteit, verkorting van tijd tot herstel of verbetering van functioneren opleverde. De mediane tijd tot herstel van rugklachten was in dit onderzoek zeventien dagen, hetgeen de eerder beschreven gunstige prognose nogmaals bevestigde. Hoewel het onderzoek technisch correct uitgevoerd was, leidde de publicatie tot twijfels over de gebruikte dosis paracetamol (patiënten namen een mediane dosis van 2660 milligram in) en over de generaliseerbaarheid van de bevindingen. Ook de onderzoekers zijn van mening dat de gevonden resultaten herhaald zouden moeten worden voordat de huidige richtlijnen voor behandeling van acute aspecifieke lagerugpijn aangepast kunnen passen.

Over de effectiviteit van NSAID's bij acute lagerugpijn bestaat tevens controverse. Uit een systematische Cochrane-review uit 2008 bleek dat NSAID's een bescheiden effect hebben op verbetering van rugklachten na een week ten opzichte van placebo, met als nadeel een significant groter aantal bijwerkingen.² Opvallend genoeg werd in deze review gevonden dat NSAID's niet significant effectiever zijn dan paracetamol voor acute lagerugpijn. De onderlinge verhoudingen tussen de effectiviteit van paracetamol, NSAID's en placebo voor de behandeling van acute aspecifieke lagerugpijn zijn dus op dit moment onduidelijk.

Samenvattend blijven er naar aanleiding van bovenstaande onderzoeken drie vragen over:

1. Moeten we paracetamol nog wel als pijnstiller van eerste keus voorschrijven bij acute aspecifieke lagerugpijn?
2. Als we geen paracetamol meer voorschrijven, is een NSAID dan een goede eerste keus?
3. Hoe verloopt het herstel van patiënten die geen pijnstilling, maar alleen geruststelling en advies krijgen?

CONCLUSIE

Er is onduidelijkheid over de optimale behandeling van acute aspecifieke lagerugpijn in de huisartsenpraktijk: onderzoeken naar de effectiviteit van paracetamol en NSAID's leveren tegenstrijdige resultaten op. Gezien de gunstige prognose van acute aspecifieke lagerugpijn zou het ook kunnen dat patiënten goed herstellen van hun klachten met alleen geruststelling en advies.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is de effectiviteit op pijn van paracetamol en diclofenac ten opzichte van placebo of alleen advies en geruststelling bij patiënten met acute aspecifieke lagerugpijn in de huisartsenpraktijk? ■

LITERATUUR

1. Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2014;384:1586.
2. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, van Tulder MW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008.

Het pluis/niet-pluisgevoel als diagnostische methode

INLEIDING

Een huisarts legt samen met zijn aios huisartsgeneeskunde een huisbezoek af bij de heer De Vries, 69 jaar. Onder supervisie van de huisarts doet de aios onderzoek en stelt voor de patiënt thuis te laten met een vangnetadvies. De huisarts is het eens met de anamnese en het onderzoek, maar vindt het beter de heer De Vries vandaag nog te verwijzen. In de nabespreking gaan ze samen in op de argumenten voor het ene of het andere beleid, en komen uit bij pluis/niet-pluisgevoel als belangrijk extra element om tot beleid te komen. De aios wil weten wat precies de redenen waren voor het niet-pluisgevoel bij de opleider. Daarnaast geeft ze aan dat ze het graag wil leren en vraagt ze wat ze daarvoor kan en moet doen. In de nabespreking komt onder andere naar voren dat dit pluis/niet-pluisgevoel als diagnostische methode van een geheel andere orde is dan bijvoorbeeld een CRP. Bij de laatste is er geen reden tot discussie (wel over het al dan niet aanvragen ervan, maar niet over de validiteit en betrouwbaarheid). In geval van 'pluis/niet-pluis' (intuïtie, *gut feeling*, patroonherkenning, ervaring?) is er sprake van mogelijk grote inter- en intradoktervariatie.

Voor huisartsen kan het pluis/niet-pluisgevoel van belang zijn bij het vaststellen van het beleid. In de casus hierboven komt een ervaren huisarts op grond van dit gevoel tot een ander beleid dan de onervaren aios. Dit zou de suggestie kunnen wekken dat het pluis/niet-pluisgevoel bij ervaren artsen beter is ontwikkeld dan bij onervaren collega's. Het is de vraag of dit inderdaad zo is. Het omgekeerde komt namelijk ook voor.

Deze klinische les kijkt vanuit vier verschillende invalshoeken naar het pluis/niet-pluisgevoel:

1. de ervaringen als huisarts-lid van de calamiteitencommissie van een grote huisartsenpost ([casus 1]);
2. de eigen ervaringen van de auteur als praktiserend huisarts, in de praktijk overdag, maar vooral tijdens ANW-diensten (Avond-Nacht-Weekend; [casus 2]);

Samenvatting

Brueren MM. Het pluis/niet-pluisgevoel als diagnostische methode. *Huisarts Wet* 2017;60(2):91-3.

Het pluis/niet-pluisgevoel kan voor de huisarts een belangrijke aanvulling zijn bij het vaststellen van beleid. Er zijn situaties waarin het er zelfs bepalend voor is. In deze klinische les wordt aan de hand van enkele praktijkcasus onderzocht of dit gevoel is aan te merken als een diagnostische methode die ook geleerd kan worden. In de literatuur zijn nauwelijks gegevens te vinden over de betrouwbaarheid, validiteit, specificiteit en sensitiviteit van het pluis/niet-pluisgevoel. Deze klinische les is in de eerste plaats een verkenning. Velen onderschrijven het belang van dit gevoel, maar het is onduidelijk of het bij de een beter is ontwikkeld dan bij de ander. Ook op de vraag of het gevoel kan worden aangeleerd geeft de literatuur geen antwoord. Gezien het belang van het onderwerp is meer onderzoek wenselijk.

3. ervaringen als huisarts-docent, betrokken bij de huisartsopleiding. In de opleidingspraktijk blijken artsen vooral moeite te hebben als het om klachten van de borstkas gaat (vervelend gevoel, pijn die de patiënt al dan niet als drukkend ervaart, benauwdheid, 'misselijk gevoel'). Het is dan ook geen toeval dat er onlangs een voorstel is gepubliceerd voor onderzoek naar de betrouwbaarheid van het pluis/niet-pluisgevoel bij borstkasklachten;¹
4. interesse voor diagnostiek in de huisartsenpraktijk in het algemeen en voor de wetenschappelijke onderbouwing daarvan in het bijzonder.²

Deze klinische les begint met twee casus, die enkele vragen oproepen. De literatuur is doorzocht op informatie die kan bijdragen aan de beantwoording van die vragen. Beschreven is op welke manier naar literatuur is gezocht en er is een verantwoording van de gemaakte keuze. Vervolgens worden de sterke en zwakke kanten van de gekozen aanpak besproken.

BESCHOUWING

Casus 1 en 2 verschillen qua pathologie en beloop. Wat ze gemeen hebben, is het belang van een gevoel bij de arts die te hulp is geroepen. Dat kan een 'pluisgevoel' zijn en aanleiding geven tot een afwachtend beleid, of een niet-pluisgevoel dat aanzet tot verdere actie, verder onderzoek of verwijzing.

Casus 1

De triagist van een huisartsenpost krijgt op een zaterdag het verzoek een huisarts te sturen naar een 56-jarige man met buikpijn. De patiënt beschrijft de buikpijn als fors en geeft deze een VAS-score 8. De man is al langer bekend met rugpijn, die de laatste tijd lijkt toe te nemen. Hij voelt zich er kortadempig bij en heeft geen pijn of drukkend gevoel op de borst. Huisarts A bezoekt meneer binnen de daarvoor vereiste tijd (= U2). De huisarts treft een man aan die in een stoel zit en geen acuut zieke indruk maakt. Hij vertelt vier dagen geen ontlasting te hebben gehad. De anamnese verloopt wat moeizaam (de man is niet erg spraakzaam), maar levert geen bijzonderheden op, behalve het gebruik van dagelijks vijf eenheden alcohol. Lichamelijk onderzoek: matig verzorgde man, RR 120/60 mmHg (bij gebruik van 1 bloeddrukverlager: hydrochloorthiazide 12,5 mg), pols 76/minuut, regulair aequaal, temperatuur 35,0 graden, saturatie 91%. Abdomen: adipeus, hypertympanie, hoog klinkende matige peristaltiek, diffuus drukpijnlijk, geen *défen-se musculaire* of loslaatspijn, geen zwellingen of palpabele weerstanden. De werkdiaagnose van de huisarts is 'buikpijn bij obstipatie'. De thuiszorg gaat een hoog opgaand klyisma geven. Daarnaast krijgt de patiënt een recept voor een laxans. Het vangnetadvies luidt: nieuw contact bij geen of onvoldoende effect, braken en toename van de buikpijn.

De volgende dag belt een familielid van de patiënt de huisartsenpost. Ze hebben de patiënt 's ochtends dood aangetroffen. De

Huisartsenpraktijk Stiphout, Kloosterstraat 23 a, 5708 GM Helmond: dr. M.M. Brueren, huisarts, huisarts-lid van de calamiteitencommissie HAP Oost Brabant, tevens docent aan de huisartsopleiding van de Universiteit Maastricht • Correspondentieadres: mark.brueren@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

dienstdoende huisarts doet de lijkschouwing, er wordt geen obductie afgesproken. Omdat het een onverwacht overlijden betreft met recent daarvoor een onderzoek en beoordeling door een huisarts, wordt het als calamiteit gemeld.

Casus 2

Op een maandagavond meldt zich bij de balie van een huisartsenpost een vrouw van 63 jaar. Ze is zonder afspraak naar de post gekomen, samen met haar man, omdat ze tintelingen in de vingers heeft, trekkend naar de armen, en een krampende pijn op de borstkas. De pijn is gerelateerd aan inspanning. Huisarts B roept haar binnen. De klachten blijken al langer te bestaan en ze is er voor het weekend ook voor bij haar eigen huisarts geweest. Die dacht aan spanningsklachten en heeft een benzodiazepine voorgeschreven. Er zijn geen cardiale klachten in de voorgeschiedenis, ze is niet bekend met diabetes mellitus of hoge bloeddruk en er zijn geen hart- en vaatziekten in de familie. Ze rookt twintig sigaretten per dag en gebruikt dagelijks alcohol, want anders kan ze niet slapen. De slaapproblemen heeft ze al lang en zijn gerelateerd aan een problematische relatie met een van de kinderen. Als ze daarover vertelt, barst ze in tranen uit. Er zijn geen vegetatieve symptomen of klachten en ze is niet benauwd. Tintelingen in de handen staan op de voorgrond. Lichaamelijk onderzoek: RR 184/96 mmHg, pols 100/minuut, regulair aequaal, saturatie 99%. Aan hart en longen vindt de huisarts geen afwijkingen. Hij noteert op de E-regel: borstkas-klachten, laag-matig verdacht voor coronairlijden DD paniekstoornis/angst. Omdat mevrouw er niet gerust op is en ook de huisarts het zekere voor het onzekere wil nemen, verwijst hij haar naar de Eerste Harthulp. De klachten blijken cardiaal en ze wordt doorverwezen voor interventiecardiologie.

Tijdens de bespreking in de calamiteitencommissie geeft huisarts A aan het heel vervelend te vinden voor de patiënt en diens nabestaanden, maar ook terugkijkend geen niet-pluisgevoel te hebben gehad tijdens onderzoek en daarna. De huisarts vraagt zich af of dit gevoel er had moeten zijn, maar dat is 'praten achteraf'. Huisarts B is enigszins verrast dat er wel een cardiale oorzaak van de klachten was. Deze huisarts dacht meer aan wat in de huisartsgeneeskunde wel 'het tweede spoor' wordt genoemd. De aard van de klachten ('tintelingen'), de keuze van de eerdere huisarts voor een benzodiazepine, het verdriet dat in het gesprek naar boven kwam. Dat huisarts B de patiënt toch naar de eerste harthulp heeft verwezen had te maken met de ongerustheid van de patiënt, de licht tot matig sterke verdenking op coronairlijden en het betrekken van de wensen van haar en haar man bij het bepalen van het beleid. Het niet-pluisgevoel bij de vrouw is, achteraf zeer terecht, in het beleid betrokken, en het bij de huisarts aanwezige pluisgevoel bleek achteraf onjuist en zou tot een ander beleid hebben geleid.

Deze casus roepen enkele vragen op:

- Wat is een pluis/niet-pluisgevoel?
- Wat zijn de betrouwbaarheid, validiteit, sensitiviteit, specificiteit en de positieve en negatieve voorspellende waarden van het pluis/niet-pluisgevoel?
- Kan het geleerd worden?

Deze en andere vragen vormden het vertrekpunt bij een onderzoek onder coassistenten, neurologen in opleiding, en neurologen met weinig en neurologen met veel klinische ervaring. In het onderzoek onder neurologen heeft men gekeken

naar de mate van ervaring en interdoktervariatie bij het bepalen van de diagnose en het beleid. Het lijkt erop dat jaren van klinische ervaring verband houden met een juist gevoel, een mogelijk scherpere 'klinische blik', maar heel sterk is dit verband niet.³ Stolper is van mening dat het pluis/niet-pluisgevoel voor de huisarts een belangrijk diagnostisch instrument is.⁴

In Pubmed is aan de hand van de volgende zoektermen gezocht naar geschikte literatuur: 'diagnostic uncertainty', 'gut feelings', 'general practice', 'diagnostic reasoning', 'specificity' en 'sensitivity'. Combinaties van deze termen leverden een groot aantal artikelen op. Daaruit werden de voor de genoemde vragen relevant geachte artikelen gekozen en bestudeerd.^{1,5-11}

In de bestudeerde literatuur werden geen gegevens gevonden over betrouwbaarheid, sensitiviteit en specificiteit van het pluis/niet-pluisgevoel. Het onderzoek met betrekking tot deze testeigenschappen is nog niet afgerond.¹ Stolper en collega's noemen het pluis/niet-pluisgevoel een derde weg in huisartsgeneeskundig denken en handelen, naast *medical decision-making* en *medical problem-solving*.^{5,6} Wübken en collega's beschrijven de problemen waarvoor de huisarts zich geregeld geplaatst ziet: aan de ene kant een lage kans op ernstige ziekte met daaraan gekoppeld een grote kans op een fout-positieve uitslag van een test, met als gevolg overdiagnostiek en te snelle of onnodige verwijzing. Aan de andere kant de angst bij de huisarts om een ernstige ziekte te missen, die mogelijk tot een fataal beloop kan leiden.⁹ Diagnostische onzekerheid noemt men in dit verband wel 'systemimmanent', en is, in gewoon Nederlands, inherent aan het werk van de huisarts.

Goudsmit heeft vanuit een andere invalshoek dan die van de evidence based medicine in dit tijdschrift eerder het probleem besproken van onzekerheden in het werk van de huisarts en het pluis/niet-pluisgevoel.¹² Hij introduceert, in lijn met het werk van Aristoteles, de term 'phronese' ('praktische wijsheid') als derde weg naast die van de 'theoretische' en de 'technische' kennis. Bij phronese gaat het meer om inschattingen, patroonherkenning en contextfactoren die meewegen bij de keuze voor een bepaald medisch beleid. Goudsmit stelt dat de arts deze vorm van kennis kan aanleren, maar geeft geen informatie over de didactische methode die daarbij gebruikt kan worden. Het ontwikkelen van dit gevoel is wellicht wel te stimuleren. Snoek geeft aanzetten daartoe.¹³ Hij noemt daarbij onder andere het aanbieden van een leeromgeving die de arts stimuleert om bij medisch handelen op zijn intuïtie te vertrouwen, en beschouwt onderwijs aan het ziekbed en supervisie ook als mogelijkheden voor het ontwikkelen van het pluis/niet-pluisgevoel.

BESLUIT

In deze klinische les is vanuit verschillende invalshoeken (praktijk, onderwijs, bespreking calamiteiten, onderzoek) gekeken naar het pluis/niet-pluisgevoel als middel dat de huisarts kan gebruiken bij het nemen van medische beslissingen. Een sterk punt is dat dit stuk is gebaseerd op ervaringen in de praktijk, waarmee het hoopt aan te zetten tot meedenken

en discussie. Het literatuuronderzoek daarentegen is beperkt van opzet en de daarop gebaseerde conclusies daardoor ook. Hopelijk kunnen deze wel dienen als beginpunt voor verdere discussie. Op de eerder gestelde vragen zijn helaas geen antwoorden gevonden. Dat is jammer, maar het maakt de vragen niet minder belangrijk. De meeste huisartsen laten het pluis/niet-pluisgevoel in hun beleid meewegen, waarbij de een er mogelijk eerder en meer op durft te vertrouwen dan de ander. Meer inzicht in hoe het in de praktijk werkt is wenselijk.

Bij het beoordelen van ecg's blijken er forse verschillen te zijn tussen huisartsen onderling.¹⁴ Of de interdoktervariatie bij het pluis/niet-pluisgevoel minder groot is, zal onderzoek moeten uitwijzen. ■

LITERATUUR

- Barais M, Barraine P, Scouarnec F, Mauduit A, Le Floch B, Liétard C, et al. The accuracy of the general practitioner's sense of alarm when confronted with dyspnea and/or thoracic pain: protocol for a prospective observational study. *BMJ Open* 2015;5:e006810.
- Brueren M. Diagnosing hypertension. Contributions from primary care. [Proefschrift]. Maastricht: Maastricht University Press, 1998.
- Snoek JW. Het denken van de neuroloog. [Proefschrift]. Groningen: Rijk-universiteit Groningen, 1989.
- Stolper E. Gut feelings in general practice. [Proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 2010.
- Stolper E, Van der Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *J Gen Inter Med* 2011;26:197-203.
- Stolper C, Van de Wiel W, De Vet H, Dinant G. Family physicians' diagnostic gut feelings are measurable: construct validation of a questionnaire. *BMC Fam Pract* 2013;14:1.
- Schneider A, Wübken M, Linde K, Bühner M. Communicating and dealing with uncertainty in general practice: the association with neuroticism. *Plos One* 2014;9:1-7.
- Donner-Banzhoff N, Haasenritter J, Hüllermeier E, Viniol A, Börsner S, Becker A. The comprehensive diagnostic study is suggested as a design to model the diagnostic process. *J Clin Epidemiol* 2014;67:124-32.
- Wübken M, Oswald J, Schneider A. Umgang mit diagnostischer Unsicherheit in der Hausarztpraxis. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh* 2013;107:632-7.
- Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant G. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract* 2009;10:66.
- Schneider A, Löwe B, Barie S, Joos S, Engeser P, Szecsenyi J. How do primary care doctors deal with uncertainty in making diagnostic decisions? The development of the 'Dealing with Uncertainty Questionnaire (DUQ)'. *J Eval Clin Pract* 2010 Jun;16:431-7.
- Goudsmit A. De plaats van 'phronese' in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 2005;48:454-8.
- Snoek J. 'Pluis/niet-pluis': een valide denkmethode. Commentaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1766.
- Begg G, Willan K, Tyndall K, Pepper C, Tayebjee M. Electrocardiogram interpretation and arrhythmia management; a primary and secondary care survey. *Br J Gen Pract* 2016;291-6.

Robert Willemsen, Karen Konings

ECG-casus 'Hartkloppingen'

Casus

Patiënt: Vrouw, 47 jaar, loopt competitief hard, komt op afspraak op het spreekuur van de huisarts.

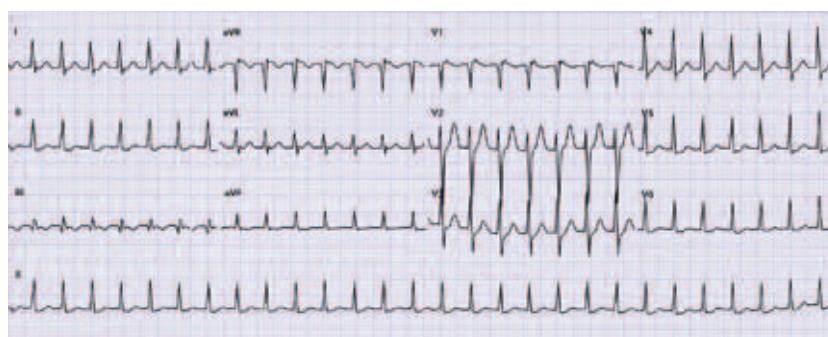
Voorgeschiedenis: Blanco.

Medicatie: Geen.

Anamnese: Aanvalsgewijs hartkloppingen. Ze heeft nu drie aanvallen gehad die telkens circa vijftien minuten aanhielden (een half jaar geleden, twee maanden geleden en vijf dagen geleden). Ze heeft haar pols gevoeld en deze vond ze erg snel gaan. Tijdens de palpaties heeft ze een gespannen gevoel op de borst en is ze duizelig. De klachten beginnen en stoppen plotseling. Na iedere aanval moet ze opvallend veel plassen.

Lichamelijk onderzoek: Het oriënterend lichamelijk onderzoek (hart, longen, bloeddruk, pols) is zonder afwijkingen.

ECG



OPGAVE

De huisarts instrueert haar bij een recidief meteen te komen voor een ECG. Mocht dit niet tot een diagnose leiden, overweegt de huisarts een eventrecorder te regelen. Vijf dagen later meldt ze zich tussendoor in de praktijk, mét klachten. De huisarts maakt een ECG.

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

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

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



Mild zijn voor jezelf helpt als behandeling bij diabetes

INLEIDING

Stemmingsproblemen zijn een bekend probleem bij chronische ziekten, zoals diabetes. Depressie komt bij diabetespatiënten twee keer zo vaak voor vergeleken met mensen zonder diabetes. Jaarlijks krijgt 15 tot 20% van alle diabetespatiënten te maken met depressieve klachten. Diabetespatiënten worden dagelijks geconfronteerd met kleine en grote tegenslagen en frustraties met betrekking tot hun chronische ziekte. Er zijn aanwijzingen dat de behandeling van depressie de glykemische instelling verbetert. De hypothese van de auteurs van het hier besproken artikel is dat *self-compassion* een positief effect heeft op de psychische en lichamelijke gezondheid van de diabetespatiënt. De Angelsaksische term *self-compassion* heeft een andere betekenis dan de Nederlandse vertaling zelfmedelijden (*self-pity*). Zelfcompassie betekent dat je een zekere mildheid, ook wel zelfmedeleven genoemd, met jezelf hebt. Zelfcompassie kan bij diabetespatiënten getraind worden. Er worden drie aspecten van zelfcompassie onderscheiden. De eerste is *vriendelijkheid voor jezelf*. Door bij frustraties mild te zijn voor jezelf, vergroot je de kans dat je iets leert van de tegenslagen die bij een chronische ziekte horen. Het tweede aspect is *menselijkheid*. Inherent aan het dagelijks bestaan is dat mensen in hun leven om moeten leren gaan met tegenslagen. Het hoort erbij en overkomt niet alleen chronisch zieken. Het is belangrijk om te leren accepteren dat je als mens kwetsbaar en onvolmaakt bent. Het derde aspect betreft *mindfulness*. Dit wil zeggen dat men van een afstand, met een open en nieuwsgierige houding en zonder vooroordelen leert te kijken naar de dingen zoals ze zijn. Negatieve emoties horen bij het leven: je moet ze niet onderdrukken, maar ook niet overdrijven.

ONDERZOEK

Opzet In een acht weken durende Mindfull Self-Compassion-training (MSC) werd gekeken naar de effecten van deze scholing op de psychische en lichamelijke gezondheid van een groep diabetespatiënten vergeleken met een groep diabetespatiënten die deze training niet hadden ondergaan.

In dit gerandomiseerde onderzoek werden 63 patiënten geïncludeerd. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen patiënten met diabetes mellitus type 1 en patiënten met diabetes type 2. Van deze geïncludeerde populatie kregen 32 patiënten een gestandaardiseerde MSC-training en 31 patiënten de gebruikelijke zorg. De gemiddelde leeftijd was bijna 43 jaar. In elke groep vielen twee patiënten voortijdig uit. De trainingsgroepen bestonden uit 8 tot 12 patiënten. Er werd wekelijks een groepsbijeenkomst van 2,5 uur gehouden. De psychologi-

sche effecten werden gemeten met gevalideerde vragenlijsten en het metabole effect door middel van het HbA1c. Voor de meting van de mate van zelfcompassie werd gebruikgemaakt van de *Self-Compassion Scale* (SCS 26 items). Voor de depressie werd de *Patient Health Questionnaire* (PHQ 9 items) gebruikt. De *Diabetes Distress Scale* (DDS 17 items) werd gebruikt om de diabetespecifieke ziektelast te meten. Deze metingen werden verricht bij aanvang van de training, direct na de acht wekende durende training en na drie maanden.

Resultaten De zelfcompassievaardigheden lieten een significante verbetering zien na de training en ook nog na drie maanden. In de MSC-groep liet 62,5% een klinisch significante verbetering zien op de depressiviteitschaal vergeleken met 16,1% in de controlegroep. Met betrekking tot de diabetespecifieke ziektelast liet de MSC-groep een klinisch significante verbetering zien ten opzichte van de controlegroep: 46,9 versus 9,7%. Het HbA1c daalde in de MSC-groep significant ten opzichte van de controlegroep: 65,6 versus 29%. Het HbA1c daalde zelfs met 10 mmol/mol (0,9%) versus 1,6 mmol/mol (0,16%) in de controlegroep gemeten vanaf de start van de MSC-training tot drie maanden na het beëindigen hiervan. **Conclusie van de auteurs** Een gestandaardiseerde zelfcompassietraining van acht weken geeft een verbetering op zowel de mentale als metabole eindpunten bij patiënten met diabetes.

INTERPRETATIE

Dit onderzoek laat zien dat zelfcompassie een positief effect heeft op de gemoedstoestand en het HbA1c van diabetespatiënten. Zelfcompassievaardigheden kunnen geleerd worden. Mild zijn voor jezelf heeft effect op de psychische en lichamelijke uitkomsten als de diabetespatiënt geconfronteerd wordt met stress en klachten van zijn chronische ziekte. Het aantal diabetespatiënten zal de komende jaren alleen maar toenemen. De zorg voor deze groep chronische patiënten zal doelmatiger en kosteneffectiever moeten worden. Een van de speerpunten hiervoor is zelfmanagement. Zelfmanagement mag niet gefrustreerd worden door zelfverwijt en -kritiek. Er wordt veel nadruk gelegd op lifestyleveranderingen bij diabetespatiënten. De resultaten van de aangeboden bewegingsprogramma's en diëten zijn echter mager. Een van de hulpmiddelen om dit te voorkomen is een zelfcompassietraining. Een dergelijke training wordt door de GGZ al als e-healthmodule aangeboden. ■

LITERATUUR

- 1 Friis AM, Johnson MH, Cutfield, RG, Considine NS. Kindness matters: A randomised controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and HbA1c among patients with diabetes. *Diabetes Care* 2016;39:1963-71.

CPAP (niet) van levensbelang?

INLEIDING

Patiënten met het Obstructieve Slaap Apnoe Syndroom (OSAS) hebben een verhoogd risico op een cardiovasculaire aandoening. Dit komt waarschijnlijk omdat de nachtelijke periodes van apnoe van invloed zijn op onder andere de bloeddruk, het sympathisch zenuwstelsel en de bloedstolling. Het gebruik van Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) geeft bij patiënten met matig tot ernstige OSAS onder andere een vermindering van de systolische bloeddruk, waardoor het risico op hart- en vaatziekten weer zou verminderen en ook cardiovasculaire sterfte zou kunnen dalen. Omdat ongeveer 50% van de patiënten met een cardiovasculaire aandoening tevens tekenen vertoont van OSAS, zou CPAP mogelijk van levensbelang kunnen zijn bij de preventie van cardiovasculaire recidieven en sterfte. Dit lijkt op basis van observationele onderzoeken inderdaad aannemelijk. Het SAVE-onderzoek is de eerste RCT die opgezet is om deze claim verder te onderzoeken bij patiënten met een cardiovasculaire aandoening en matig tot ernstige OSAS.

ONDERZOEK

Opzet Aan het SAVE-onderzoek hebben ongeveer 2700 patiënten deelgenomen die gerandomiseerd werden in twee groepen. De interventiegroep werd ten minste drie uur per nacht behandeld met CPAP en kreeg daarnaast de gebruikelijke zorg. De andere helft kreeg alleen maar gebruikelijke zorg. Het primaire eindpunt van het onderzoek was het optreden van cardiovasculaire ziekte of sterfte. Tevens werd gekeken naar de effecten van CPAP op de symptomen van OSAS, zoals slaperigheid overdag, kwaliteit van leven en snurken. De mediane follow-upduur van de deelnemers was 3,7 jaar. De mediane gebruiksduur van CPAP-apparatuur was in het begin van het onderzoek 4,4 uur en daalde naar 3,5 uur per nacht na twaalf maanden, maar bleef daarna constant.

Resultaten Tweeënvijftig procent van de deelnemers die CPAP kreeg, had de apparatuur voldoende lang aangekoppeld (vier uur of langer per nacht) om een klinisch relevant effect op de apnoe te mogen verwachten. In beide groepen was er gedurende het onderzoek geen verschil in medicatie, roken, BMI en andere risicofactoren. Uiteindelijk kreeg 17% van de deelnemers uit de CPAP-groep een myocardinfarct of CVA, of stierf door cardiovasculaire oorzaak. In de groep die alleen gebruikelijke behandeling kreeg, was dat 15% (RR 1,10; 95%-BI 0,91-1,32; $p = 0,35$). Een analyse van de primaire en secundaire cardiovasculaire eindpunten met het oog op een mogelijke dosis-responsrelatie liet geen vermindering van het aantal cardiovasculaire eindpunten zien bij een intensiever gebruik van de CPAP. Wel was er sprake van een vermindering van de slaperigheid overdag, verbetering van de stemming, vermindering van het ziekteverzuim (gemiddeld 30 dagen minder per jaar in de CPAP-groep) en andere symptomen van OSAS, zoals snurken.

Conclusie van de auteurs Vooralsnog lijkt CPAP alleen effectief te zijn als het gaat om de kwaliteit van leven en om de stemming te verbeteren, de slaperigheid overdag te verminderen en het ziekteverzuim drastisch te reduceren. Voor patiënten die alleen klagen over snurken lijkt de indicatie van CPAP beperkt, ook al lopen ze cardiovasculair een verhoogd risico. Zijn er meer klachten die toe te schrijven zijn aan OSAS, dan valt CPAP te overwegen. Voor primaire of secundaire preventie van cardiovasculaire ziekte is het (levens)belang vooralsnog niet aangetoond.

INTERPRETATIE

Gedurende bijna vier jaar elke nacht gemiddeld 3,5 uur aangesloten zijn aan CPAP-apparatuur geeft geen klinisch relevante verbetering van de cardiovasculaire prognose van patiënten met hart- en vaatziekten. Vergelijkbare onderzoeken van patiënten met een minder uitgesproken cardiovasculair risicoprofiel dan bij de SAVE-trial laten vergelijkbare resultaten zien. De claim dat CPAP een vermindering van de cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit geeft bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico, kan derhalve niet bevestigd worden. Mogelijk dat het uitblijven van een effect te maken heeft met de relatief korte duur van het gebruik van CPAP gedurende de nacht. Dit was gemiddeld 3,3 uur, terwijl vier uur als minimale ondergrens wordt beschouwd. Daarnaast wordt CPAP vaker in het begin van de nacht gebruikt, terwijl gedurende de remslaap in de ochtend relatief meer periodes met apnoe voorkomen. Deze mogelijkheden zijn in de SAVE-trial ook geanalyseerd en laten inderdaad een voordeel zien voor de behandeling met CPAP ten opzichte van alleen gebruikelijke therapie. Omdat het hier om subgroepanalyses gaat, is de *power* van de trial hier niet op afgestemd en kunnen eventuele bevindingen onvoldoende statistisch geïnterpreteerd worden. Verder onderzoek op dit gebied is nodig; zeker ook naar de vraag waarom sommige patiënten wel in staat blijken om gedurende meerdere uren per nacht CPAP te gebruiken en andere afhaken of te kort aangekoppeld zijn. ■

LITERATUUR

- 1 McEvoy RD, et al. CPAP for prevention of cardiovascular events in obstructive sleep apnea. *N Engl J Med* 2016; 375:919-31.
- 2 Mokhlesi B, et al. Cardiovascular events in obstructive sleep apnea. Can CPAP therapy SAVE lives? *N Engl J Med* 2016; 375:994-96.

Paracetamol bij lagerugpijn

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

Context Pijnstilling wordt veel voorgeschreven voor lagerugpijn. Paracetamol is de eerste keus in diverse klinische richtlijnen. Deze aanbeveling is gebaseerd op (1) indirect bewijs, zoals onderzoeken bij patiënten met een ander soort pijn dan rugpijn, (2) consensus door de ontwikkelaars van de richtlijnen en (3) het veiligere profiel van paracetamol vergeleken met NSAID's en opioïden. De effectiviteit van paracetamol voor lagerugpijn is nog onduidelijk.

Klinische vraag Wat is de effectiviteit en veiligheid van paracetamol voor specifieke lagerugpijn?

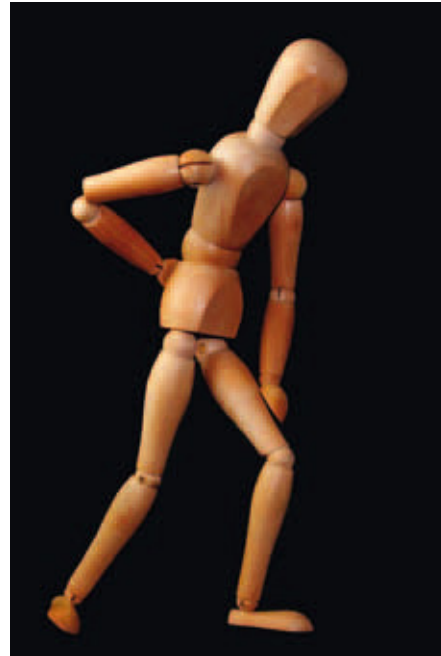
Conclusie auteurs De auteurs includeerden 3 RCT's (1825 patiënten) waarin paracetamol werd vergeleken met placebo. Twee onderzoeken betroffen acute rugpijn, waarvan één niet meegenomen is in de analyse omdat er geen informatie was over de placebogroep. Het derde onderzoek betrof patiënten met chronische rugpijn.

De auteurs rapporteren dat er geen verschil is tussen paracetamol en placebo na één, twee, vier en twaalf weken bij acute lagerugpijn. Ook andere uitkomstmaten en bijwerkingen waren niet verschillend tussen de paracetamol- en placebogroep. Er werd ook geen verschil gevonden tussen paracetamol en placebo voor acute pijnreductie (eenmalige gift) bij chronische lagerugpijn.

De conclusie van de auteurs luidt dat er bewijs van hoge kwaliteit is voor het niet voorschrijven van paracetamol bij acute lagerugpijn. Voor chronische lagerugpijn doen de auteurs geen aanbevelingen, omdat het gevonden bewijs van lage kwaliteit is.

Beperkingen Meer dan 90% van de patiënten in deze review was afkomstig uit één onderzoek (Australische patiënten van middelbare leeftijd). De conclusies en aanbevelingen zijn volledig gebaseerd op dit onderzoek van overigens hoge methodologische kwaliteit. Beide andere, kleinere onderzoeken waren duidelijk van lagere methodologische kwaliteit; de auteurs baseerden hierop dan ook geen aanbevelingen.

Commentaar Deze Cochrane-review laat de resultaten zien van drie artikelen, waarvan één uitgesloten werd van de analyse. Hierdoor beperkte de analyse zich tot één groot onderzoek gericht op acute lagerugpijn en één klein en methodologisch minder goed onderzoek gericht op chronisch lagerugpijn. Normaal gesproken wordt in een Cochrane-review bestaande informatie samengevoegd en heeft deze informatie samen meer waarde dan een resultaat uit één artikel. Helaas zijn er voor



dit onderwerp zo weinig artikelen beschikbaar dat de conclusies in deze Cochrane-review zijn gebaseerd op slechts één artikel. De auteurs doen op basis van het artikel over acute lagerugpijn de uitspraak dat paracetamol niet zinnig is bij acute lagerugpijn en pleiten tegen het gebruik hiervan.

Dit lijkt een vrij ferme conclusie op basis van één hoogwaardig onderzoek, dat echter nog niet herhaald is in een andere patiëntenpopulatie. Hoewel de onderzoekspopulatie mogelijk vergelijkbaar is met onze Nederlandse populatie (Australische patiënten met een gemiddelde leeftijd rond 45 jaar, gerekruteerd door huisartsen en advertenties in de algemene bevolking), wil dat nog niet zeggen dat een tweede onderzoek deze resultaten zal bevestigen.

In de herziene NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn wordt bij acute pijn het accent gelegd op voorlichting en advies, met als doel het ondanks de rugpijn in beweging komen/blijven en zo veel mogelijk normaal te blijven functioneren.

Analgetica worden alleen aanbevolen ter ondersteuning van dit activerende beleid. Omdat ook voor andere analgetica de werkzaamheid bij aspecifieke lagerugpijn niet overtuigend is aangetoond, is er bij keuze voor een analgeticum geen reden om af te wijken van de aanbevelingen in de NHG-Standaard Pijn. Daarbij blijft paracetamol dan ook de eerste keus. Het is natuurlijk wel goed om patiënten voor te lichten over de te verwachten effecten. ■

LITERATUUR

- 1 Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2016;CD012230.

Misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing

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

Inleiding Intra uterine devices (IUD's) worden veel gebruikt als anticonceptie. Pijn bij plaatsing kan een belemmering zijn voor patiënten en artsen om te kiezen voor een IUD, zeker bij nulligravidae.¹ Sommige huisartsen geven daarom misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing bij nulligravidae. Misoprostol zorgt voor rijping en verweking van de cervix, wat kan leiden tot pijnvermindering bij IUD-plaatsing.² De NHG-Standaard Anticonceptie uit 2011 raadt toediening van misoprostol echter af vanwege het geringe effect en het optreden van bijwerkingen.^{1,2}

Vraagstelling Leidt toediening van misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing bij nulligravidae tot pijnvermindering vergeleken met placebo?

Zoekstructuur De literatuurssearch werd gedaan op 11 oktober 2015. Zoeken in PubMed met (Misoprostol) AND (Intrauterine Devices) met en zonder MeSH-termen leverde 23 artikelen op. In de Cochrane Library werd met de termen (Misoprostol AND IUD) één reviewprotocol gevonden. De 23 artikelen werden gescreend op fulltext beschikbaarheid, recente (vanaf 2014) reviews/meta-analyses of gerandomiseerde trials (RCT), in het Nederlands of Engels. Drie RCT's bleken geschikt.³⁻⁵

Resultaten Espey et al. includeerden in een dubbelblinde, placebogecontroleerde RCT 82 nulligravidae die twee tot vier uur voorafgaand aan IUD-plaatsing misoprostol 400 mcg (n = 42) of placebo (n = 40) in de wangzak kregen.³ Twee patiënten (2,4%) waren loss to follow-up. Pijn werd gemeten op een Visual Analogue Scale (VAS) met een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (extreme pijn). Het klinisch relevante verschil was 1,5. De gemiddelde VAS-score in de misoprostolgroep was 5,9 versus 5,3 in de placebogroep. Het verschil van 0,6 in het voordeel van misoprostol was niet significant (p = 0,11).

Scavuzzi et al. includeerden in een dubbelblinde placebogecontroleerde RCT 190 nulligravidae die vier uur voor IUD-plaatsing misoprostol 400 mcg vaginaal (n = 86) of placebo (n = 93) kregen toegediend in het ziekenhuis.⁴ Door een brand aldaar was er een loss to follow-up van 5,8%. Voor het meten van pijn gebruikten zij dezelfde VAS-score als Espey, maar deze werd gedichotomiseerd in 'mild/afwezig' (VAS 0-5) en 'matig/ernstig' (VAS 6-10). In de placebogroep werden significant meer vrouwen (66,7%) als 'matig/ernstig' gecategoriseerd dan in de misoprostolgroep (37,2%); p = 0,00008.

Lathrop et al. includeerden in een dubbelblinde placebogecontroleerde RCT 73 nulligravidae.⁵ Zij kregen twee tot vier uur voor IUD-plaatsing misoprostol 400 mcg (n = 37) of placebo (n = 36) in de wangzak. De loss to follow-up was 2,7%. Pijn werd gemeten op een VAS van 0 (geen pijn) tot 100 (extreme pijn).

Een verschil van minimaal 16 punten werd beschouwd als klinisch relevant. De misoprostolgroep had een gemiddelde VAS-score van 46 en de placebogroep van 34 met een verschil van 12 in het voordeel van de placebogroep, p = 0,044.

Geen van bovenstaande onderzoeken werd uitgevoerd in de huisartsenpraktijk.³⁻⁵ De deelnemers komen, gezien de inclusiecriteria, echter wel overeen met nulligravidae in de huisartsenpraktijk en de resultaten lijken daardoor ook toepasbaar op een eerstelijns populatie.

Bespreking Twee van de drie onderzoeken vonden geen pijnvermindering na toediening van misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing bij nulligravidae.^{3,5} Scavuzzi et al. vonden echter wel pijnvermindering. Een verklaring hiervoor kan zijn dat zij de VAS-score, een continue score, omzetten in een dichotome score. Deze omzetting, met name de klinische relevantie van het gekozen afkappunt, werd niet met literatuur onderbouwd. De 'mild/afwezig'-categorie omvatte patiënten met een VAS-score van 0-5. Een VAS-score van 5 op een schaal van 0-10 is een redelijk hoge score; deze patiënten zijn niet pijnvrij, maar worden wel als zodanig gecategoriseerd, namelijk als 'mild/afwezig'.

Een ander verschil tussen de onderzoeken is de toedieningsweg van misoprostol. In twee onderzoeken werd de misoprostol in de wangzak toegediend;^{3,5} in één onderzoek vaginaal.⁴ De resorptie- en halfwaardetijd van beide toedieningswegen zijn echter vergelijkbaar.²

Conclusie Toediening van misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing bij nulligravidae leidt niet tot pijnvermindering. Er is dus geen reden om de NHG-Standaard op dit punt te herzien.

Betekenis In de huisartsenpraktijk wordt het geven van misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing bij nulligravidae afgeraden. ■

LITERATUUR

- 1 Brand A, Bruinsma A, Van Groenigen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54:652-76.
- 2 www.farmacotherapeutischkompas.nl.
- 3 Espey E, Singh RH, Leeman L, Ogburn T, Fowler K, Greene H. Misoprostol for intrauterine device insertion in nulliparous women: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2014;210:208.e1-5.
- 4 Scavuzzi A, Souza ASR, Costa AR, Amorim MMR. Misoprostol prior to inserting an intrauterine device in nulligravidae: a randomized clinical trial. Human Reproduction 2013;28:2118-2125.
- 5 Lathrop E, Haddad L, McWhorter CP, Goedken P. Self-administration of misoprostol prior to intrauterine device insertion among nulliparous women: a randomized controlled trial. Contraception 2013;87:725-729.

UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: dr. F.F. Berkhof, huisarts in opleiding; dr. M.H. Blanker, epidemioloog, tevens huisarts in Zwolle • Correspondentie: f.f.berkhof@umcg.nl

Wie weet wat ondraaglijk lijden is?

Kees Ruijs groeide op in een omgeving waar veel over ethische onderwerpen werd gesproken. Begin jaren zeventig werd zijn vader – voormalig tropenarts – huisarts in Friesland. Toen speelde daar een van de eerste euthanasiegevallen die publiek bekend werd in Nederland. De discussie hierover kreeg hij volop mee. Daarmee was de interesse in de onderwerpen ondraaglijk lijden en euthanasie gewekt en zodoende besloot hij later op het onderwerp te gaan promoveren. “Wat mij verbaast is dat er zoveel over gesproken wordt, terwijl er heel weinig onderzoek naar is gedaan.” Ruijs deed zelf een prospectief onderzoek naar de aard van ondraaglijk lijden, de relatie tussen ondraaglijk lijden en verzoeken om euthanasie en de relatie tussen depressie en verzoeken om euthanasie. Hij voerde dit onderzoek uit onder patiënten met kanker met een beperkte levensverwachting.

Definitie ondraaglijk lijden

Ruijs vindt dat de term ondraaglijk lijden niet te definiëren is. “Er is nauwelijks onderzoek naar gedaan. Ondraaglijk lijden is heel persoonlijk bepaald en kan bovendien fluctueren. Het leven heeft zo ongelooflijk veel verschillende facetten. Hoe moet een dokter vaststellen dat iemand ondraaglijk lijdt? Veel te vaak wordt de aanwezigheid van een ziektesymptoom gelijkgesteld met lijden. We ontwikkelden voor het onderzoek een integrale vragenlijst om ondraaglijk lijden te meten. Daarmee meet je niet alleen de intensiteit van ziektesymptomen, zoals pijn en kortademigheid, maar ook het lijden dat erdoor veroorzaakt wordt. Ook meet je lijden door functieverlies, persoonlijk lijden, sociaal lijden en lijden door het vooruitzicht te zullen sterven aan een progressieve ziekte met een onvoorspelbaar lijdenstraject. De algemene gedachte is dat iemand met pijn en kortademigheid lijdt. Maar dat hoeft helemaal niet. Je kunt kortademig zijn en daar niet onder lijden.”

Palliatieve zorg

Ruijs vraagt zich af of de kwaliteit van de palliatieve zorg in Nederland goed genoeg is. “Bij lijden staat voor dokters palliatieve zorg centraal. Maar hoe meet je of de palliatieve zorg goed genoeg is? Dat is nauwelijks te meten, omdat er ongelooflijk veel aspecten een rol spelen. Is er voldoende zorg, worden symptomen voldoende bestreden, is er voldoende psychische zorg, is de dokter voldoende beschikbaar? Daarnaast spelen er existentiële vragen.

Ik vind dat er in Nederland sprake is van kokerdenken, omdat situaties hier al snel ondraaglijk worden genoemd. Als iemand doodgaat, wordt vaak de

conclusie getrokken dat het uitzichtloos is. Wat is uitzichtloos lijden? Er is altijd uitzicht, want morgen is er een nieuwe dag. Of is uitzichtloos dat je doodgaat? We gaan allemaal dood. Het thema uitzichtloos heeft ook te maken met de

manier waarop je omgaat met wat er aan de hand is. Als je bijvoorbeeld niet meer kunt werken of jezelf niet meer kunt verzorgen. De vraag of iets uit-

zichtloos is, heeft ook te maken met het mens zijn, het er gewoon zijn. Naar die betekenis wordt nauwelijks gekeken.

Volgens internationale standaarden palliatieve zorg is Nederland er nog niet. Dan gaat het over voorzieningen zoals het aantal bedden en hospices, maar ook over brede integratie van kwalitatief excellente palliatieve zorg in de geneeskunde. De kwaliteit van palliatieve zorg is nauwelijks te meten. Maar je kunt wel kijken naar wat er gebeurt. Natuurlijk doet iedereen zijn best, maar we hebben aanwijzingen dat het beter kan. SCEN-artsen die soms schrijnende gevallen tegenkomen. Kunnen we voldoende zorg bieden voor de mensen die thuis sterven en die soms zelf moeilijk zorg kunnen regelen? Nemen we als dokter voldoende de tijd om bij zo’n patiënt naar binnen te lopen, vragen te beantwoorden, er gewoon te zijn, ondanks dat we de hele dag druk zijn? Dragen we zo’n patiënt in het weekend

over aan een collega, of gaan we er zelf naartoe? In mijn ogen moet palliatieve zorg een specialisme worden. Een huisarts-in-opleiding doet weinig erva-

ring op met patiënten met kanker die thuis sterven, maar krijgt er wel mee te maken zodra hij klaar is. Dokters moeten zich bezighouden met dokterszaken. En daaronder versta ik: lijden behandelen. Dat moet ondersteund worden.

“Ondraaglijk lijden is heel persoonlijk bepaald en kan fluctueren.”

“Euthanasie is een in frequentie normaal voorkomende handeling geworden die artsen doen.”



Behandelen van psychisch lijden

We vroegen in ons onderzoek aan de deelnemers of zij de term ondraaglijk konden omschrijven. Het bleek dat het lijden bij de helft gaat om psychische zaken in de brede zin van het woord. Deze mensen worden behandeld door huisartsen en dat zijn geen geschoolde experts in het analyseren

en behandelen van psychisch lijden. We weten er wel wat vanaf, maar het is niet onze expertise. Psychologen zijn dat in mijn ogen overigens ook niet. Door de vergoedingensystematiek is behandeling door een psycholoog gekoppeld aan een DSM-diagnose. Een psycholoog kan dus wel iemand met een depressie of angststoornis behandelen, maar niet iemand die een ernstige ziekte heeft, alles aan het verliezen is en progressief lijdt doordat hij keer op keer stukjes inlevert. Alsof die vorm van lijden niet meetelt. Dat is raar. Psychologen zien dit soort patiënten dus helemaal niet en bouwen er ook geen expertise in op. Bovendien kunnen deze patiënten niet naar een psycholoog toegaan, omdat ze bedlegerig zijn. En – op een enkel geval na – psychologen weten ook niet de weg naar deze patiënten te vinden.”

Levensbeëindiging

Ruijs stelt het koppelen van ondraaglijk lijden aan de vraag om euthanasie of levensbeëindiging ter discussie. “Een vraag om levensbeëindiging is een existentiële vraag en daarop kun je alleen maar een existentieel antwoord geven. In de jaren '70 was er existentiële therapie. Nu krijgen patiënten bij de psycholoog cognitieve gedragstherapie, ze leren een trucje om positief te denken. Maar bij patiënten die ernstig ziek zijn en doodgaan, werkt dat natuurlijk niet. Ook als je niet ernstig ziek bent, werkt cognitieve gedragstherapie niet altijd. Het geeft namelijk geen antwoord op existentiële vragen, zoals: waar kom ik vandaan, wie ben ik en

waar ga ik naartoe? Dat zijn fundamentele vragen in een mensenleven. Niet iedereen wil daar existentieel mee bezig zijn, maar het zijn wel thema's die

spelen. Dat soort lijden zit meer in de hoek van de rouwverwerking. Veel mensen maken in de eindfase van hun leven de balans op. In New York heeft psychiater William Breitbart zelfs een

gestandaardiseerde therapie ontwikkeld rondom dit gegeven. In Nederland is daar door bezuinigingen en te weinig handen aan het bed blijkbaar geen plek voor. En het opvallende is dat ik dit soms aankaart en dat het hier gewoon niet landt. Het zou goed zijn om te kijken of deze insteek een plek kan vinden in Nederland. Het gaat immers over sterven, over dagelijkse processen.

Rug tegen muur

Niemand staat erbij stil dat in Nederland van de mensen met kanker die in de eerste lijn doodgaan er een op de vijf sterft door euthanasie. Euthanasie is een in frequentie normaal voorkomende handeling geworden die artsen doen. Dit staat haaks op de richtlijn die de KNMG uitbracht in 2002 bij de legalisering van euthanasie. Daarin staat namelijk dat euthanasie alleen van toepassing is in een situatie waarin arts en patiënt met hun rug tegen de muur staan. Daar wordt een exceptioneel ernstige situatie beschreven. Wanneer deze situatie dus zo vaak voorkomt, is dan de geleverde palliatieve zorg wel van voldoende kwaliteit?

Ook is de afgelopen tien jaar de frequentie van euthanasie, grotendeels bij kankerpatiënten in de eerste lijn, met een factor 2,9 toegenomen. Dat is heel

veel! Terwijl de laatste jaren juist gewerkt is aan verbetering van de palliatieve zorg door de ontwikkeling en opleiding van kaderhuisartsen palliatieve zorg. Daar wringt dus iets. Je kunt je afvragen of de kwaliteit van de palliatieve zorg achteruit is gegaan, dan wel de kern van wat er bij patiënten speelt niet geraakt wordt.”

Euthanasie bij de dokter

Ruijs begrijpt er helemaal niets van waarom het hele verhaal van levensbeëindiging en euthanasie bij de dokter ligt. “Er spelen bij euthanasie twee centrale vertrekpunten: autonomie en ondraaglijk lijden. Als je kijkt naar autonomie, dat betekent dat een mens de ruimte heeft om zijn eigen leven naar eigen inzicht in te richten. Er is dus geen reden om dat onder het medisch priemaat te stellen. Ook kun je vanuit die autonomie niet aan een ander vragen jou te doden omdat jij dat graag wil. Vanuit het principiële vertrekpunt ligt dat bij de persoon zelf. Ondraaglijk lijden gaat evenmin over medische dingen. Het gaat over al die aspecten waar mensen mee te maken kunnen hebben, zoals onrechtvaardige sociale krachten, natuurrampen, geweld, psychische

trauma's, ziekte en ouder worden. In Nederland hebben we ondraaglijk lijden een heel dominante plek gegeven, terwijl uit mijn kleine onderzoek blijkt dat mensen die aan gegeven ondraaglijk te lijden niet vaker euthanasie aan-

vragen dan patiënten die dat wel doen.

Euthanasie is een maatschappelijk vraagstuk waarvoor de politiek verantwoordelijkheid dient te nemen. Dat moet je niet bij dokters leggen. Daarmee breng je een arts in een conflicterende situatie en dat gaat ten koste van zijn professionaliteit. En de term ondraaglijk lijden mag wat mij betreft uit de wet geschrapt worden.” ■

Susan Umans

“Een vraag om levensbeëindiging is een extentiële vraag en daarop kun je alleen maar een extentieel antwoord geven.”

“Euthanasie is een maatschappelijk vraagstuk waarvoor de politiek verantwoordelijkheid dient te nemen. Dat moet je niet bij dokters leggen.”



KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets gaat over één artikel in dit nummer van H&W, namelijk: Enthoven WTM. Rugklachten bij ouderen. Huisarts Wet 2017;60(2):75-6. De toets is tevens gebaseerd op de herziene NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (tweede herziening). Huisarts Wet 2017;60(2):78-84.

Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 102.

1. In het artikel stelt Enthoven dat rugpijn bij ouderen een belangrijk probleem vormt. Op welk probleem doelt zij bij deze leeftijdsgroep?
 - a. De fysieke beperking als gevolg van de rugpijn.
 - b. De onderliggende pathologie die de rugpijn veroorzaakt.
 - c. De hoge incidentie van de rugpijn.
2. In het onderzoek 'Back Complaints in the Elders' (BACE) werd bijgehouden hoe vaak er sprake was van ernstige onderliggende pathologie bij ouderen (> 55 jaar) met rugpijn. Welke ernstige pathologie kwam bij deze groep het meest voor?
 - a. Lumboradiculair syndroom.
 - b. Maligniteiten (wervelmetastasen).
 - c. Spondylolisthesis.
 - d. Wervelfracturen.
3. Binnen de populatie ouderen met rugpijn die deelnamen aan het BACE-onderzoek werden verschillen gezien tussen 'jonge' (55-74 jaar) en 'oudere' (≥ 75 jaar) ouderen. Welke symptomen werden vaker aangetroffen bij de 'oudere' ouderen met rugpijn?
 - a. Bewegingsangst.
 - b. Depressieve symptomen.
 - c. Fysieke beperking.
 - d. Alle voorgenoemde opties.
4. In het BACE-onderzoek blijken 'rode vlaggen' slechts in beperkte mate onderliggende pathologie te voorspellen bij ouderen met rugpijn. De beste voorspeller voor een wervelfractuur bij ouderen is de rode vlag 'klachten als gevolg van een trauma'. Welke van de volgende rode vlaggen is in het onderzoek nog meer geassocieerd met wervelfracturen?
 - a. Plotselinge lengtevermindering.
 - b. Kloppijn op de wervelkolom.
 - c. Vrouwelijk geslacht.
 - d. Thoracale rugklachten.
5. Enthoven hanteert in haar artikel enkele malen de term 'klinisch relevant verschil'. Wat wordt onder een klinisch relevant verschil verstaan?
 - a. Een verschil waarvan de praktiserende arts vindt dat het uitmaakt voor zijn handelen.
 - b. Een gevonden verschil in onderzoek dat met grote waarschijnlijkheid een werkelijk verschil is.
 - c. Een gevonden verschil bij een aandoening die in de dagelijkse praktijk vaak voorkomt.
6. Vanwege het verhoogde risico op bijwerkingen en interacties is het advies aan ouderen om pijnstillers alleen zo nodig bij rugpijn te gebruiken. In het BACE-onderzoek werd bijgehouden hoe vaak ouderen met rugpijn een pijnstiller gebruiken. Hoe hoog lag het gebruik?
 - a. Laag: < 30%.
 - b. Gemiddeld: 30 tot 70%.
 - c. Hoog: > 70%.
7. Mevrouw Kieviet, 58 jaar, heeft sinds een week lagerugpijn met uitstraling naar haar rechterbeen. De pijn is continu aanwezig, niet afhankelijk van houding of bewegen en is erger in de nacht. Omdat mevrouw Kieviet in het verleden behandeld is voor mammacarcinoom, wil de huisarts aanvullend onderzoek doen. Wat is in dit geval het meest aangewezen beleid?
 - a. Alleen bezinkingssnelheid van erythrocyten (BSE) laten bepalen.
 - b. Alleen röntgenfoto van de wervelkolom laten maken.
 - c. BSE laten bepalen en röntgenfoto van de wervelkolom laten maken.
 - d. Verwijzen voor een MRI-scan.
8. De heer Donders, 46 jaar, wordt doorverbonden met de regiearts op de huisartsenpost. Hij belt op vanwege lagerugpijn. De heer Donders vertelt dat hij thuis in bed ligt en er niet uit kan komen vanwege de pijn. Twee weken geleden is de pijn begonnen. De afgelopen dagen was de pijn continu aanwezig, ongeacht of hij bewoog of niet. De rugpijn straalt niet uit naar zijn benen. Hij heeft nooit eerder rugklachten gehad. Wel is hij bekend met jicht. De heer Donders maakt zich zorgen. De regiearts herkent tussen de anamnestiche gegevens een alarmsymptoom voor lagerugpijn. Welk gegeven is dit?
 - a. Continu pijn, onafhankelijk van beweging.
 - b. Eerste optreden van rugpijn na het 40^e levensjaar.
 - c. Jicht als comorbiditeit.
 - d. Niet meer uit bed kunnen komen.

HANDBOEK COMMUNICATIE BASISGEREEDSCHAP

PW Dielissen, EJ van der Jagt en AA Timmerman (red.). Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk. Houten/Utrecht: Pream/NHG, 2016. 365 pagina's. Prijs: € 76 (NHG-leden). ISBN 978 90 8562 147 8.

Doelgroep Huisartsen en anderen werkzaam in de huisartsenpraktijk.

Inhoud Tot nu toe had ik onder meer tot mijn beschikking: *Het Gesprek* van Herman Musaph (1972), *Anamnese en Advies* van Jan Schouten en *Patiëntgericht Communiceren* van psychiater Remke van Staveren. Kan een nieuw boek nog iets toevoegen?



Bondig worden in dit boek de voorwaarden voor en de praktijk van effectieve patiënt- en oplossingsgerichte gespreksvoering uit de doeken gedaan. Het algemene deel bespreekt de wetenschappelijke achtergronden. Daarna komen in tien hoofdstukken de specifieke problemen in de communicatie met jeugd en ouderen, de spoedeisende zorg, de oncologie, bij palliatieve patiënten, de geestelijke gezondheidszorg, de chronisch complexe zorg en de preventie aan de orde. Ook worden er paragrafen besteed aan laaggeletterden en patiënten met een verstandelijke beperking. In een derde deel komen

nog de niet-patiëntgebonden communicatie met andere zorgverleners en het samenwerken in de praktijk aan de orde. Het is dus een breed opgezet boek, waarin vrijwel alle situaties waarin communicatie in de huisartsenpraktijk een rol speelt, aan de orde komen.

Het voeren van gesprekken over seksuele problemen, ingrijpende gebeurtenissen, dreigende zelfdoding en somberheid en angst wordt helder en met goed te gebruiken voorbeeldzinnen besproken. Hoe pak je als huisarts psychosociale problemen aan? Ik zag het zelden helderder verwoord! Het hoofdstuk over persoonlijkheidsproblematiek vind ik wat moeizamer. Het boek van Van Staveren, die als psychiater met huisartsenervaring me ook meer leert over het praten met patiënten met ernstiger psychiatrische problemen, vind ik dan bruikbaar. Geruststellen vind ik onder de noemer Spoedzorg wat karig bedeed en de non-verbale communicatie komt niet aan de orde. Communiceren doe je ook met je houding, handen en gezicht en dat leer je niet uit een boek. Maar daar kan wel wat over gezegd en geschreven worden. Juist van de gebaren, die onze woorden kracht bijzetten of juist tegenspreken, zijn we ons vaak allermindst bewust.

Oordeel Een prachtboek, mooi om in handen te hebben, vlot leesbaar en boordevol zinvolle en praktisch uiterst relevante informatie. Het is dus – met een enkele kritische kanttekening – een absolute ‘must’ voor praktiserende huisartsen en aios; net zo noodzakelijk als stethoscoop en oorspiegel: basisgereedschap voor de dagelijkse praktijk.

Douwe de Vries

Waardering: ●●●●●

Zwanger Huisarts en Wetenschap zoekt begeleidingsteam



H&W is zwanger! Heel bijzonder voor een vitale zestiger; een totaal vernieuwde H&W is in de maak. Welke kritische (niet)lezer(es) wil de zwangerschap mee begeleiden in een klankbordteam zodat we op 1 januari 2018 een wolk van een baby kunnen verwelkomen? Het team bestaat uit tien huisartsen/aios, variërend in leeftijd, ervaring, praktijksituatie en creativiteit. Wat staat je te doen?

- H&W in zijn huidige vorm fileren en dat met ons delen.
- Meedenken over hoe de ideale H&W eruitziet.
- Klankbord zijn voor de te nemen stappen.

We verwachten je aanwezigheid bij twee bijeenkomsten in Utrecht en je reactie op plannen en ideeën. Vacatiegeld en reiskostenvergoeding zijn beschikbaar.

Meedoen? Mail voor 20 februari 2017 je motivatie en iets over jezelf naar redactie@nhg.org onder vermelding van: klankbord H&W.

De inhoud van de in H&W 2016;59(12) verschenen NHG-Behandelrichtlijn Wratten wijkt ten aanzien van monochloorazijnzuur af van het behandeladvies wratten in de rubriek 'Kleine kwaal'. Dit roept de nodige vragen en reacties op. Op www.henw.org in de rubriek Ingezonden kunt u deze terugvinden. Hieronder een selectie.

Tegenstijdig behandeladvies bij wratten

In het NHG-nieuws in H&W 12 staat op pagina 43 het artikel 'Nieuwe set NHG-behandelrichtlijnen gepubliceerd' met de volgende aanbeveling: 'Behandeling met monochloorazijnzuur (MCA) wordt niet aangeraden, vanwege de veiligheidsrisico's voor patiënten, huisarts en schoonmaakpersoneel. Er is casuïstiek beschreven van derdegraads brandwonden en necrose na behandeling van voet- en handwratten met MCA.' In het artikel 'Wratten' (H&W 2016;59:568-571) daarentegen lees ik dat het een sterk werkend zuur is, dat de huisarts aanbrengt en niet geschikt is voor thuisbehandeling door de patiënt zelf. Op pagina 569 lees ik dat MCA effectiever is dan zowel stikstof als salicylzuur. Als nadelig effect wordt (alleen) genoemd dat er een aantal uren na de behandeling een brandend gevoel ontstaat, dat een dag kan aanhouden. Er wordt ook genoemd dat het een sterk zuur is dat bij onzorgvuldig gebruik chemische wonden kan veroorzaken. Bij behandeling van meer dan 5% (!) van het totale huidoppervlak kan dat aanleiding geven tot ernstige systemische bijwerkingen. Bij minder dan tien wratten komt minder dan 0,5% van het huidoppervlak in aanraking met MCA (dus ruim minder dan de genoemde 5%). Op pagina 570 staat een (levensgrote) flowchart, die niets te wensen overlaat aan het gebruikadvies van MCA bij voetzoolwratten. Is MCA beschikbaar, dan is het de voorkeursbehandeling (!) en wordt de combinatie van stikstof- en salicylzuurbehandeling zelfs niet geadviseerd! Ik concludeer tegenstrijdigheid. Wat is nu het juiste advies? Andere vragen zijn: het systemische effect van monochloorazijnzuur,

zoals genoemd op pagina 569, wordt helemaal niet genoemd in de NHG-Behandelrichtlijn. Daar worden alleen derdegraads brandwonden en necrose genoemd. Vijf procent huidoppervlak met monochloorazijnzuur behandelen lijkt een geheel theoretische gedachte (een heel been bij een kind is volgens de brandwondenregel 16%). Waarom een tienvoudige marge van 0,5% daarmee wel veilig zou zijn, wordt niet gemotiveerd, noch voorzien van een literatuurverwijzing. Merkwaardig is dat in het artikel in de rubriek 'Kleine kwaal' wel genoemd wordt dat MCA chemische wonden kan veroorzaken (die in het NHG-Behandeladvies derdegraads brandwonden genoemd lijken te worden), maar dat het gevaar in 'ernstige systemische bijwerkingen' zit bij behandeling van meer dan 5% huidoppervlak. Deze systemische bijwerkingen worden weer helemaal niet als argument gebruikt om MCA niet te gebruiken in het NHG-Behandeladvies. Ten slotte mis ik wat dan de ernstige systemische bijwerkingen zijn.

N.G. Berkhof, huisarts

MCA NIET AANGERADEN VANWEGE TOXICITEIT

De aanbevelingen in het artikel in de rubriek 'Kleine kwaal' wijken op een belangrijk punt af van de aanbevelingen in de recent verschenen NHG-Behandelrichtlijn Wratten (www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-behandelrichtlijn-wratten), die in hetzelfde nummer van H&W wordt samengevat. NHG-Behandelrichtlijnen zijn NHG-richtlijnen over kleinere onderwerpen dan de onderwerpen in NHG-Standaarden. De manier waarop de behandelrichtlijnen worden ontwikkeld, volgt die van de NHG-Standaarden, zij het in een wat 'uitgeklede' vorm (zie Handleiding Ontwikkelen van NHG-Behandelrichtlijnen op www.nhg.org). NHG-Behandelrichtlijnen worden geautoriseerd door de Autorisatie Commissie van het NHG. Het betreft de aanbeveling voor de behandeling van voetzoolwratten met monochloorazijnzuur (MCA). Behandeling met MCA wordt door de auteurs van het artikel aangeraden, ter-

wijl deze behandeling niet wordt aangeraden in de NHG-Behandelrichtlijn. De wetenschappelijke evidence die hierbij gewogen is, is hetzelfde, namelijk de gerandomiseerde trial van Bruggink et al, eveneens eerste auteur van het nascholingsartikel.² De waardering van de uitkomsten van deze trial maakt niet zozeer het verschil, maar wel de commentaren die het NHG heeft ontvangen bij de totstandkoming van de behandelrichtlijn. Hierin werd gewezen op de toxische effecten en veiligheidsrisico's, vooral vanuit de apothekersbranche.⁴ Dit wordt bevestigd door diverse casus in de literatuur die melding maken van ernstige complicaties, zoals derdegraads brandwonden en necrose na behandeling van hand- en voetwratten met MCA.^{1,3,5-7} Geconcludeerd kan worden dat MCA niet wordt aangeraden voor de behandeling van voetwratten vanwege de toxiciteit. De effectiviteit is vergelijkbaar met die van andere behandelingen voor wratten. De gelijkwaardige alternatieven (cryotherapie, salicylzuur, combinatietherapie) waar de huisarts meer ervaring mee heeft, brengen minder veiligheidsrisico's met zich mee.

Jako Burgers, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap NHG
Monique Verduijn, senior wetenschappelijk medewerker NHG

LITERATUUR

- 1 Baser NT, Yalaz B, Yilmaz AC, Tuncali D, Aslan G. An unusual and serious complication of topical wart treatment with monochloroacetic acid. *Int J Dermatol* 2008;47:1295-7.
- 2 Bruggink SC, Gussekloot J, Egberts PF, Bavinck JN, De Waal MWM, Assendelft WJ, et al. Monochloroacetic acid application is an effective alternative to cryotherapy for common and plantar warts in primary care: A randomized controlled trial. *J Invest Dermatol* 2015;135:1261-7.
- 3 Chapman T, Mahadevan D, Mahajan A, Perez-Temprano A, McDiarmid J. Iatrogenic full-thickness chemical burns from monochloroacetic acid. *J Burn Care Res* 2006;27:545-7.
- 4 Kennisbank KNMP. Mono- en trichloorazijnzuur bij wratten <https://kennisbank.knmp.nl/article/LNAMEDelingen/150401.html>. 2015.
- 5 Kulling P, Andersson H, Bostrom K, Johansson LA, Lindstrom B, Nystrom B. Fatal systemic poisoning after skin exposure to monochloroacetic acid. *J Toxicol Clin Toxicol* 1992;30:643-52.
- 6 Kusch GD, McCarty LP, Lanham JM. Monochloroacetic acid exposure: A case report. *Pol J Occup Med* 1990;3:409-14.
- 7 Pirson J, Toussaint P, Segers N. An unusual cause of burn injury: Skin exposure to monochloroacetic acid. *J Burn Care Rehabil* 2003;24:407-9.

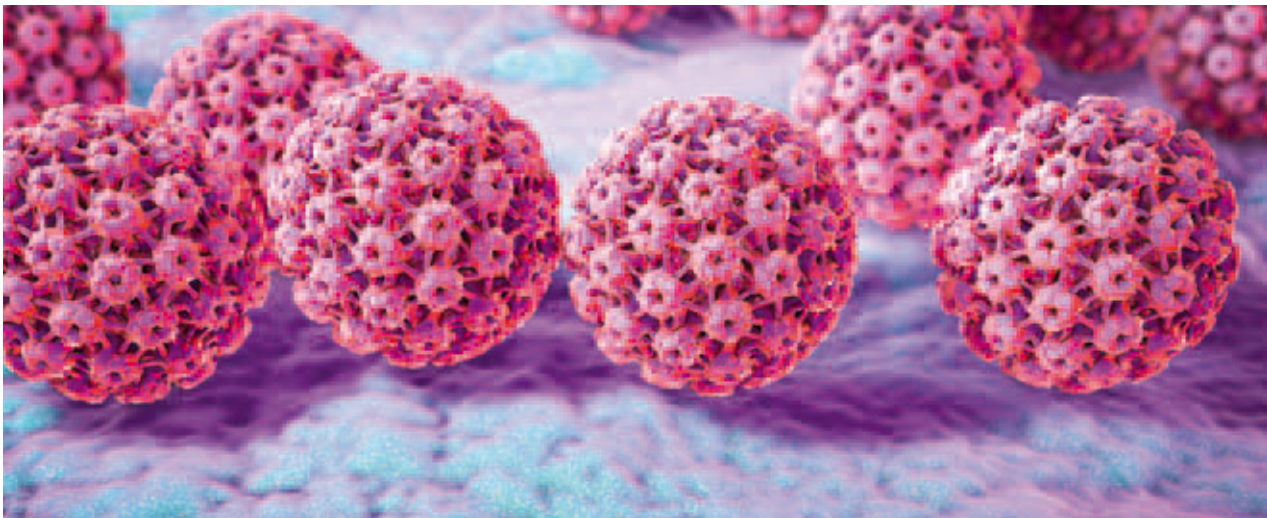


Foto: Kateryna Kon/Shutterstock

MCA VERANTWOORDE BEHANDELING VOOR WRATTEN

De NHG-Behandelrichtlijn en de Kleine kwaal over wratten hebben beide als belangrijkste boodschap dat afwachten eerste keus is wegens beperkte effectiviteit van behandelingen. Helaas verschilt het advies over monochloorazijnzuur (MCA). Waarom? *Praktijk versus theorie*. Met onze kleine kwalen willen we de huisarts praktisch ondersteunen om het dagelijks werk wetenschappelijk onderbouwd te doen. De NHG-Behandelrichtlijn over wratten zal volgens richtlijnen voor richtlijnen goed zijn opgesteld, maar sluit ons inziens niet goed aan bij de dagelijkse praktijk. Zo houdt de richtlijn onvoldoende rekening met het verschil tussen hand- en voetzoolwratten en het feit dat patiënten het behandeladvies bij salicylzuurzalf vaak slecht opvolgen vanwege praktisch ongemak en bijwerkingen.

Effectiviteit van MCA. Omdat huisartsen MCA de laatste jaren steeds vaker gebruiken, hebben wij de effectiviteit en eventuele risico's in kaart gebracht in een gerandomiseerd gecontroleerd on-

derzoek. Hierin lijkt de effectiviteit van MCA bij voetzoolwratten groter dan de combinatiebehandeling met stikstof en salicylzuurzalf die in de praktijk moeilijk uitvoerbaar is, waardoor mensen weinig therapietrouw zijn. MCA heeft bovendien het voordeel dat het geen pijn geeft tijdens behandeling.

Veiligheid van MCA. In ons onderzoek ($n = 415$) hebben zich geen ernstige bijwerkingen voorgedaan. De door collega Burgers genoemde ernstige bijwerkingen in *case reports* betrof alleen ongelukken. Ernstige chemische wonden zijn beschreven na het morsen van grote hoeveelheden op de gezonde huid. Systemische toxiciteit komt alleen voor bij blootstelling aan $> 5\%$ van de totale lichaamsoppervlakte. Dit wordt in de aanbevolen werkwijze uitgesloten door flacons < 5 ml te gebruiken en niet meer dan tien wratten te behandelen ($< 0,5\%$ lichaamsoppervlakte). Prof. dr. Jan Meulenbelt, toenmalig directeur van het Nederlands Vergiftigingen Informatie Centrum, heeft op basis van alle beschikbare informatie geconcludeerd dat dit een verantwoorde behandeling is

voor wratten. Overigens is MCA 50% ook vrij verkrijgbaar bij de drogist. Behandeling door de huisarts met aangetoond effectief MCA 80% lijkt ons veel veiliger dan thuisbehandeling met MCA 50%. We betreuren dat de Nederlandse huisarts geen eensluidend advies krijgt over het gebruik van MCA. Het NHG heeft een behandelrichtlijn over wratten ontwikkeld waarbij het ervoor gekozen heeft ons als experts niet bij de totstandkoming te betrekken. Sterker nog: wij hoorden pas over de richtlijn nadat we ons artikel bij H&W hadden ingediend. Toen wij in het belang van de Nederlandse huisarts overleg voorstelden om tot een eensluidend advies te komen, wilden de auteurs van de behandelrichtlijn hier helaas niet op ingaan. Hopelijk staan ze in de toekomst wel open voor overleg.

Wat moet de huisarts nu tot die tijd doen? Op basis van de beschikbare informatie kan de huisarts zelf kiezen om MCA wel of niet te gebruiken.

Sjoerd Bruggink en Just Eekhof

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1a

Enthoven WTM. Rugklachten bij ouderen. Huisarts Wet 2017;60(2): 75-6.

2d

Enthoven WTM. Rugklachten bij ouderen. Huisarts Wet 2017;60(2): 75-6.

3d

Enthoven WTM. Rugklachten bij ouderen. Huisarts Wet 2017;60(2): 75-6.

4d

Enthoven WTM. Rugklachten bij ouderen. Huisarts Wet 2017;60(2): 75-6.

5a

Knuistingh Neven A. P-waarden en klinische relevantie. Huisarts en Wet 2012;55(11):509.

6c

Enthoven WTM. Rugklachten bij ouderen. Huisarts Wet 2017;60(2): 75-6.

7d

Schaafstra A, Spinnewijn WEM, Bons SCS, Borg M, Koes B, Osteloet R, et al. NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom (tweede herziening). Huisarts Wet 2015;58(6):308-20.

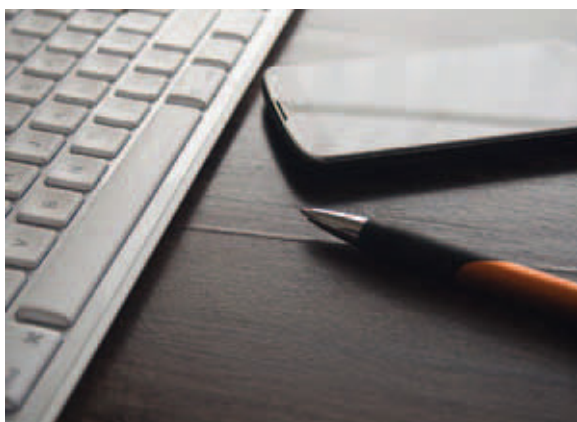
8a

NHG-Werkgroep Aspecifieke lagerugpijn. NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (tweede herziening). Huisarts Wet 2017;60(2):78-84.

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

GEZOCHT: SCHRIJFTALENT VOOR H&W (AIOS)

IN 2017 BESTAAT HUISARTS EN WETENSCHAP 60 JAAR!



Het jubileumnummer zal volledig in het teken staan van de toekomst van de huisartsgeneeskunde. Een toekomst, die vanzelfsprekend begint bij de aios!

De redactie van het jubileumnummer bestaat daarom enkel uit aios en we zijn op zoek naar aios en aiotho's die, passend bij dit thema, hun inzendingen willen insturen voor de verschillende rubrieken van H&W.

Voor alle rubrieken zijn artikelen welkom. Van eigen onderzoek tot een interessante CAT tot bijzondere casuïstiek, passend bij het thema. Specifieke informatie over de rubrieken vind je op www.henw.org/voorauteurs. Voor meer informatie kun je ook altijd contact opnemen met redactie@nhg.org.

Heb jij altijd al eens willen schrijven voor H&W? Grijp dan nu je kans!

Huisarts en Wetenschap

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

Redactie

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

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

Redactiesecretariaat

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

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Advertenties

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl of door contact op te nemen met de abonneemintenadministratie.

Abonnementen

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl of door contact op te nemen met de abonneemintenadministratie. Abonnementenprijs: (print + online toegang) € 245,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 147,00. Studenten ontvangen 50% korting.

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

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

Voorwaarden

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

© 2017
ISSN 0018-7070



Bohn
Stafleu
van Loghum



Double Dutch

Ik werd onlangs door Radio 1 uit mijn bed gebeld om te reageren op het voorstellen van minister Schippers het aantal abortussen in Nederland te vermindern. De minister zag daarbij een grotere rol voor de huisarts.

Nederland heeft een van de laagste percentages abortussen ter wereld doordat al jaren veel aandacht aan anticonceptie wordt gegeven. Het streven om dat aantal nog verder naar beneden te krijgen lijkt mij goed. De manier waarop roept vragen op. De rol van de huisarts die de minister voor ogen heeft, bestaat



uit het mogen voorschrijven van Sun-medabon. Het NHG heeft op basis van literatuuronderzoek aangegeven dat behandeling door de huisarts veilig en effectief kan plaatsvinden tot zestien dagen overtijd. Het onderbrengen van de overtijdbehandeling in de Wet Afbreking Zwangerschap en het voorstel dat de huisarts een vergoeding onder voorwaarden kan krijgen om de behandeling te starten, zal echter de drempel eerder verhogen dan verlagen. Natuurlijk moet de huisarts bevoegd en bekwaam zijn om zorgvuldig met de patiënte tot de juiste beslissingen te komen, maar hier lijkt een administratieve hindernis te worden opgeworpen.

De jonge vrouw die ik op mijn spreekuur zag met forse klachten van een soa, opende mij de ogen. Willen we het aantal abortussen naar beneden krijgen, dan zal het accent op preventie moeten liggen. Daarmee zal ook de incidentie van soa's afnemen. Dus aanhoudende aandacht voor anticonceptie en voorkomen van soa's in de spreekkamer, maar ook in het beleid. Het onderbrengen van anticonceptie in de basisverzekering door de overheid zal hier zeker aan bijdragen. Minister en huisartsen leveren zo ieder hun bijdrage: een andere vorm van Double Dutch.

Rob Dijkstra

Nieuwe Thuisarts.nl-informatierecepten

De praktische informatierecepten van Thuisarts.nl bieden uw patiënten de mogelijkheid om de voorlichting over hun klacht of aandoening thuis nog eens rustig na te lezen. Dit bespaart u kostbare tijd tijdens uw spreekuur. U kunt de informatierecepten per set van 6 blokken à 100 vel bestellen via nhg.org/winkel. Als NHG-lid betaalt u voor een set € 15,- inclusief verzendkosten. Niet-leden betalen € 21,43.



Start twee nieuwe NHG-Kaderopleidingen

In april 2017 gaan de NHG-Kaderopleidingen *Bewegingsapparaat in Rotterdam* en *Huisarts en Spoedzorg in Utrecht* van start.

De kaderopleiding *Huisarts en Spoedzorg* is een samenwerking van het NHG, Erasmus MC, Radboud UMC en Schola Medica in Utrecht. De opleiding is een goede basis om medisch manager van de huisartsenpost te worden, een rol te spelen in wetenschappelijk onderzoek en richtlijnontwikkeling, nascholingen te ontwikkelen en/of expert-docent te zijn.

Het programma van de kaderopleiding

Bewegingsapparaat richt zich enerzijds op de chronische zorg bij klachten van het bewegingsapparaat en anderzijds op de behandeling van sportletsels. Als kaderhuisarts vervult u een ambassadeursrol voor uw collega's in de contacten binnen de eerste en tweede lijn. Ook kunt u gaan werken als consultant of docent dan wel onderzoek initiëren. U volgt de opleiding in Rotterdam en deels in de omgeving van Utrecht.

Wilt u zich ook als expert op spoedzorg of bewegingsapparaat ontwikkelen? Kijk dan voor meer informatie en inschrijvingen op nhg.org/scholing.

Praktische tips gebruik Thuisarts.nl

Wist u dat...

... u via de knop *deel* een Thuisarts.nl-pagina direct kunt mailen naar uw patiënten?

... u via de knop *reageer* opmerkingen, tips of suggesties voor nieuwe onderwerpen aan ons kunt doorgeven?

... er inmiddels meer dan honderd Thuisarts.nl-filmpjes zijn? Vorige maand verschenen tien nieuwe filmpjes over maag-darmklachten in sa-



menwerking met de Maag Lever Darmstichting. Ook is er een nieuwe serie filmpjes over infectieziekten beschikbaar.

Heeft u opmerkingen, tips of suggesties voor nieuwe onderwerpen, gebruik dan bij voorkeur de reageerknop op Thuisarts.nl, of mail naar: info@thuisarts.nl.

Hulpmiddelen verbetering medicatieveiligheid

Goede samenwerking tussen patiënt, huisarts, apotheker, zorgmedewerker en zorgorganisatie is essentieel voor een veilig medicatieproces. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten die hulp nodig hebben bij het innemen en het beheer van medicatie. Het project 'Veilige principes verder in de praktijk' geeft inzichten, tips en praktijkvoorbeelden om door samenwerking in de zorg de medicatieveiligheid te verbeteren.

Veilige principes in de medicatieketen

In 2012 is de ketenrichtlijn 'Veilige principes in de medicatieketen' ontwikkeld door beroeps- en brancheverenigingen van patiënten, artsen, apothekers, verpleegkundigen en verzorgenden en zorgorganisaties. Aanleiding was het rapport van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) over medicatie-onveiligheid in de langdurende zorg. De 'Veilige principes' gaan over de situatie waarin een patiënt thuis hulp nodig heeft van een zorgmedewerker bij zijn medicatie. Dit medicatieproces is in de keten beschreven: wie doet wat? Bijvoorbeeld: als een patiënt slikproblemen heeft, dient de zorgmedewerker dit door te geven zodat huisarts en apotheker kunnen zorgen voor een alternatieve toedieningsvorm. Cruciaal is weten dat je elkaar nodig hebt, en wat je van elkaar nodig hebt.

apotheker en zorgmedewerker/zorgorganisatie is een van de thema's die bij het toepassen van de veilige principes naar voren is gekomen.

Die samenwerking is cruciaal, maar verloopt soms ook moeizaam. Er kwamen mooie voorbeelden naar voren hoe die samenwerking kan worden verbeterd.

Dat zit vaak in relatief eenvoudige zaken, zoals het belang van 'een kijkje bij elkaar in de keuken nemen' om elkaar te leren kennen, maar vooral om te begrijpen wat je van elkaar nodig hebt. Waarom is bijvoorbeeld een toedienlijst zo belangrijk voor een zorgmedewerker?

Een ander thema is het tussentijds wijzigen van medicatirollen. Een deel van deze tussentijdse wijzigingen kan worden voorkomen door telkens de afweging te maken bij verminderen of stoppen van medicatie: moet de wijziging direct ingaan, of kan dit wachten tot de medicatierolwissel? Ook de mogelijkheid van een andere leveringsvorm bij bepaalde patiënten kan worden overwogen, zoals vaker de medicatirol leveren, kiezen voor combinatiepreparaten, of juist voor enkelvoudige geneesmiddelen.

Hulpmiddelen voor versterken rol patiënt

Een belangrijk inzicht uit het project is dat de rol van de patiënt (en diens mantelzorger) in het medicatieproces vaak verandert zodra er een professional in beeld komt. De patiënt gaat er ten onrechte van uit dat professionals (arts, apotheker, zorgmedewerker) van alles en van elkaar op de hoogte zijn. Hij draagt vaak alle verantwoordelijkheid over aan de professionals, die op hun beurt geneigd zijn de verantwoordelijkheid van de patiënt 'over te nemen'. Bij dit project zijn hulpmiddelen ontwikkeld om de patiënt te ondersteunen in zijn rol in het proces.

Interactieve versie Veilige principes en infographics

Om de Veilige principes beter toegankelijk te maken voor alle betrokkenen zijn deze in een interactieve versie gegoten, met toevoeging van inzichten, tips, praktijkvoorbeelden en hulpmiddelen uit het project.

De ketenrichtlijn Veilige principes en de bijbehorende materialen zijn te vinden in het NHG-dossier Farmacotherapie op www.nhg.org.



Tips en praktijkvoorbeelden

Om ervaringen en werkwijzen uit de praktijk te kunnen delen, is in een project met zeven lokale organisaties/samenwerkingsverbanden gewerkt aan verdere toepassing van de veilige principes in de praktijk. Daarbij is specifiek ingezoomd op een aantal knelpunten bij de toepassing van de Veilige principes: onder andere de eigen rol van de patiënt, tussentijdse wijziging in medicatirollen en de overdracht van medicatiegegevens. De inzichten, tips en praktijkvoorbeelden uit dit project zijn nu beschikbaar. Ook leverde het project een aantal hulpmiddelen op, bijvoorbeeld informatiekaarten en animatiefilmpjes. Deze zijn te vinden op www.nhg.org.

Samenwerking is cruciaal

Samenwerking in de medicatieketen tussen patiënt, arts,

VIM-procedure en voorbeeldprocedure klachtenregeling aangepast

Als gevolg van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is de handleiding voor het opzetten en uitvoeren van een VIM-procedure en de voorbeeldprocedure voor de nieuwe klachtenregeling aangepast.

In het maatschappelijk debat is de laatste jaren duidelijk geworden dat de patiënt gehoord en betrokken wil worden bij maatregelen die de zorg verbeteren. Maatregelen zoals het melden, analyseren en herstellen van incidenten en het behandelen van klachten. Openheid tussen de zorgverleners en hun patiënten over incidenten en gesignaleerde onvrede is de sleutel om daaraan tegemoet te komen. De Wkkgz verplicht tot het volgen van procedures bij incidenten, klachten, geschillen en calamiteiten. De wet is op 1 januari 2016 van kracht gegaan en geldt voor alle zorgverleners in Nederland, dus ook voor alle huisartsen en hun medewerkers.



Veilig melden van incidenten

Voortaan wordt verwacht dat alle huisartsenvoorzieningen een interne, schriftelijke procedure hebben om incidenten te melden en te analyseren: een VIM-procedure (Veilig Incidenten Melden). Daarin staat stapsgewijs beschreven hoe de zorgverlener omgaat met (signalen van) incidenten en op welke manier deze worden geregistreerd, geanalyseerd en opgevolgd. Het volgen van deze procedure heeft een positieve invloed op de kwaliteit van de zorg.

Cultuur van vertrouwen

Veel huisartsen staan positief tegenover het reflecteren op en het verbeteren van het zorgproces. Voor de meeste huisartsenpraktijken en -posten is de VIM-procedure al bekend terrein. Voorwaarde voor een goed functionerende VIM-procedure is een cultuur van onderling vertrouwen en veiligheid. Op www.nhg.org/thema/patientveiligheid is de bijgestelde handleiding voor het opzetten en uitvoeren van een VIM-procedure voor huisartsenvoorzieningen gepubliceerd.

Patiënt informeren

De Wkkgz schrijft ook voor dat de patiënt direct geïnformeerd moet worden als een incident merkbare gevolgen voor de gezondheid van de patiënt heeft of kan hebben. Doorgaans wordt een dergelijk incident ontdekt in het bijzijn van de patiënt. Dan is het direct bespreekbaar maken, noteren in het medisch dossier wanneer wat gebeurd is, wat ermee gedaan wordt en of terugkoppeling wenselijk is en het maken van een interne melding voldoende. Soms kan het niet anders dan de patiënt pas achteraf over het incident in te lichten en notities in het dossier te maken.

Onvrede signaleren en klachten opvangen

Voor klachten heeft u als huisarts op basis van de Wkkgz ook

een interne klachtenregeling nodig die voldoet aan de nieuwe wettelijke eisen. Door onvrede tijdig te signaleren, resulteert slechts een minderheid van de geuite onvrede in een klacht. Slaagt deze opzet niet en is er sprake van een klacht, dan is bemiddeling door een onafhankelijke klachtenfunctionaris de tweede stap. Deze heeft de rol van onafhankelijke mediator en helpt zowel u als uw patiënt met het vinden van een oplossing voor de geuite onvrede of klacht. Lukt het niet om samen met de klachtenfunctionaris tot een oplossing te komen en komt uit de klacht een geschil voort, dan kunt u voor bemiddeling en eventueel een bindend oordeel doorverwijzen naar een door het ministerie van VWS erkende landelijke geschilleninstantie.

Huisartsen kunnen zich inschrijven bij de Stichting Klachten & Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE). Met ingang van het nieuwe jaar handelt de SKGE de klachten en geschillen af in de huisartsenzorg. Ook kunt u bij de SKGE een onafhankelijk klachtenfunctionaris inhuren.

Voor het implementeren van de nieuwe klachtenregeling heeft het NHG, in samenwerking met de LHV en InEen, een bijgestelde voorbeeldprocedure met bijbehorende hulpdocumenten gemaakt. Deze documenten zijn te vinden op www.nhg.org/thema/klachtenopvang.

Calamiteit

Voor incidenten met ernstige schade of zelfs de dood van de patiënt als gevolg (calamiteit) geldt onverminderd de verplichting deze binnen drie dagen te melden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Bij twijfel mag de huisarts eerst zelf onderzoek doen gedurende maximaal zes weken. Is er na dat onderzoek nog steeds twijfel, dan is het advies om het incident toch te melden.

“Diabeteskennis onder huisartsen sterk toegenomen”



Begin dit jaar nam huisarts en hoogleraar diabetologie in de huisartsgeneeskunde Guy Rutten na twintig jaar afscheid als voorzitter van de Diabetes Huisartsen Advies Groep (DiHAG). Dit huisartsgeneeskundig steunpunt voor de Nederlandse diabeteszorg richtte hij in 1996 op. Hoofdoelen: betere diabeteszorg in de eerste lijn en aandacht voor de rol van de huisarts daarbij.

Waarom werd de DiHAG opgericht?

“Klaas Reenders en ik, beiden vanuit promotieonderzoek betrokken bij diabetes, stelden in 1994 vast dat de NHG-

Standaard, hoewel een prachtproduct, niet volstond om de rol van de huisarts binnen de diabeteszorg vorm te geven. De organisatie van diabeteszorg is complex, met veel betrokken partijen, zoals internisten, diabetesverpleegkundigen en diëtisten. Binnen dat krachtenveld heb je huisartsen nodig die weten hoe de hazen lopen, en een organisatie die deze experts centraal ondersteunt. In 1995 kwam de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) van de grond. Een prima initiatief, vonden wij, mits de huisartsgeneeskunde daarin goed vertegenwoordigd zou zijn. Daarom nam ik het initiatief voor oprichting van een steunpunt dat het NHG en de LHV binnen de diabeteswereld moest vertegenwoordigen. Toen het NHG dit niet kon financieren, ben ik naar de farmaceutische industrie gestapt. Want dat de DiHAG er moest komen, stond voor ons buiten kijf. De oprichting vond plaats in 1996. Een paar jaar later kregen we gelukkig wel een mandaat van NHG en LHV.”

Waren jullie de eerste expertgroep, zoals dat tegenwoordig heet?

“Die term bestond nog niet, maar dat waren we inderdaad. De eerste jaren waren we met zo’n vijftien huisartsen, allen actief op het gebied van diabetes. Elke twee jaar organiseerden we een

‘sterrencursus’ voor huisartsen met meer dan gemiddelde interesse voor het onderwerp, een voorloper van de kaderopleiding. Het idee van differentiatie binnen de huisartsgeneeskunde komt bij ons vandaan, daarin was de DiHAG een voorloper. Evengoed zijn al onze leden praktiserend huisarts gebleven, in de volle breedte. Toen in 2004 de kaderopleiding startte, werd de DiHAG het ‘huis’ van de kaderartsen. Wie de opleiding afrondt, is welkom als lid. We tellen nu zo’n 55 leden. Vier keer per jaar komen we bij elkaar voor nascholing, kennisdeling en rapportage vanuit de zorggroepen. Veel huisartsen weten nauwelijks van ons bestaan, maar in de diabeteswereld kent iedereen ons.”

Heb je bereikt wat je had willen bereiken?

“Aan de ene kant ben ik zeker tevreden: we hebben een forum gecreëerd dat opkomt voor goede diabeteszorg in de eerste lijn en onder huisartsen is de kennis van diabetes sterk toegenomen. We hebben bereikt dat de DiHAG in de diabeteswereld geldt als dé stem van de huisarts. Dat ging niet altijd vanzelf. Ik denk bijvoorbeeld aan de DBC diabetes: nu een vanzelfsprekendheid, maar die hebben we in 2004 voor de poorten van de hel weggesleept. Niet de meest dankbare opdracht, maar typisch een taak voor de DiHAG. Zo hameren we ook op de noodzaak dat iedere huisarts de ‘diabetesjaarcontrole’ doet.”

En aan de andere kant?

“Helaas is er ook een pijnpunt: we zijn sinds 2013 dan wel volledig vrij van sponsoring en ontvangen een bijdrage van het NHG, maar we zijn er niet in

geslaagd de DiHAG structureel gefinancierd te krijgen binnen de huisartsgeneeskunde. Dat vind ik uiterst teleurstellend. Als elke zorggroep 500 euro bijdraagt, zijn we uit de brand, maar de beroepsgroep is tot nu toe niet bereid die verantwoordelijkheid te nemen. Daardoor moeten we, na een paar jaar teren op een ‘oorlogskas’, onze coördinator ontslaan. Dit hoofdstuk blijft dus liggen voor mijn opvolgster Bertien Hart.

Een ander punt van aandacht is de samenwerking met de praktijkondersteuner. Het is fantastisch dat de praktijkondersteuner het protocollaire stuk heeft overgenomen, maar een toenemend aantal collega’s pakt het persoonsgerichte deel helemaal niet meer op. Huisartsen-in-opleiding worden nota bene naar de praktijkondersteuner verwezen! Terwijl rekening houden met de context, met multimorbiditeit, met al die individuele factoren, nu juist bij uitstek huisartsenwerk is! Gelukkig weet ik zeker dat de DiHAG zich hier voor hard blijft maken.”

Tanja Veenstra

Guy Rutten werkte tot 2014 als huisarts en blijft werkzaam als hoogleraar bij het Julius Centrum, UMC Utrecht.

Redactie NHG-nieuws

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

Contact

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

Colofon

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