

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Het beroepsgeheim van de huisarts

ONDERZOEK

Huisarts versus psychiater bij depressieve klachten

NHG-STANDAARD

Astma bij volwassenen

WETENSCHAP

122

Het beroepsgeheim van de huisarts*Natascha Verzantvoort, Monique Biesart*

126

Huisarts versus psychiater bij depressieve klachten*Giel Hutschemaekers, Cilia Witterman, Judith Rutjes, Laurence Claes, Peter Lucassen, Ad Kaasenbrood*

130

Zorgbehoeften van kwetsbare ouderen*Emiel Hoogendijk, Maaïke Muntinga, Karen van Leeuwen, Henriëtte van der Horst, Dorly Deeg, Dinnus Frijters, Lotte Hermesen, Aaltje Jansen, Giel Nijpels, Hein van Hout***BESCHOUWING**

134

Optimaliseren geneesmiddelengebruik door ouderen*Henk-Frans Kwint, Adrienne Faber, Jacobijn Gussekloo, Marcel Bouvy***COMMENTAAR**

140

Stelselwijziging ggz: uitdaging voor de huisarts*Martin Beeres, Marian Oud*

141

Lasten en risico's van wijzigingen ggz-zorg*Walter Schrader*

142

NHG-STANDAARD**Astma bij volwassenen (derde herziening)***NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD*

KLINISCHE PRAKTIJK

155

Substitutie van zorg voor astma in 2008-2010*Christel van Dijk, Joke Korevaar, François Schellevis*

156

Vitamine D-suppletie*Petra Elders***IMPORT**

164

Schrale oude wijn in nieuwe zakken*Roelf Norg*

165

Praten over het levenseinde?*Marijke van Daelen***CATS**

166

Abortus: risico vroeggeboorte bij volgende zwangerschap?*Myrtel Zandstra, Jip de Jong*

167

Keuzehulpen effectiever dan traditionele voorlichting*Ton Drenthen***(VER)STAND VAN ZAKEN**

168

Primair hyperaldosteronisme en hypertensie*Sabine Käyser*

119

JOURNAAL

160

INTERVIEW

139, 162

COLUMNS

163

KENNISTOETS

169

IN MEMORIAM KAREL GILL

170

BOEKBESPREKING

171

INGEZONDEN

172

COLOFON HG&W

9

HET NHG

Thuis voelen in verandering

'Nederland verandert, de zorg verandert mee'. Deze campagne van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport komt u waarschijnlijk wel bekend voor. Hoewel de primaire motivatie vooral kostenbesparing is, brengt de overheid het als iets logisch: doordat Nederland dynamisch is, verandert de zorg.

De huisartsgeneeskunde is altijd onderhevig aan veranderingen. Hoe langer je meedraait, hoe meer ervaring je daarmee hebt. Een aios, zoals ik, heeft deze ervaring nog niet. Je komt binnen in 'een huis' dat al staat: de huisartsgeneeskunde. Je leert steeds beter hoe dit huis in elkaar zit, waar alles hoort en wat men van je verwacht. Tijdens je opleiding ga je geleidelijk thuis voelen in dit huis.

Het fundament van het huis verandert niet. Wij bieden een continue en langdurige relatie met patiënten, waarbij lichamelijke en (psycho)sociale klachten in de juiste context aandacht krijgen. Dat hebben we altijd gedaan en dat blijven we doen.

De indeling, oftewel de organisatie, van het huis verandert wel. Dat komt door de tijd(geest), maar ook welvaart, progressie in de medische kennis, nieuwe technologieën, ambities van de huisartsen, de overheid en financiële middelen voeden veranderingen. De zorg voor patiënten met diabetes mellitus en astma is bijvoorbeeld verschoven van de specialist naar de huisarts en praktijkondersteuner. De komst van de praktijkondersteuner was destijds ook een belangrijke innovatie en, net als de huisartsposten, een heuse transitie. Inmiddels zijn zij toch niet meer weg te denken uit de eerstelijnszorg?



Vanaf dit jaar is er een verschuiving in de geestelijke gezondheidszorg. De overheid wenst dat de huisarts samen met de POH-ggz meer verantwoordelijkheid neemt bij de diagnostiek en behandeling van psychische klachten. Hoe ervaart u deze veranderingen? Bent u huiverig voor deze aanpassingen en ziet u het als van bovenaf opgelegd? Bent u bereid met deze verschuiving mee te gaan, met een dosis gezonde kritiek? Of ziet u het juist als een verrijking van ons werk, als iets wat wij goed kunnen? Laat u informeren door deze H&W waarin twee huisartsen die dicht bij het vuur van deze veranderingen staan, de mogelijke voor- en nadelen onder de loep nemen.

De verplaatsing van onderdelen van de ggz naar de eerste lijn is een feit: de overheid heeft de indeling van het huis aangepast. Van belang is dat wij nu bepalen hoe wij de eerstelijns-ggz vormgeven. Waarin onderscheiden huisartsen en psychiaters zich van elkaar? Welke patiënt is beter af in de eerste lijn en wanneer mogen we de patiënt specialistische zorg niet onthouden? Hutschemaekers et al. gaan hier op in en ze doen een interessante suggestie: maak de verschillen tussen basis en specialistische ggz zo groot mogelijk.

Aan het einde van je opleiding zie je als aios óók dat de indeling van de huisartsgeneeskunde doorlopend wordt aangepast. Je moet leren omgaan met het feit dat het huis niet statisch is. Dat is maar goed ook, zo blijven wij mentaal ook dynamisch. ■

Marissa Scherptong-Engbers

Een goed ontbijt: minder kans op DM2?

Het adagium 'het ontbijt is het belangrijkste maaltijd van de dag' wordt regelmatig aangehaald in de spreekkamer. Maar helpt deze stelregel ook om diabetes mellitus type 2 te voorkomen? Het lijkt zo te zijn dat regelmatig en gezonder ontbijten door kinderen zorgt voor lagere biochemische markers die gerelateerd zijn aan het ontstaan van diabetes mellitus.

Donin et al. onderzochten dit in een onderzoek waarin bij kinderen van 9-10 jaar oud naar hun ontbijtgewoonten werd gevraagd. De onderzoekers vroegen de schoolgaande kinderen hoe vaak ze per week ontbeten en hoe hun ontbijt eruitziet. Ze deden dit bij meer dan 4000 kinderen van 200 verschillende scholen. Tegelijkertijd werden spiegels, nuchtere glucose, HbA1c en cholesterol gemeten.

Uit de resultaten bleek dat kinderen die minder vaak ontbeten hogere nuchter insulinespiegels hadden en een hogere insulineresistentie hadden. Ook het ontbijt zelf had een voorspellende waarde: kinderen die een op graan gebaseerd ontbijt gebruikten, hadden een lagere insulineresistentie dan kinderen

die een ontbijt aten met minder vezels.

Alhoewel dit onderzoek nog niet bewijst dat gezonder ontbijten op kinderleeftijd leidt tot minder diabetes, onderbouwt dit onderzoek wel het advies om gezond te ontbijten. Het vezelrijke ontbijt is ook in lijn met de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening) waarin een gezonde voeding met onder meer vezelrijke koolhydraten wordt aangeraden. Gezien de grote spreiding in het wel of niet ontbijten en de samenstelling van het ontbijt kan het nog wel eens lonen om

vaker te vragen naar het ontbijtregime van onze patiënten. ■

Jurgen Damen

Donin AS, et al. Regular breakfast consumption and type 2 diabetes risk markers in 9- to 10-year-old children in the Child Heart and Health Study in England (CHASE): a cross sectional analysis. *PLoS Med* 11: e1001703. doi:10.1371/journal.pmed.1001703.



Foto: Sabine Joosten/Hollandse Hoogte

Chirurgisch afvallen, beste optie bij morbide obesitas

Onafhankelijk van de chirurgische procedure is bariatrische chirurgie de beste manier om bij morbide obesitas (BMI > 40) veel gewicht kwijt te raken. Dit heeft het bijkomende voordeel dat ook de kans op comorbiditeit bij deze aandoening vermindert. In hoeverre de bevindingen ook gelden voor mensen met een mindere mate van obesitas is niet bekend.

De derde herziening van de Cochrane-review, waarbij men RCT's over chirurgisch ingrijpen bij obesitas met niet-chirurgische maatregelen verge-

lijkt, bevestigt dit gegeven opnieuw. Tweeëntwintig trials kwamen in aanmerking. Van de 1798 deelnemers werden 1496 mensen geopereerd en 302 mensen volgden een dieet. Dat maakt de verdeling tussen de groepen wel wat scheef. Mensen werden gemiddeld een tot twee jaar gevolgd, met een uitschieter naar tien jaar. Naast de vergelijking chirurgisch versus conservatief werd ook gekeken naar de chirurgische methoden onderling. Met een maagband vallen mensen relatief gezien het minst af. Gemiddeld vijf BMI-punten minder dan bij de Roux en Y-lis-techniek (jejunum sluit aan op het bovenste gedeelte van de maag en de buismaag). Voor extreem obese mensen (BMI > 50) is de bilio-

pancreatische derivatie met duodenale switch de effectiefste oplossing. Hierbij wordt de maag verkleind maar blijft de pylorus intact en de dunne darm wordt fors ingekort. Het nadeel van deze procedures is de langere verblijfsduur in het ziekenhuis en de ernstiger complicaties. Alle onderzochte trials betroffen vooral mensen met een BMI > 40. Het aanraden van bariatrische chirurgie voor niet-morbide obesitas met comorbiditeit ligt daarom niet zo maar voor de hand. ■

Wilma Spinnewijn

Colquitt JL, et al. Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;8:CD003641.

Microspirometrie om COPD uit te sluiten

Omdat spirometrie niet direct tijdens het consult kan worden toegepast, wordt de diagnose COPD vaak gemist. Een microspirometer heeft een hoge negatief voorspellende waarde voor COPD en kan worden gebruikt om patiënten met verdenking op COPD te selecteren voor een reguliere spirometrie.

Een microspirometer is een simpel en handzaam apparaat, waarmee in drie minuten de FEV₁/FEV₆ ratio kan worden berekend. Eerder onderzoek toonde aan dat deze apparaten effectieve, betrouwbare screeningsinstrumenten zijn en gebruikt kunnen worden om de onderdiagnostiek van COPD in de huisartsenpraktijk te verminderen. Dit cross-sectionele onderzoek ging de diagnostische nauwkeurigheid na van de

microspirometer (type PIKo-6) om COPD te diagnosticeren.

In het diagnostisch centrum 'Stichting Huisartsen Laboratorium' ondergingen 104 patiënten, ouder dan 50 jaar en (ex)rokers, een microspirometrie en een reguliere spirometrie. Van de 54 patiënten met een negatieve microspirometrie (pre-bronchodilatatie FEV₁/FEV₆ $\geq$ 0,73) was de diagnostische spirometrie bij 51 patiënten ook negatief (post-bronchodilatatie FEV₁/FVC $\geq$ 0,70). Dit komt neer op een negatief voorspellende waarde van 94,4% (95%-BI 86,4 tot 98,5). De onderzoekers hebben ook de nieuwe afkapwaarde voor obstructie bij spirometrie gebruikt, de Lower Limit of Normal (LLN), die rekening houdt met leeftijd en geslacht (de 5^e percentiel). Omdat de FEV₁ bij het ouder worden vaak afneemt, bestaat bij gebruik van een vast afkappunt van de FEV₁/FVC-ratio bij ouderen kans op overdiagnostiek. Met de LLN als afkappunt bij de

spirometrie in dit onderzoek, steeg de negatief voorspellende waarde naar 96,3% (95%-BI 88,2 tot 99,3). De positief voorspellende waarden van de microspirometer waren een stuk lager: bij een post-bronchodilatatie FEV₁/FVC $\leq$ 0,7 was de positief voorspellende waarde 82% (95%-BI 73,3 tot 86,3) en die daalde bij de LLN naar 56% (95%-BI 47,3 tot 59,3).

Concluderend kan microspirometrie zonder luchtwegverwijding worden gebruikt om patiënten met een verdenking op COPD direct in de spreekkamer te selecteren. Voor de daadwerkelijke diagnose COPD is nog wel een reguliere spirometrie nodig. ■

Martina Smits

Van den Bernt L, et al. Diagnostic accuracy of pre-bronchodilator FEV₁/FEV₆ from microspirometry to detect airflow obstruction in primary care: a randomised cross-sectional study. NPJ Prim Care Respir Med 2014;24:14033.

Bekkenbodemspiertraining mogelijk effectief bij verzakking

Veel oudere vrouwen hebben een verzakking die gepaard gaat met klachten. Groningse onderzoekers gingen na of spieroefeningen helpen. Vrouwen van 55 jaar en ouder die bekkenbodemspieroefeningen kregen meldden na 3 maanden minder klachten dan de vrouwen bij wie werd afgewacht. Over de betekenis van deze uitkomsten valt te twisten.

Er zijn verschillende behandelopties voor verzakking: afwachten, een vaginale ring aanbrengen, bekkenbodemspieroefeningen en diverse chirurgische interventies. Bij een geringe verzakking en milde klachten is opereren vaak geen optie, gezien de kans op complicaties en recidieven. Bekkenbodemspieroefeningen zijn nog niet goed onderzocht.

De Groningse groep screende vrouwen van 55 jaar en ouder op het hebben van klachten van een milde verzakking (stadium 1 en 2). De deelnemers werden

door het toeval toegewezen aan een individueel trainingsprogramma voor de bekkenbodemspieren uitgevoerd door gespecialiseerde fysiotherapeuten of aan de controlegroep met afwachtend beleid.

De primaire uitkomstmaat was de verandering in blaas-, darm- en bekkenbodemplachten drie maanden na aanvang van de behandeling, gemeten met de Pelvic Floor Distress Inventory. Dit is een vragenlijst die 20 verschillende symptomen inventariseert en een score oplevert tussen 0 en 100. Daarnaast werden diverse secundaire uitkomstmaten gemeten, waaronder de mate van verzakking en het functioneren van de bekkenbodemspieren.

In totaal werden 287 vrouwen gerandomiseerd, van 85% daarvan werden follow-upgegevens verkregen. Op de primaire uitkomstmaat bleek de trainingsgroep 9 punten meer te verbeteren dan de controlegroep. Hoewel statistisch significant, is dit verschil kleiner dan wat klinisch relevant wordt verondersteld (tenminste 15 punten verschil). Het percentage vrouwen dat een verbetering rapporteerde was 57% in de

trainingsgroep tegenover 13% in de controlegroep ($p < 0,001$). Op geen van de overige uitkomstmaten werd een statistisch significant verschil gevonden.

Een onvermijdelijk probleem van een onderzoek als dit is dat de deelnemers niet geblindeerd kunnen worden en tegelijkertijd de belangrijkste uitkomstmaten door henzelf gerapporteerd worden. Dit geeft een fors risico op gekleurde resultaten. Bovendien is onduidelijk hoe de onderzochte groep, die met een screeningsvragenlijst werd geselecteerd, zich verhoudt tot de vrouwen die met klachten bij de huisarts komen. De deelnemers vertegenwoordigen mogelijk een milder deel van het spectrum met minder ruimte voor verbetering.

De vervolgmetingen, die gepland zijn na 12 en 24 maanden, wachten we met spanning af. ■

Hans van der Wouden

Wiegersma M, et al. Effect of pelvic floor muscle training compared with watchful waiting in older women with symptomatic mild pelvic floor prolapse: randomised controlled trial in primary care. BMJ 2014;349:g7378.

Het lot van chirurgische trials

Bijna de helft van de randomised controlled trials in de chirurgie wordt voortijdig gestaakt, of de uitkomsten van de RCT's worden niet gepubliceerd. Dit lijkt zonde van het geld, en schept onduidelijkheid over de representativiteit van het gepubliceerde onderzoek. Zou het met het huisartsgeneeskundige onderzoek beter gesteld zijn?

Sinds een aantal jaren zijn onderzoekers verplicht om trials bij aanvang te registreren. Daarom is het tegenwoordig niet zo moeilijk om na te gaan welk onderzoek er gestart is. Een Engelse onderzoeksgroep ging na wat er terecht is gekomen van trials rond operaties. Ze zochten in de bekendste trialdatabase (clinicaltrials.gov) naar randomised trials die waren geregistreerd in 2008 en 2009, die uiterlijk eind 2011 voltooid hadden moeten zijn. Het moest gaan om fase III- of IV-onderzoek, dat wil

zeggen onderzoek om de effectiviteit in grote groepen patiënten na te gaan en waarvan verwacht mag worden dat de resultaten gepubliceerd worden.

De onderzoekers gingen na of de trials inderdaad voltooid waren, en als dat het geval was, of het tot een publicatie was gekomen. Hiervoor gebruikten ze meerdere bronnen, inclusief emailcontact met de onderzoekers van de trials. Van de 395 trials die aan de inclusiecriteria voldeden, waren er 81 (21%) voortijdig gestopt. De voornaamste reden was



tegenvallende instroom van patiënten (de 'Wet van Lasagna'). Opvallend was dat 10% van de trials werd gestaakt vanwege een negatieve uitkomst.

Van de 314 trials die wel voltooid werden, bleken er van 106 (34%) in 2014 (tenminste 3 jaar na afronding) nog geen resultaten gepubliceerd te zijn. Onderzoek dat door de industrie gefinancierd was, bleek nog vaker niet gepubliceerd te zijn. Helaas werd niet nagegaan of al of niet publiceren ook geassocieerd was met de uitkomsten van de trial.

Deze tamelijk schokkende uitkomsten roepen de vraag op of het met onderzoek in de huisartsenpraktijk beter gesteld is. Want onderzoek dat niet tot publicatie leidt, verdwijnt in een zwart gat. Patiënten die – vaak belangeloos – deelnemen aan dergelijk onderzoek verdienen beter. ■

Hans van der Wouden

Chapman SJ, et al. Discontinuation and non-publication of surgical randomised controlled trials: observational study. BMJ 2014;349:g6870.

DPP-4-remmers en het risico op hartfalen

De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 ruimt slechts een beperkte plaats in voor DPP-4-remmers. Vooral omdat het bewijs ontbreekt dat deze middelen de cardiovasculaire morbiditeit of mortaliteit verlagen. Deze afwachtende houding lijkt terecht omdat er steeds meer aanwijzingen komen dat patiënten die DPP-4-remmers gebruiken een hogere kans hebben op hartfalen.

Naar aanleiding van verschillende onderzoeken waarbij een verband tussen het gebruik van DPP-4-remmers en hartfalen werd gesuggereerd, deed Peter Clifton een literatuuronderzoek naar publicaties vanaf 2013 over het verband tussen DPP-4-remmers en hartfalen. In twee grote Amerikaanse onderzoeken werd een toename van het aantal opnames voor hartfalen ge-

vonden van respectievelijk 19% en 27%. In een aantal RCT's was er ook een toename van de cardiovasculaire sterfte bij de behandelde patiënten ten opzichte van hen die placebo kregen. Hij ging na of het risico op het optreden van hartfalen afhankelijk was van de leeftijd, duur van de diabetes, nierfunctie, al aanwezig hartfalen, het HbA1c en het BMI. Van al deze variabelen kon geen invloed aangetoond worden op het effect van DPP-4-remmers op het optreden van hartfalen. Bij jonge patiënten met diabetes mellitus zonder cardiovasculaire ziekte en een laag risico op hartfalen, nam het risico op hartfalen niet toe.

Voor deze laatste groep patiënten lijken DPP-4-remmers een veilig alternatief als het niet lukt om met de gebruikelijke glucoseverlagende middelen het gewenste HbA1c te bereiken. Het is echter nog steeds niet aangetoond dat deze middelen ook daadwerkelijk een gunstig effect hebben op de aan diabetes geassocieerde morbiditeit en

mortaliteit en mogelijk bestaat er zelfs een negatieve correlatie. Het is ook nog onvoldoende duidelijk welke groep diabetespatiënten extra risico loopt om hartfalen te ontwikkelen tijdens het gebruik van deze middelen. Verder onderzoek moet ook hier uitsluitsel brengen en wordt medio 2015 verwacht. Wordt vervolgd dus. ■

Bèr Pleumeekers

Clifton P. Do dipeptidyl peptidase IV (DPP-IV) inhibitors cause heart failure? J Clin Ther 2014;36:2072-9.

Rectificatie

In het artikel 'Subklinische schildklierafwijkingen bij ouderen' (Huisarts Wet 2015;58:12-5) van Wijsman et al. is helaas een foutje geslopen in de paragraaf Methode.

Er staat: 'Subklinische hyperthyreoïdie werd gedefinieerd als TSH < = 4,50 mU/l, subklinische hypothyreoïdie als TSH > = 0,45 mU/l, beide bij een normaal FT4.'

En er moet staan: 'Subklinische hyperthyreoïdie werd gedefinieerd als TSH = < 0,45 mU/l, subklinische hypothyreoïdie als TSH > = 4,50 mU/l, beide bij een normaal FT4.'

De redactie



Het beroepsgeheim van de huisarts

Samenvatting

Verantvoort NCM, Biesart MCIH. Het beroepsgeheim van de huisarts. *Huisarts Wet* 2015;58(3):122-5.

ACHTERGROND Wij zochten een antwoord op de vraag welke normen we kunnen destilleren uit de uitspraken van de Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg (RTG's) en het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) over tuchtzaken die het beroepsgeheim van de huisarts betreffen.

METHODE We zochten naar jurisprudentie over het beroepsgeheim van huisartsen in de periode januari 2012 tot en met januari 2014. We analyseerden de uitspraken en deelden deze in categorieën in.

RESULTATEN We hebben 35 relevante einduitspraken gevonden. De meeste klachten hebben betrekking op situaties met kinderen ($n = 13$; 37,1%), in het bijzonder in situaties van (een vermoeden van) kindermishandeling ($n = 10$; 28,6%). Twee andere relatief veelvoorkomende categorieën zijn het beroepsgeheim met betrekking tot familieleden ($n = 9$; 25,7%) en het beroepsgeheim ten opzichte van andere hulpverleners ($n = 7$; 20,0%). Bij twee tuchtzaken komen de gevonden normen niet overeen met het juridisch kader. Aangeklaagde huisartsen gaan naar het oordeel van de rechter nogal eens de fout in door het verstrekken van niet-feitelijke informatie aan de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) of het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), door geen poging te ondernemen om toestemming te verkrijgen van ouders voor informatieverstrekking aan de RvdK of het AMK, of door ten onrechte een beroep te doen op het conflict van plichten. Ook doen aangeklaagde huisartsen relatief vaak ten onrechte mededelingen aan familieleden van de patiënt en nemen ze ten opzichte van hen het beroepsgeheim niet in acht.

CONCLUSIE Uit de 35 onderzochte tuchtzaken komen vele normen naar voren, die vrijwel allemaal terug te voeren zijn op de wetgeving en terug te vinden zijn in de KNMG-richtlijnen en literatuur. Twee rechtszaken vormen hierop een uitzondering. Desalniettemin vormen de KNMG-richtlijnen de gouden standaard voor het beroepsgeheim. Het is huisartsen aan te raden deze te kennen en na te leven. Daarnaast raden we aan deze richtlijnen op te nemen in het onderwijs in het medisch curriculum en in het onderwijs aan huisartsen-in-opleiding.

INLEIDING

In diverse media, waaronder gezondheidsrechtelijke en medische tijdschriften, krijgen tuchtrechtelijke uitspraken in de gezondheidszorg veel aandacht. Dit geldt ook voor rechtszaken die betrekking hebben op het beroepsgeheim van artsen. Het beroepsgeheim houdt in dat de arts de plicht heeft te zwijgen

tegenover eenieder behalve de patiënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger over alles hetgeen hem tijdens de behandeling over een patiënt bekend wordt. Dit blijft van kracht na het overlijden van een patiënt. Slechts in uitzonderingssituaties mag een arts zijn beroepsgeheim doorbreken. Dit kan onder meer het geval zijn als er sprake is van een 'conflict van plichten', waarbij een ander belang zwaarder weegt dan de plicht tot geheimhouding. De arts kan bijvoorbeeld overwegen om het beroepsgeheim te doorbreken om kindermishandeling te voorkomen.¹

Hoewel het principe van het beroepsgeheim ogenschijnlijk eenvoudig is, ontstaat er in de praktijk gemakkelijk een spanningsveld. Patiënten of nabestaanden spannen geregeld een tuchtzak aan over het al dan niet terecht doorbreken van het beroepsgeheim. De tuchtrechtspraak wordt in eerste instantie uitgeoefend door de Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg (RTG's) en in hoger beroep door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG).²

In 2013 had 3% van de door de Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg (RTG's) en 2% van de door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) afgehandelde klachten tegen alle BIG-beroepsbeoefenaren (8 beroepsgroepen) betrekking op schending van het beroepsgeheim.³ Van alle afgehandelde klachten tegen artsen in 2013 was 23% bij RTG's en 22% bij het CTG gericht tegen huisartsen.⁴ In het ver-

Wat is bekend?

■ In 2013 had 3% van de door Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg (RTG's) en 2% van de door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) afgehandelde klachten tegen alle BIG-beroepsbeoefenaren betrekking op schending van het beroepsgeheim.

Wat is nieuw?

■ Vrijwel alle normen die we uit rechterlijke uitspraken hebben gedistilleerd kwamen overeen met normen van het juridisch kader, dat wil zeggen wetgeving, richtlijnen en literatuur.

■ Twee tuchtzaken vormen hierop een uitzondering. Eenmaal oordeelden het RTG en CTG dat de huisarts correct handelde door het medisch dossier van een patiënte mee te geven aan haar naaste familieleden, hoewel de KNMG-Richtlijn Omgaan met medische gegevens 2010 anders vermeldt. Bij een andere zaak uitte het RTG kritiek op de inhoud van de KNMG-Meldcode Kindermishandeling 2012, waarin naar de mening van het RTG de noodzakelijkheidseis voor het vragen van toestemming bij informatieverstrekking aan het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling onvoldoende naar voren kwam.

■ De rechter houdt bij zijn uitspraken rekening met richtlijnen van een gezaghebbende organisatie als de KNMG; het is dus zaak deze actueel en in overeenstemming met (nieuwe) wetgeving te houden.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Heidelberglaan 100, 3584 CX, Utrecht; N.C.M. Verantvoort, medisch student; mr. M.C.I.H. Biesart, universitair hoofddocent gezondheidsrecht • Correspondentie: n.verantvoort@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

leden zijn twee uitgebreide onderzoeken verschenen over de huisarts in het tuchtrecht, waarin uiteraard ook het beroepsgeheim een prominente plaats inneemt.^{5,6}

In dit onderzoek zoeken we een antwoord op de vraag welke normen we kunnen destilleren uit de uitspraken van de RTG's en het CTG bij tuchtzaken die het beroepsgeheim van de huisarts betreffen.

METHODE

We hebben gezocht naar tuchtrechtelijke jurisprudentie over het beroepsgeheim van huisartsen in de periode januari 2012 tot en met januari 2014. (De onderzoeksperiode beslaat slechts twee jaar omdat het onderzoek binnen een stageperiode van vier weken plaatsvond; zie de auteursgegevens). Om al deze uitspraken te achterhalen, hebben we in hoofdzaak gebruikgemaakt van de openbare website van de overheid.⁷ Ter controle hebben we in het *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* en *Medisch Contact* naar deze uitspraken gezocht (alle tuchtrechtelijke uitspraken zijn volgens informatie van de Tuchtcolleges sinds 1 januari 2010 te vinden op <http://tuchtrecht.overheid.nl>). De gebruikte zoektermen, exclusiecriteria en een overzicht van gevonden uitspraken staan in de [figuur]. Vrijwel alle klachten bestonden uit verschillende klachtonderdelen, waarvan we in het kader van dit onderzoek alleen de klachtonderdelen betreffende het beroepsgeheim hebben onderzocht.

RESULTATEN

In de periode januari 2012 tot en met januari 2014 vonden we in totaal 35 tuchtrechtelijke einduitspraken. Een eindvonnis houdt in dat de procedure tot een einde is gekomen en er geen hoger beroep zal plaatsvinden wegens verloop van de termijn of omdat het reeds een uitspraak in hoger beroep betreft.

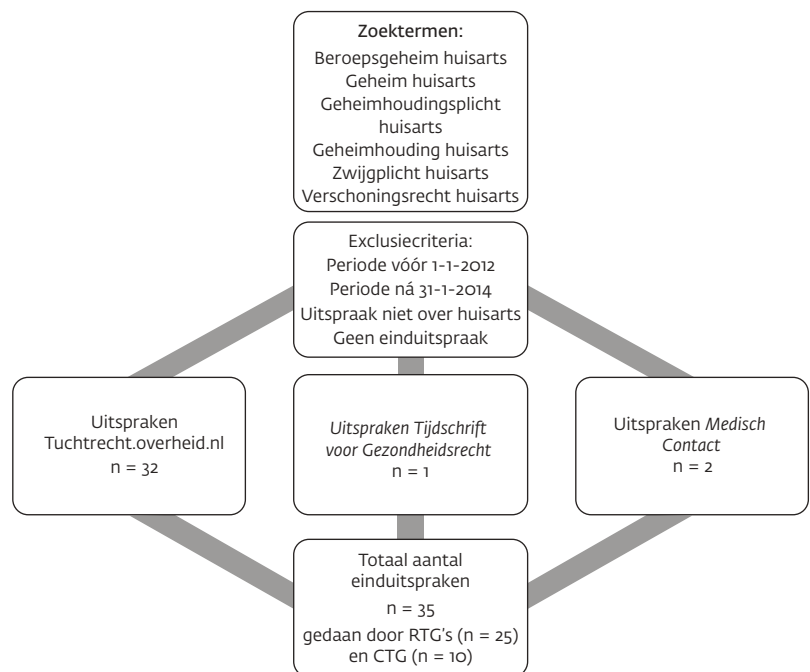
In [tabel 1] op www.henw.org hebben we een overzicht opgenomen van onderwerp, uitspraak en vindplaats van de 35 onderzochte tuchtzaken. [Tabel 2] bevat de onderzochte tuchtzaken, verdeeld in categorieën. De meeste klachten hadden betrekking op situaties met kinderen (n = 13; 37,1%), in het bijzonder in situaties van (een vermoeden van) kindermishandeling (n = 10; 28,6%). Twee andere relatief veelvoorkomende categorieën waren het beroepsgeheim ten opzichte van familieleden (n = 9; 25,7%) en het beroepsgeheim ten opzichte van andere hulpverleners (n = 7; 20,0%). Op basis van de uitspraken van de tuchtrechter hebben we normen geformuleerd; die bespreken we hieronder, volgens de indeling in categorieën zoals gebruikt in [tabel 1] en [tabel 2].

Familieleden en partner(s) – beroepsgeheim na overlijden

Bij drie tuchtzaken luidt de conclusie dat de huisarts ook na de dood het beroepsgeheim in acht dient te nemen, tenzij sprake is van (zaak 10):

- veronderstelde toestemming van de patiënt;
- inzage met toestemming van de patiënt;
- zwaarwegende belangen; de huisarts moet deze belangen zorgvuldig afwegen;
- (een) nabestaande(n) met een bijzondere verantwoordelijkheid.

Figuur Stroomdiagram van de zoekstrategie in het kader van een literatuuronderzoek naar tuchtrechtelijke uitspraken in de periode januari 2012 tot en met januari 2014 over het beroepsgeheim bij huisartsen



De huisarts mag niet liegen tegen nabestaanden; een goede manier voor de huisarts om toch compassie en zorgvuldigheid te tonen jegens nabestaanden is om de familieleden erop te attenderen dat hij als arts zijn beroepsgeheim in acht moet

Abstract

Verzantvoort NCM, Biesart MCIH. The professional confidentiality of general practitioners. *Huisarts Wet* 2015;58(3):122-5.

OBJECTIVE To establish standards for the professional confidentiality of general practitioners, based on judgements handed down by Dutch Medical Disciplinary Boards.

METHOD Retrospective study of jurisprudence on the professional confidentiality of GPs in the period January 2012 to January 2014. Judgments were analysed and classified into categories.

RESULTS Thirty-five relevant judgements (complaints) were found. Most complaints (n = 13, 37.1%) involved children, 10 (28.6%) of which concerned suspected child abuse. Nine (25.7%) disciplinary enquiries concerned professional confidentiality with regard to family members and 7 (20.0%) professional confidentiality with regard to other healthcare professionals. In 2 of the 35 disciplinary cases, the judgements deviated from the accepted legal framework. The GPs under investigation were considered to have provided non-factual information to the Child Protection Services without attempting to obtain parental consent for this or to have made an unfounded appeal regarding a conflict of duties. The GPs also relatively often passed on information to family members when they should have maintained their professional secrecy.

CONCLUSION The legal framework for professional secrecy and confidentiality consists of legislation and professional guidelines provided by the Royal Dutch Medical Association (KNMG). It appeared that two disciplinary judgements were not consistent with this legal framework. GPs are advised to understand and apply their professional guidelines regarding doctor-patient confidentiality.

nemen, aldus de tuchtrechter bij zaak 20. Wanneer een nabestaande een tuchtklacht wil indienen tegen de huisarts wegens een vermeende medische fout met als gevolg het overlijden van de patiënt, moet de huisarts het (relevante deel van het) dossier van de patiënt verstrekken (zaak 10). Ten slotte is de huisarts als enige praktijkhouder eindverantwoordelijk voor zijn medewerkers, ook voor instructies betreffende het beroepsgeheim (zaak 7).

Familieleden en partner(s) – overige

De huisarts moet goed onderkennen wanneer sprake is van een conflict van plichten (zaak 5 en 28). Ook moet de huisarts zich te allen tijde bewust zijn van zijn geheimhoudingsplicht (zaak 24). De huisarts mag derden geen informatie over de patiënt verstrekken, tenzij (zaak 2, 3, 8, 23 en 24):

- de patiënt toestemming heeft gegeven;
- er sprake is van een conflict van plichten, waarin een ander belang zwaarder weegt dan het belang van de patiënt bij geheimhouding;
- de wet anders bepaalt;
- er sprake is van derden die rechtstreeks bij de behandeling zijn betrokken.

De huisarts dient, alvorens andere behandelaars in te schakelen, informed consent van de patiënt te verkrijgen (zaak 25). Ten slotte kan de collega-huisarts niet verweten worden dat hij informatie gebruikt die hij via de behandelend huisarts verkregen heeft (zaak 35).

Kinderen – toestemmingsvereiste

De huisarts moet bij behandeling van minderjarigen in beginsel toestemming hebben van beide gezagdragende ouders voor die behandeling (zaak 32) en alvorens informatie te verstrekken aan derden (zaak 21). Als slechts een van beide gezagdragende ouders op het consult verschijnt, mag de huisarts genoeg nemen met de toestemming van een van beide ouders, tenzij er aanwijzingen zijn dat deze toestemming niet geldt voor de andere ouder. Dan zal de huisarts die ouder ook nadrukkelijk om toestemming moeten vragen (zaak 32).

De huisarts moet aan een minderjarige van 12 tot 16 jaar toestemming vragen voor verstrekking van medische gegevens aan derden, waaronder zijn ouders, en mag ervan afzien de ouder(s) te informeren over de behandeling van het kind, indien dit in strijd is met goed hulpverlenerschap jegens het kind (zaak 31 en 32).

Kinderen – kindermishandeling

Het is de huisarts alleen toegestaan zijn beroepsgeheim te doorbreken indien dit noodzakelijk is om een belang te dienen dat zwaarder weegt dan het belang van geheimhouding, bijvoorbeeld bij (een vermoeden van) kindermishandeling (zaak 4 en 6). De huisarts moet in een conflict van plichten een zorgvuldige belangenafweging maken en daarvan aantekening maken in het medisch dossier van de patiënt (zaak 19, 23, 26, 27 en 28). De huisarts mag zonder toestemming van de patiënt

een melding doen van (een vermoeden van) kindermishandeling bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) of de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) (zaak 8, 17 en 19). Wel moet de huisarts de betrokkenen – de ouder(s) en/of kind(eren) – informeren alvorens de melding te doen, tenzij (zaak 4, 8, 9, 17, 26 en 33):

- dit niet mogelijk is uit vrees voor de veiligheid of gezondheid van het kind of andere kinderen uit het gezin;
- de arts redelijkerwijs moet vrezen dat hij het kind en/of de ouder(s) daardoor uit het oog zal verliezen;
- de arts vreest voor zijn eigen veiligheid.

Besluit de huisarts zijn vermoeden niet te bespreken, dan zoekt hij waar mogelijk naar een ander geschikt moment om ouders en/of kind alsnog in te lichten over zijn vermoedens en over een eventueel gedane melding (zaak 17). De huisarts moet in het dossier van de patiënt noteren over wie hij overleg heeft gehad met bij de behandeling betrokken hulpverleners en met het AMK (zaak 17). De huisarts dient bij de formulering van een verklaring aan Bureau Jeugdzorg (BJZ) of AMK zorgvuldig en genuanceerd te zijn, niet meer te verklaren dan noodzakelijk is en zich te beperken tot feitelijke informatie uit het dossier van de patiënt (zaak 4, 9, 12, 13, 26 en 33). Deze gegevens moeten afkomstig zijn uit eigen bevindingen van de huisarts (inclusief gegevens uit ontslagbrieven van instellingen) of uit het dossier dat is overgedragen door de vorige huisarts (zaak 14). Bij voorkeur geschiedt informatieverstrekking aan het AMK schriftelijk (zaak 27). De huisarts moet nadrukkelijk vermelden dat de informatie die hij aan het AMK verstrekt niet bij andere derden terecht mag komen (zaak 27). De huisarts is zelf verantwoordelijk voor de verslaglegging door het AMK van hetgeen de huisarts heeft gemeld (zaak 19). Het wordt de behandelend huisarts ontraden om geneeskundige verklaringen af te geven (aan bijvoorbeeld de RvdK) ten behoeve van eigen patiënten (zaak 13 en 21). De huisarts moet, wanneer hij een langere periode (bijvoorbeeld meer dan een jaar) geen contact heeft gehad met de patiënt, terughoudender zijn met het verstrekken van informatie aan derden (zaak 33).

Ten opzichte van andere hulpverleners

De huisarts hoeft een patiënt niet in te lichten over verslaglegging in het medisch dossier door een voorgaande huisarts (zaak 1). De huisarts mag, met toestemming van de patiënt, medische gegevens uit het dossier bespreken met de vorige huisarts (zaak 1). De huisarts mag, na een zorgvuldige belangenafweging, ervoor kiezen om de patiënt niet direct op de hoogte te stellen van het feit dat een derde (in casu een collega-huisarts) zich heeft gemeld om over de patiënt te spreken. Wel moet de huisarts deze informatie op redelijke termijn verschaffen aan de patiënt, om te voorkomen dat derden de patiënt op de hoogte brengen (zaak 2). Ook indien sprake is van een conflict van plichten moet de huisarts proberen toestemming te verkrijgen voor het verstrekken van medische gegevens, tenzij aannemelijk is dat daarvan ernstige nadelen zijn

te verwachten (zaak 28). Bij collegiale intervisie moet de huisarts een casus in principe anoniem inbrengen (zaak 34). De huisarts mag in een conflict van plichten een collega-huisarts over een patiënt informeren en inschakelen, na een zorgvuldige belangenafweging (zaak 34).

Ten opzichte van politie en justitie

De huisarts mag voor zijn eigen verweer tijdens de zitting van het tuchtcollege een kopie van het medisch dossier van een (ex-)patiënt behouden (zaak 22). In beginsel is hiervoor toestemming van de patiënt nodig, maar de huisarts mag dit achterwege laten als dit ernstig nadeel oplevert (zaak 22). Het wordt de huisarts ontraden om eigen familieleden te behandelen vanwege belangenverstrengeling (zaak 23). Ook dient de huisarts te vermijden partij te kiezen in de strijd tussen (gescheiden) ouders (zaak 21).

Uitzonderingen

Bij de tuchtzaken 'Kinderen – ouderlijk gezag' en 'overige' komen de uitspraken van de tuchtrechter overeen met het eerder genoemde juridische kader.

Bij twee zaken kwamen de normen, die te destilleren zijn uit de rechterlijke uitspraken, daarmee niet overeen. Bij tuchtzaak 11 had de huisarts het medisch dossier van een patiënte in gesloten envelop meegegeven aan naaste familieleden van de patiënte, die goed op de hoogte waren van haar medische situatie, om zo de overgang naar een andere huisarts te versoepelen. Zowel het RTG als CTG oordeelden dat de huisarts daarmee correct had gehandeld, hoewel dit niet in overeenstemming is met de KNMG-richtlijn. De andere uitzondering (tuchtzaak 26) betreft een casus waarin de huisarts zonder toestemming van de ouders informatie had verstrekt op verzoek van het AMK. Het college oordeelde dat de huisarts onvoldoende zorgvuldig had afgewogen of het belang dat bij doorbreking van de geheimhouding gebaat was zwaarder woog dan het belang dat bij handhaving van geheimhouding gebaat was. Er was namelijk geen sprake van urgentie en slechts van een vermoeden van kindermishandeling, aldus het college. Bij het opleggen van de zwaarte van de maatregel liet het college meewegen dat de noodzakelijkheidseis (namelijk dat het noodzakelijk is toestemming te vragen alvorens het AMK informatie te verstrekken) onvoldoende naar voren komt in de KNMG-Meldcode Kindermishandeling 2012 en dat de huisarts hierdoor wellicht op het verkeerde been was gezet. Om deze reden werd slechts een waarschuwing opgelegd.

BESCHOUWING

Vrijwel alle normen die we uit deze 35 onderzochte tuchtzaken hebben gedestilleerd, kunnen we terugvoeren op de wetgeving, richtlijnen en literatuur (Art. 7:457 BW (WGBO), art. 88 Wet BIG, leerboeken⁸⁻¹⁰ en KNMG-richtlijnen¹¹⁻¹⁴). Aangeklaagde huisartsen gingen naar het oordeel van de rechter geregeld

in de fout doordat ze niet-feitelijke informatie aan de RvdK of het AMK hebben verstrekt, door geen poging te ondernemen om toestemming te verkrijgen van ouders voor informatieverstrekking aan de RvdK of het AMK, of door ten onrechte een beroep te doen op het conflict van plichten. Ook deden aangeklaagde huisartsen relatief vaak ten onrechte mededelingen aan familieleden, terwijl ze ook ten opzichte van hen het beroepsgeheim in acht hadden moeten nemen.

De les die we hieruit kunnen trekken is in feite vrij eenvoudig: handel binnen de kaders van de geldende richtlijnen. Als er sprake is van een conflict van plichten, is het zaak een zorgvuldige belangenafweging te maken en hiervan notities te maken in het dossier van de patiënt.

Bij twee tuchtzaken week het tuchtcollege af van de bestaande wetgeving en richtlijnen. Bij tuchtzaak 11 oordeelden RTG én CTG dat de huisarts correct handelde door het medisch dossier van een patiënte mee te geven aan haar naaste familieleden. De KNMG-Richtlijn Omgaan met medische gegevens 2010 vermeldt hierover dat de arts bij verandering van huisarts het dossier van de patiënt met diens toestemming en zonder tussenkomst van de patiënt en bij voorkeur persoonlijk of via (aangetekende) post overdraagt aan de nieuwe huisarts. Hierdoor ontstaat een grijs gebied over de vraag wanneer de huisarts zonder (gevraagde) toestemming het medisch dossier van een patiënt mag meegeven aan naaste familieleden van de patiënt. De huisarts had in deze zaak ook het dossier via aangetekende post kunnen versturen. Bij tuchtzaak 26 oordeelde het RTG dat in de KNMG-Meldcode Kindermishandeling 2012 de noodzakelijkheidseis voor het vragen van toestemming bij informatieverstrekking aan het AMK onvoldoende naar voren komt. Dat twee incidentele uitspraken niet conform de richtlijnen zijn, zonder dat men daar goede redenen voor geeft, is geen reden om de richtlijnen niet te volgen. Het mag eerder een aanbeveling van rechters zijn om de richtlijnen te raadplegen als daartoe aanleiding is in een rechtszaak.

CONCLUSIE

Concluderend vormen de KNMG-Richtlijn Omgaan met medische gegevens 2010, KNMG-Gedragsregels voor artsen 2013, KNMG-Meldcode kindermishandeling 2012 en KNMG-Handreiking beroepsgeheim en politie/justitie 2012 de gouden standaarden voor het beroepsgeheim. Zowel het Regionaal als het Centraal Tuchtcollege baseert zich hierop. Het is huisartsen aan te raden geregeld kennis te nemen van deze richtlijnen en zich hieraan te houden. Daarnaast is het aan te raden deze richtlijnen op te nemen in het onderwijs in het medisch curriculum en in het onderwijs aan huisartsen in opleiding, voor zover dit nog niet is gebeurd. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Onderzoek.



Huisarts versus psychiater bij depressieve klachten

Samenvatting

Hutschemaekers GJ, Witteman CL, Rutjes J, Claes L, Lucassen P, Kaasenbrood A. Huisarts versus psychiater bij depressieve klachten. *Huisarts Wet* 2015;58(3):126-9.

ACHTERGROND Er is behoefte aan duidelijkheid over de aansluiting tussen de generalistische en de specialistische zorg op het gebied van psychiatrische problematiek. Onderzoek wijst uit dat huisartsen depressieve symptomen minder goed herkennen en de ernst ervan vaak onderschatten. Wij onderzochten op welke manier huisartsen en psychiaters tot hun oordeel komen bij patiënten met depressieve klachten, en voor welke diagnostiek en behandeling zij dan kiezen.

METHODE Wij vroegen 25 huisartsen en 26 psychiaters om online vier casussen te beoordelen en steeds het best passende beleid te kiezen. Iedere casus bevatte 15 hyperlinks naar verschillende categorieën aanvullende informatie. Door het klikgedrag van de deelnemers te monitoren konden wij nagaan hoe zij tot hun oordeel kwamen.

RESULTATEN De deelnemers waren eensgezind over de ernst van de problematiek, maar de psychiaters kozen vaker voor psycho-educatie en medicatie door een psychiater of klinisch psycholoog, waar de huisartsen vaker kozen voor een huisarts of maatschappelijk werker. De huisartsen hadden voor hun oordeel veel minder tijd nodig dan de psychiaters en klikten veel minder vaak door naar diepere informatielagen. Huisartsen gingen vooral op zoek naar de sociale context, psychiaters naar de symptoomgeschiedenis.

CONCLUSIE De huisartsen en psychiaters in ons onderzoek oordeelden inderdaad verschillend over dezelfde depressieve klachten. Deze verschillen zijn echter functioneel en sluiten aan bij de taak die beide disciplines in de zorg vervullen: de generalistische poortwachter versus de specialistische achterwacht. Meer overeenstemming zou de kwaliteit van de zorg niet verbeteren.

INLEIDING

Met de komst van de POH-ggz en de basis-ggz heeft de Meerstelijnszorg voor patiënten met psychische problematiek een flinke impuls gekregen. Daarmee is ook de behoefte gegroeid aan duidelijkheid over de aansluiting tussen de generalistische en de specialistische zorg op dit gebied.¹

Verreweg het meeste onderzoek naar de verschillen tussen huisartsen en psychiater betreft de diagnostiek en behandeling van depressie.²⁻⁴ In dit onderzoek keren drie soorten bevindingen telkens terug. De eerste soort is dat huisartsen, afgemeten aan evidence-based richtlijnen en DSM of ICD, depressieve symptomen minder goed herkennen, de ernst ervan onderschatten en te terughoudend zijn met effectieve interventies. Een mogelijke verklaring is gebrek aan kennis, vandaar de telkens terugkerende aanbeveling tot meer ggz-scholing voor huisartsen.⁵

De tweede bevinding is dat huisartsen in een andere setting opereren dan psychiaters. Zij zien andere patiënten met andere problemen en moeten daarom andere vragen beantwoorden. De patiënten van de huisarts hebben in het algemeen weinig gedifferentieerde klachten, die vaak na verloop van tijd vanzelf overgaan. Het is de taak van de huisarts, als poortwachter tot de gespecialiseerde zorg, om onnodige verwijzing te voorkomen en tenzij de klacht zijn 'niet-pluisgevoel' activeert, zal hij dus geneigd zijn te kiezen voor afwachtend beleid.^{6,7} Psychiaters daarentegen zien een geselecteerde populatie met ernstiger klachten en zetten daarbij een uitgebreid arsenaal van diagnostische en therapeutische instrumenten in.

Wat is bekend?

- Vergeleken met psychiaters zijn huisartsen terughoudender in het vaststellen van depressieve klachten, maar schrijven ze toch veel meer medicatie voor.
- Met de herinrichting van de eerstelijns-ggz vallen er nieuwe taken toe aan de huisarts en de basis-ggz. Er is nog weinig duidelijkheid over de aansluiting van de generalistische op de specialistische zorg bij psychische problematiek

Wat is nieuw?

- Huisartsen kiezen vaker voor een lichtere behandeling in de eerste lijn, psychiaters kiezen bij dezelfde patiënt vaker voor een zwaardere behandeling in de tweede lijn.
- Huisartsen gebruiken andere regels (heuristieken) voor het diagnosticeren van psychische klachten dan psychiaters; ze zien daardoor andere zaken en indiceren ook anders.
- Dit verschil in aanpak is niet primair het gevolg van een gebrek aan kennis maar is inherent aan de taak van de huisarts als generalist en poortwachter.
- Het getuigt van weinig inzicht in het onderscheid tussen generalistische en specialistische zorg als men verwacht dat de basis-ggz een goedkopere en efficiëntere kopie kan worden van de specialistische ggz.
- De basis-ggz zal een duidelijk generalistisch perspectief moeten kiezen en korte interventies aanbieden die het zelfhelend vermogen van de patiënt versterken.

Radboudumc, Behavioural Science Institute, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen: prof.dr. G.J.M. Hutschemaekers, hoogleraar Geestelijke gezondheidszorg (tevens hoofd zorgprogramma basiszorg, Pro Persona, Wolfheze); prof.dr. C.L.M. Witteman, hoogleraar Diagnostische besluitvorming, Pro Persona, Wolfheze; J. Rutjes, gz-psycholoog; dr. A. Kaasenbrood, psychiater. KU Leuven, faculteit Psychologie: prof.dr. L. Claes, hoogleraar Klinische psychologie. Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeesteskunde, Nijmegen: dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: g.hutschemaekers@psych.ru.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel werd eerder gepubliceerd als: Hutschemaekers GJ, Witteman CL, Rutjes J, Claes L, Lucassen P, Kaasenbrood A. Different answers to different questions: exploring clinical decision making by general practitioners and psychiatrists about depressed patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2014;36:425-30. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

De derde bevinding heeft te maken met een verschil in diagnostische strategie dat samenhangt met de voorafkants op ziekte. Psychiaters gebruiken, als alle medisch specialisten, een excluderende strategie waarbij zij systematisch hypothesen testen en verwerpen totdat de 'werkelijke' diagnose overblijft. Huisartsen zijn generalisten; zij volgen daarom meestal een inkluderende en integratieve heuristiek waarbij zij de klachten, de patiënt en diens omgeving 'scannen' tot er een betekenisvol beeld ontstaat van wat er met de patiënt aan de hand is.⁸

De drie soorten bevindingen zijn gekoppeld aan drie verschillende onderzoeksparadigma's, waardoor onderzoeksresultaten zich moeilijk laten vergelijken en niet goed bruikbaar zijn als richtsnoer bij nieuwe ontwikkelingen, zoals de inrichting van de basis-ggz. Dat is jammer en onnodig. Daarom hebben wij opnieuw onderzocht op welke manier huisartsen en psychiaters tot hun oordeel komen bij patiënten met depressieve klachten, en tot welke diagnostiek en behandeling zij dan komen. De uitkomsten geven niet alleen beter inzicht in de verschillen tussen huisarts en psychiater, maar resultaten mogelijk ook in bruikbare tips voor de inrichting van de basis-ggz.

METHODE

De auteurs van dit artikel, onder wie een psychiater, een huisarts en drie (klinisch) psychologen, ontwikkelden vier online casussen over een patiënt met depressieve klachten, en legden deze voor aan 25 psychiaters en 26 huisartsen uit de regio Arnhem-Nijmegen. Van de psychiaters (17 mannen en 8 vrouwen, gemiddeld 18 jaar werkervaring) was de helft werkzaam binnen Pro Persona, een grote ggz-instelling in deze regio. De huisartsen (20 mannen en 6 vrouwen, gemiddeld 20 jaar werkervaring) werden voor een groot deel geworven binnen het academisch huisartsennetwerk Nijmegen.

Wij vroegen elke deelnemer de vier casussen te beoordelen en steeds het best passende beleid te kiezen. Iedere casus telde 220 woorden en bevatte 15 hyperlinks naar verschillende categorieën aanvullende informatie. Door het klikgedrag van de deelnemers te monitoren konden wij nagaan hoe zij tot hun oordeel kwamen.

De 15 categorieën waarin de aanvullende informatie voor iedere casus was opgedeeld, stelden wij vast op basis van delphi-onderzoek, waarin experts aangeven welke soort informatie zij nodig denken te hebben om tot een behandeloordeel te komen.⁹ De casussen bevatten de volgende informatiecategorieën: gezondheid in de afgelopen jaren, ziektegeschiedenis, symptoomgeschiedenis, psychische symptomen, persoonlijkheid, biografie, suïcidale ideatie, sociaal functioneren, relaties, middelengebruik, genetische factoren, somatische aspecten, precipiterende factoren, ontwikkelingsfactoren en behandelmotivatie. Elke categorie bevatte drie niveaus van informatie: niveau 1, globale samenvattende informatie, stond in de casustekst; niveau 2, uitgebreidere informatie, kwam in beeld na klikken op een hyperlink in de tekst; niveau 3, specifieke informatie over bijvoorbeeld testuitslagen, kwam in beeld na doorklikken binnen niveau 2.

De deelnemers kregen de vier casussen, waarvan de ernst opliep van niet-complex naar zeer complex, in willekeurige volgorde te zien. Na elke casus beantwoordden zij vragen over de ernst van de klachten (op een vijfpunts likertschaal), over welke soort behandeling zij passend achtten (in toenemende intensiteit: psycho-educatie, steunend-begeleidend contact, psychotherapie, medicatie) en welke behandelaar (van generalistisch naar specialistisch: huisarts, maatschappelijk werker, klinisch psycholoog, psychiater).

Wij beoordeelden iedere casus op dezelfde manier en volgens dezelfde stappen. Wij registreerden per casus de totale beoordelingstijd en het aantal kliks op aanvullende informatie. Omdat de uitkomsten van de beoordelingstijd scheef verdeeld waren (*skewness* 3,08; *kurtosis* 10,56), hebben we als afhankelijke variabele de logtransformatie van de beoordelingstijd gebruikt. Resultaten met een *power* kleiner dan 5% beschouwden we als significant.

RESULTATEN

De F-toets ($F(1,39) = 0,63$; niet significant) wijst uit dat de deelnemers eensgezind waren over de ernst van de problematiek. Dat gold niet voor hun oordeel over de best passende interventies en disciplines: psychiaters kozen vaker voor psycho-educatie en medicatie, uitgevoerd door een psychiater of klinisch

Tabel Keuze van diagnostische informatie, behandeling en behandelaar door 25 huisartsen respectievelijk 26 psychiaters bij vier casussen over depressieve klachten

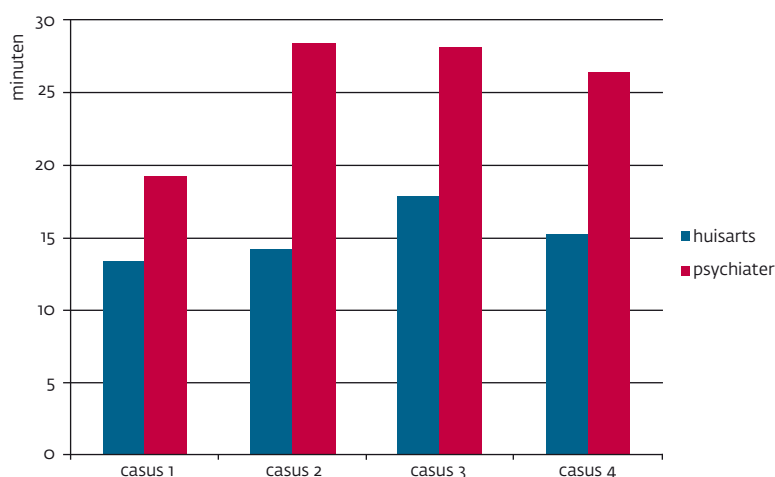
	Huisarts (n = 26)	Psychiater (n = 25)	χ^2 (df = 1)	p*
Gekozen behandeling [†]				
■ psycho-educatie	11%	28%	8,96	< 0,01
■ begeleiding	45%	49%	0,39	0,53
■ psychotherapie	51%	47%	0,30	0,58
■ medicatie	23%	51%	15,03	< 0,01
Gekozen behandelaar				
■ huisarts	38%	17%	9,41	< 0,01
■ maatschappelijk werker	27%	11%	6,66	0,01
■ klinisch psycholoog	7%	28%	13,44	< 0,01
■ psychiater	31%	49%	6,41	0,01
Gebruikte diagnostische informatie [‡]				
■ suïciderisico	55%	66%	2,21	0,14
■ recente gezondheidsgeschiedenis	53%	77%	11,59	< 0,01
■ middelengebruik	46%	59%	3,12	0,08
■ behandelmotivatie	44%	39%	0,47	0,49
■ symptoomgeschiedenis	40%	65%	11,28	< 0,01
■ psychische symptomen	33%	46%	3,04	0,08
■ sociaal functioneren	33%	35%	0,76	0,78
■ lichamelijke aspecten	31%	51%	7,38	< 0,01

* Significante verschillen ($p < 0,05$) zijn vetgedrukt.

† Voor behandeling en behandelaar konden de respondenten meer dan één voorkeur opgeven.

‡ Weergegeven zijn de acht informatiecategorieën waarop het meest werd doorgelikt.

Figuur Mediane beoordelingstijd van huisartsen en psychiaters bij vier patiënten met depressieve klachten



psycholoog, huisartsen kozen vaker voor een aanpak binnen de eerste lijn, door een huisarts of maatschappelijk werker [tabel].

Voor aanvullende diagnostische informatie klikten huisartsen het vaakst op 'suïciderisico', 'recente gezondheids-geschiedenis', 'middelengebruik', 'sociaal functioneren' en 'motivatie'. Met uitzondering van 'motivatie' waren dat de links waarop ook psychiaters het vaakst klikten. Psychiaters kozen het vaakst voor de link 'symptoomgeschiedenis'. Huisartsen bleken nauwelijks te kiezen voor 'genetische factoren', 'somatische aspecten', 'biografie', 'sociaal functioneren' en 'precipiterende factoren', terwijl psychiaters nauwelijks verder vroegen naar 'ontwikkelingsfactoren'. Ten slotte bleken huisartsen veel minder vaak door te klikken naar diepere niveaus van informatie.

Ook in beoordelingstijd verschilden beide beroepsgroepen: de huisartsen hadden veel minder tijd nodig dan de psychiaters [figuur]. Opvallend was dat de beoordelingstijd per casus aanzienlijk verschilde, vooral bij de huisartsen. Casus 3 (tame-lijk ernstig) kostte huisartsen het meeste tijd, de casussen 1 (niet complex) en 4 (zeer complex) veel minder. Bij psychiaters waren de verschillen in beoordelingstijd niet significant.

BESCHOUWING

Hoewel zij het eens waren over de ernst van de problematiek oordeelden de huisartsen en psychiaters in ons onderzoek verschillend over de best passende behandeling voor de depressieve klachten die wij hen voorlegden. Huisartsen kozen vaker voor een lichtere behandeling in de eerste lijn, psychiaters kozen bij dezelfde patiënt vaker voor zwaardere behan-delingen in de tweede lijn. Zij geven dus wel degelijk andere antwoorden.¹⁰

Dat lijkt echter vooral ook te komen doordat ze andere vra-gen stellen, zoals blijkt uit de informatie die zij opvragen. Psy-chiateren gaan op zoek naar veel extra informatie, huisartsen lijken eerder te opteren voor een globale screening en kijken

vooral naar de sociale inbedding, waar ze een verklaring pro-bere te vinden voor wat er aan de hand is. Ook zijn huisart-sen meer gericht op *empowerment*: welke hulp heeft de patiënt nodig om zijn problemen het hoofd te bieden? Waarschijnlijk hangt dit verschil in perspectief samen met hun positie als poortwachters van de gezondheidszorg, die terughoudend zijn met ingrijpen of doorverwijzen,¹¹ terwijl psychiaters, als specialistische achterwacht, vooral hun best doen niets over het hoofd te zien.

Ook de derde algemene bevinding vinden we terug in onze gegevens: psychiaters en huisartsen gebruiken andere zoek-strategieën. Psychiaters gebruiken vastomlijnde zoekregels die nauwelijks variëren met de problematiek van de patiënt. Huisartsen daarentegen starten met een globale scan van het probleem en focussen zo nodig op specifieke aspecten. Hun aandacht lijkt vooral geleid te worden door onduidelijkheden en mogelijke risico's. Daardoor komen huisartsen, zelfs als ze dezelfde patiënt beoordelen en dezelfde vragen voorgelegd krijgen, tot andere antwoorden dan psychiaters. Dit strookt met eerder onderzoek waaruit bleek dat huisartsen sneller werken dan internisten en een strategie volgen die variabelere is en meer afhangt van patiëntkenmerken.¹²

CONCLUSIES

Bij de interpretatie van de resultaten van ons onderzoek past enige terughoudendheid. Het betrof een pilotonderzoek met een beperkt aantal respondenten die een niet-representatieve steekproef vormen, hetgeen bijvoorbeeld blijkt uit het boven-gemiddeld hoge aantal ervaringsjaren. De respondenten be-oordeelden slechts vier casussen en deden dat online, dus de onderzoekssituatie weerspiegelt niet per se de realiteit van de spreekkamer.

Mochten de resultaten echter generaliseerbaar blijken, dan kunnen we een aantal interessante conclusies trekken. De verschillen in verwerving (*input*) en verwerking (*throughput*) van informatie verklaren niet alleen waarom huisartsen en psychiaters vaak andere behandelbeslissingen nemen (*output*), maar ook waarom hun diagnostische oordelen zo vaak ver-schillen. Om grotere overeenstemming tussen beide discipli-nes te bereiken is betere kennis van de DSM niet voldoende. Dat vergt fundamentele veranderingen in het proces van di-agnosestelling. Het is echter zeer de vraag of die grotere over-eenstemming tot betere zorg zou leiden. De verschillen zijn functioneel en sluiten aan bij de taak die beide disciplines in de zorg vervullen: de poortwachter moet selecteren, de speci-alistische achterwacht heeft de opdracht al het mogelijke te doen om de patiënt beter te maken.¹³⁻¹⁵

Wat betekent dit voor de inrichting van de basis-ggz? Nog-al wat ggz-instellingen en specialisten vinden dat de basis-ggz vooral een goedkopere en efficiëntere kopie moet zijn van de specialistische ggz. De kans op goede resultaten (correcte DSM-classificaties en juiste toepassing van evidence-based behandelprotocollen) zou dan maximaal zijn. Het onder-scheid tussen huisarts en psychiater dat wij hier hebben om-schreven, maakt dat een andere insteek meer voor de hand

ligt: maak de verschillen tussen basis-ggz en specialistische ggz zo groot mogelijk. Laat de basis-ggz korte interventies aanbieden die het zelfhelend vermogen van de patiënt versterken, en laat de overige ggz zich nog uitdrukkelijker het specialistische perspectief en de specialistische werkwijze toe-eigenen. ■

LITERATUUR

- Hutschemaekers G, Tiemens B, Smit A. Weg van professionalisering: Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg. Wolfheze: GRIP-De Gelderse Roos, 2006.
- Donohoe MT. Comparing generalist and specialty care: discrepancies, deficiencies, and excesses. Arch Intern Med 1998;158:1596-608.
- Mechanic D. Treating mental illness: generalist versus specialist. Health Aff 1990;9:61-74.
- Mitchell A, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet 2009;374:609-19.
- Verhaak PF, Prins MA, Spreeuwenberg P, Draaisma S, Van Balkom TJ, Bensing JM, et al. Receiving treatment for common mental disorders. Gen Hosp Psychiatry 2009;31:46-55.
- Verhaak PFM. Geestelijke Gezondheidszorg in de huisartspraktijk: Psychiatriseren of normaliseren? [inaugurele rede]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2011.
- Van Weel C. Context en medisch handelen: Een visie vanuit de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2001;11:494-7.
- Finlay I, Cayton H, Dixon A, Freeman G, Haslam D, Hollins S, et al. Guiding patients through complexity: Modern medical generalism. London: Royal College of General Practitioners/Health Foundation, 2011.
- Hutschemaekers G, Tiemens B, Kaasenbrood A. Roles of psychiatrists and other professionals in mental healthcare: results of a formal group judgement method among mental health professionals. Br J Psychiatry 2005;187:173-9.
- Wilkinson G. A comparison of psychiatric decision-making by trainee general practitioners and trainee psychiatrists using a simulated consultation model. Psychol Med 1988;18:167-77.
- Tiemens B. Management of mental health problems in primary care [Proefschrift]. Groningen: University of Groningen, 1999.
- Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist: Een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie. Utrecht: Bunge, 1982.
- Van Dyck R. GGZ in de eerste en tweede lijn: de symptomen voorbij? Amsterdam: Vrije Universiteit, 2007.
- Fournier JC, DuRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC. Antidepressant drug effect and depression severity. JAMA 2010;303:47-53.
- Wang J, Langille DB, Patten SB. Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors. Psychiatr Serv 2003;54:878-83.

Ondertussen in TPO 1

In het eerste nummer van de tiende(!) jaargang van het Tijdschrift voor praktijkondersteuning onder meer aandacht voor depressiviteit bij hart- en vaatziekten, bloeddrukmeting, een checklist voor diabetes, antihypertensiva en de transitie van praktijkondersteuner naar praktijkverpleegkundige.

MAATWERK BIJ HART- EN VAATZIEKTEN

Onderzoekers van Radboudumc in Nijmegen ontwikkelden een interventieprogramma dat rekening houdt met depressiviteit bij patiënten met hart- en vaatziekten of met een verhoogd risico daarop. Praktijkondersteuners die zich bezighouden met cardiovasculair risicomanagement kunnen dit interventieprogramma inzetten, dat bestaat uit motiverende gespreksvoering, een webprogramma en leefstijlinterventies.

EINDE PRAKTIJK-BLOEDDRUKMETING?

De auteurs verwachten dat het gebruik van de klassieke bloeddrukmeting de komende tien jaar

afneemt. Zij raden het team in de huisartsenpraktijk aan ervaring op te doen met aanvullend bloeddrukonderzoek zoals thuis-, 24-uurs-, en 30-minuten-meting.

10-PUNTENLIJST DIABETES

De DiHAG pleit voor diabetesjaarcontrole door de huisarts, maar kan volgens de

auteur ook door huisarts en praktijkondersteuner samen worden uitgevoerd. Goede afstemming is dan noodzakelijk en daarbij kan de 10-puntenlijst diabetes van pas komen.

CALCIUMANTAGONISTEN EN DIURETICA

Kaderarts Ravee Rambharose bespreekt in dit laatste deel van de serie over antihypertensiva calciumantagonisten en diuretica.

VAN PRAKTIJKONDERSTEUNER NAAR PRAKTIJK-VERPLEEGKUNDIGE

Aangezien de eerstelijnszorg verandert, is het competentieprofiel van de praktijkondersteuner aangepast. Praktijkondersteuner wordt praktijkverpleegkundige binnen het kernteam in de huisartsenpraktijk. De Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg buigt zich over deze transitie. ■

Heeft uw praktijkondersteuner al een abonnement? Zie www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl. Een jaarabonnement kost € 85,-.





Zorgbehoeften van kwetsbare ouderen

Samenvatting

Hoogendijk EO, Muntinga ME, Van Leeuwen KM, Van der Horst HE, Deeg DJH, Frijters DH, et al. Zorgbehoeften van kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2015;58(3):130-3.

DOEL Om kwetsbare ouderen adequate zorg te kunnen bieden moet men inzicht hebben in hun zorgbehoeften. Ons doel was te beschrijven welke zorgbehoeften kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk ervaren, in hoeverre deze behoeften vervuld zijn en in hoeverre zij samenhangen met patiëntkenmerken.

METHODE In een crosssectioneel onderzoek vroegen wij 1137 thuiswonende kwetsbare ouderen uit 35 huisartsenpraktijken in Amsterdam en West-Friesland naar hun ervaren zorgbehoeften op basis van 13 van de 24 vragen uit het Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). We analyseerden de samenhang van de gemelde behoeften met leeftijd, geslacht, partnerstatus, opleidingsniveau, functionele beperkingen, recente ziekenhuisopnames, chronische ziekten en een kwetsbaarheidsscore.

RESULTATEN Op een totaal van 13 items meldden de 1137 deelnemers gemiddeld 4,2 zorgbehoeften, waarvan 0,5 onvervuld – bijvoorbeeld aandoeningen die nog niet werden behandeld of problemen waarvoor nog geen hulp aanwezig was. De meeste zorgbehoeften hadden betrekking op het fysieke domein en het omgevingsdomein, maar deze behoeften waren grotendeels vervuld. Onvervulde behoeften betroffen vooral het psychosociale domein, bijvoorbeeld gezelschap en dagbesteding. De zorgbehoefte, vervuld of onvervuld, werd het sterkst bepaald door functionele beperkingen en kwetsbaarheid.

CONCLUSIE Kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk rapporteren veel behoeften in het fysieke en het omgevingsdomein. Zij ontvangen daarvoor veelal voldoende hulp. Psychosociale behoeften worden minder vaak gemeld, maar blijven wel vaker onvervuld.

INLEIDING

Van het toenemende aantal ouderen dat de komende jaren een beroep zal doen op de huisartsenzorg is ongeveer een kwart kwetsbaar.¹ Ouderen worden kwetsbaar wanneer hun reserves op het gebied van fysiek, psychologisch en sociaal functioneren zozeer zijn afgenomen dat ze een verhoogd risi-

co hebben op negatieve gezondheidsuitkomsten zoals ziekenhuisopnames of overlijden.^{2,3} Kwetsbare ouderen hebben vaak chronische ziekten of functionele beperkingen en daardoor behoefte aan zorg op meerdere vlakken. De huisarts kan negatieve gezondheidsuitkomsten mogelijk voorkomen door adequaat in te spelen op deze zorgbehoeften,⁴ maar hij moet dan wel inzicht hebben in de aard van die behoeften. Vooral onvervulde zorgbehoeften, bijvoorbeeld relevante aandoeningen die nog niet worden behandeld, of problemen waarvoor geen hulp aanwezig is, verdienen aandacht.

Er zijn twee benaderingen om de zorgbehoeften van ouderen in kaart te brengen. De eerste is een uitgebreid geriatriesch assessment door een zorgverlener (bijvoorbeeld een praktijkverpleegkundige) met behulp van een gestandaardiseerd instrument. In zo'n assessment onderzoekt de zorgverlener de capaciteiten en problemen van de oudere patiënt op meerdere domeinen van het functioneren.⁵ Een tweede benadering richt zich op de ervaren zorgbehoeften en laat niet de hulpverlener maar de oudere zelf een inschatting maken van zijn zorgbehoeften.⁶ Beide benaderingen kunnen helpen bij het opsporen van zorgbehoeften die nog niet bekend zijn bij de huisarts.⁷

Wij hebben de vervulde en onvervulde zorgbehoeften beschreven zoals kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk die ervaren, wat nog niet eerder gedaan is. Daarnaast onderzochten wij de samenhang van deze ervaren zorgbehoeften met demografische kenmerken en gezondheidskenmerken van de patiënt.

METHODE

Opzet en steekproef

We gebruikten crosssectionele gegevens van het onderzoek 'Frail Older Adults: Care in Transition' (ACT), een van de transitie-experimenten in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg waarin patiënten twee jaar zijn gevolgd om

Wat is bekend?

- Kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk hebben vaak meerdere zorgbehoeften.
- Door adequaat in te gaan op zorgbehoeften van kwetsbare ouderen kunnen negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals ziekenhuisopnames, mogelijk worden uitgesteld of voorkomen.

Wat is nieuw?

- Een korte vragenlijst, in plaats van of als aanvulling op een uitgebreid geriatriesch assessment, kan de huisarts helpen een beeld te krijgen van nog niet gesignaleerde zorgbehoeften van kwetsbare ouderen.
- Kwetsbare ouderen ontvangen vaak al voldoende hulp voor hun fysieke en omgevingsbehoeften.
- Meer aandacht voor psychosociale behoeften is gewenst.

VUmc, EMGO+ Instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, Van der Boerhorststraat 7, 1081 BT, Amsterdam; E.O. Hoogendijk MSc, onderzoeker; M.E. Muntinga MSc, onderzoeker; K.M. van Leeuwen MSc, onderzoeker; prof.dr. H.E. van der Horst, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. D.H.M. Frijters, onderzoeker; L.A.H. Hermsen MSc, onderzoeker; dr. A.P.D. Jansen, onderzoeker; prof.dr. G. Nijpels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. H.P.J. van Hout, onderzoeker. Afdeling Epidemiologie & Biostatistiek: prof.dr. D.J.H. Deeg, hoogleraar Epidemiologie van veroudering • Correspondentie: e.hoogendijk@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, Nationaal Programma Ouderenzorg, subsidienummer 311080201.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Hoogendijk EO, Muntinga ME, Van Leeuwen KM, Van der Horst HE, Deeg DJH, Frijters DHM, Hermsen LAH, Jansen APD, Nijpels G, Van Hout HPJ. Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. *Arch Gerontol Geriatr* 2014;58:37-42. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

de effectiviteit van een geïntegreerde zorgbenadering te evalueren.⁸ Voor het hier beschreven onderzoek gebruikten wij de gegevens van de ACT-basismeting, die werd uitgevoerd voordat de interventie van start ging.

Kwetsbare ouderen uit 35 huisartsenpraktijken in twee regio's (18 in Amsterdam en 17 in West-Friesland) kwamen in aanmerking voor deelname. Inclusiecriteria waren: 65 jaar of ouder, thuiswonend en PRISMA-7-score ≥ 3 ; de details zijn elders gepubliceerd.⁸⁻¹⁰ In het kort kwam het erop neer dat de deelnemers informatie per post ontvingen en vervolgens telefonisch werden benaderd, waarbij ook de PRISMA-7 werd uitgevraagd. De PRISMA-7 is een korte vragenlijst naar risicofactoren voor functionele achteruitgang.⁹ In een pilot-onderzoek was aangetoond dat een score van 3 of hoger op de PRISMA-7 goed overeenkomt met internationaal geaccepteerde kwetsbaarheidscriteria.¹¹ Tussen mei 2010 en februari 2011 bezocht een getrainde interviewster de ouderen thuis die in aanmerking kwamen voor deelname en die een toestemmingsformulier ondertekend hadden. Aan het ACT-onderzoek namen 1147 ouderen deel, van wie wij er 1137 konden meenemen in de analyse (van de overige 10 ontbraken er uitkomstmaten).

Ervaren zorgbehoeften

Voor het meten van de ervaren zorgbehoeften, vervuld of on vervuld, gebruikten wij de Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE), een multidimensionale vragenlijst met 24 items die ontwikkeld is om de behoeften van ouderen met een psychiatrische stoornis te beoordelen.¹²⁻¹⁴ De vragenlijst stelt de onderzoeker in staat problemen te identificeren, de ernst te bepalen en vast te stellen of er al hulp wordt geboden. Bij elk item wordt aan de oudere gevraagd of er een behoefte bestaat en of die behoefte vervuld is of niet. Aangezien niet alle items van toepassing zijn op een niet-psychiatrische populatie – dat geldt bijvoorbeeld voor gedragsproblemen of suïcidaal gedrag⁷ – gebruikten wij in ons onderzoek slechts 13 van de 24 CANE-items. Het weglaten heeft geen grote gevolgen, want alle items zijn afzonderlijk af te nemen en ook afzonderlijk gevalideerd.

Patiëntkenmerken

Wij registreerden leeftijd, geslacht, partnerstatus (wel of geen partner), opleidingsniveau (laag, midden, hoog), functionele beperkingen (Katz ADL index, schaal van 0 tot 15)¹⁵, ziekenhuisopnames in het afgelopen jaar (ja of nee), aanwezigheid van vijf veelvoorkomende chronische ziekten in de afgelopen twaalf maanden (ja/nee) en risico op functionele achteruitgang (PRISMA-7, schaal van 3 tot 7).

Statistische analyse

Wij analyseerden de kenmerken van de deelnemers en het aantal zorgbehoeften met behulp van beschrijvende statistiek. Uit enkelvoudige regressieanalyses bleek dat alle patiëntkenmerken geassocieerd waren met zorgbehoeften ($p < 0,20$). Daarom gebruikten we alle patiëntkenmerken tegelijk

Tabel 1 Kenmerken van de onderzochte kwetsbare ouderen (n = 1137)

	n	%	gemiddelde	(SD)
Leeftijd, jaren			80,5	(7,5)
Vrouw	759	66,8%		
Regio Amsterdam	537	47,2%		
Regio West-Friesland	600	52,8%		
Geen partner	711	62,5%		
Opleidingsniveau				
■ laag	382	33,6%		
■ middel	545	47,9%		
■ hoog	210	18,5%		
ADL-beperkingen, Katz Index (0-15)			3,9	(2,8)
Ziekenhuisopname*	297	26,1%		
Chronische ziekten†			1,3	(0,9)
■ diabetes mellitus	322	28,3%		
■ kanker	120	10,6%		
■ longziekte	311	27,4%		
■ artrose of artritis	657	57,8%		
■ beroerte	76	6,7%		
Kwetsbaarheid (PRISMA-7)				
■ score 3	474	41,7%		
■ score 4	403	35,4%		
■ score ≥ 5	260	22,9%		
Zorgbehoeften (13 CANE-items)			4,2	(2,0)
■ omgevingsbehoeften (4 CANE-items)			1,2	(0,8)
■ fysieke behoeften (5 CANE-items)			2,5	(1,1)
■ psychosociale behoeften (4 CANE-items)			0,5	(0,8)
■ onvervulde behoeften (13 CANE-items)			0,5	(1,0)
Eén of meer psychosociale behoeften	369	32,5%		
Eén of meer onvervulde behoeften	330	29,0%		

* Eén of meer ziekenhuisopnames in de afgelopen 12 maanden.

† Alleen de vijf meestvoorkomende chronische ziekten zijn uitgevraagd.

in multivariabele regressieanalyses om de samenhang met zorgbehoeften te onderzoeken. Er waren vijf uitkomstmaten: totaal aantal zorgbehoeften, omgevingsbehoeften, fysieke behoeften (lineaire regressieanalyses), één of meer psychosociale behoeften en één of meer onvervulde behoeften (logistische regressieanalyses). In alle modellen werd gecorrigeerd voor de regio; $p < 0,05$ beschouwden we als significant.

RESULTATEN

[Tabel 1] toont de kenmerken van de 1137 kwetsbare ouderen van wie de gegevens in dit onderzoek zijn geanalyseerd, en laat ook het gemiddelde aantal zorgbehoeften zien. De gemiddelde leeftijd was 80,5 jaar en 66,8% was vrouw.

Zorgbehoeften

Op een totaal van 13 CANE-items meldden de deelnemers gemiddeld 4,2 zorgbehoeften, waarvan 0,5 onvervuld [tabel 2].

Het vaakst gemeld werden fysieke problemen en problemen in het omgevingsdomein: lichamelijke gezondheid (87,6%), huishouden (82,1%), mobiliteit/vallen (76,1%), gezicht/gehoor (36,7%) en voeding (30,4%). Het percentage respondenten dat meldde dat deze behoeften reeds vervuld waren, varieerde van 88,5% tot 97,3%. Psychosociale behoeften kwamen minder vaak voor, maar werden vaker als onvervuld gemeld: gezelschap (14,7%, waarvan 67,7% onvervuld), informatie (11,9%, waarvan 41,5% onvervuld) en dagbesteding (11,3%, waarvan 48,4% onvervuld).

Samenhang met patiëntkenmerken

De multivariabele regressieanalyses (zie de originele publicatie voor details¹⁰) lieten zien dat het aantal ADL-beperkingen en de kwetsbaarheid positief samenhangen met vervulde en onvervulde zorgbehoeften in alle domeinen. Chronische ziekten en ziekenhuisopnames hingen positief samen met fysieke behoeften. Opleidingsniveau en leeftijd hadden een positieve respectievelijk negatieve samenhang met de aanwezigheid van onvervulde zorgbehoeften.

BESCHOUWING

Uit ons onderzoek blijkt dat veel behoeften van kwetsbare ouderen hun lichamelijke gesteldheid en hun omgeving betreffen, maar dat zij voor het fysieke en het omgevingsdomein vaak al voldoende zorg of hulp ontvangen. Onze deelnemers

rapporteren weliswaar minder vaak psychosociale behoeften, maar deze blijven wel vaker onvervuld. Deze resultaten komen grotendeels overeen met die van eerdere onderzoeken waarin de CANE-vragenlijst gebruikt werd. In een kleine steekproef van oudere patiënten in een huisartsenpraktijk en in onderzoeken binnen de geestelijke gezondheidszorg werden ook vooral in het psychosociale domein onvervulde zorgbehoeften aangetroffen.^{7,12,16} In ons onderzoek blijkt het aantal zorgbehoeften in het fysieke en het omgevingsdomein veel groter dan in de eerdere onderzoeken.

Inzicht in de ervaren zorgbehoeften van kwetsbare ouderen kan bijdragen aan betere zorg in de huisartsenpraktijk. Een zorgbehoefte kan om verschillende redenen onvervuld blijven: de behoefte wordt niet herkend door de zorgverlener, de oudere is niet goed in staat om haar kenbaar te maken of er is geen directe oplossing voorhanden. Allereerst moet worden opgemerkt dat het gemiddelde aantal onvervulde behoeften in dit onderzoek laag was, zeker in het fysieke domein. Dat kan betekenen dat de zorg voor kwetsbare ouderen in Nederland al behoorlijk goed is.

De vaakst gerapporteerde onvervulde behoeften in dit onderzoek zijn psychosociaal en betreffen gezelschap, informatie en dagbesteding. Het is voor een huisarts lastig om iets te doen aan zaken als eenzaamheid en sociaal isolement; vaak is doorverwijzing naar bijvoorbeeld het gemeentelijk welzijnswerk de enige mogelijkheid. Een behoefte waarin de huisarts

Tabel 2 Ervaren zorgbehoeften van kwetsbare ouderen (n = 1137)

CANE-items	Beschrijving van de behoefte	Totaal		Vervuld		Onvervuld	
		n	%	n	%	n	%
Omgevingsbehoeften							
■ wonen	ongepaste en ongeschikte woonsituatie, aanpassing nodig	99	8,7%	65	65,7%	34	34,3%
■ huishouden	behoefte aan hulp in het huishouden	934	82,1%	862	92,3%	72	7,7%
■ voeding	niet in staat om gepaste maaltijden te kopen en/of te bereiden, zeer beperkt dieet of dysfagie	346	30,4%	325	93,9%	21	6,1%
■ zorgen voor een ander	moeilijkheden met zorgen voor een ander persoon	33	2,9%	21	63,6%	12	36,4%
Fysieke behoeften							
■ lichamelijke gezondheid	ziekte of lichamenlijk probleem waarvoor gepaste behandeling nodig is	996	87,6%	969	97,3%	27	2,7%
■ medicatie	problemen met medicijninname, bijwerkingen, medicatiemisbruik of afhankelijkheid, of medicatie niet recent door een arts beoordeeld	236	20,8%	222	94,1%	14	5,9%
■ gezichtsvermogen, gehoor	problemen met horen in een stille omgeving, met het lezen van de krant, met televisie kijken of met communiceren	417	36,7%	369	88,5%	48	11,5%
■ mobiliteit/vallen	bewegingsbeperkingen, valneigingen of problemen met openbaar vervoer	865	76,1%	787	91,0%	78	9,0%
■ zelfzorg	problemen met persoonlijke verzorging, zoals aankleden en wassen	307	26,9%	294	95,8%	13	4,2%
Psychosociale behoeften							
■ geheugen	moeite met herinneren van zaken die onlangs zijn voorgevallen, vergeet vaak waar dingen zijn opgeborgen	93	8,2%	74	79,6%	19	20,4%
■ gezelschap	weinig sociale contacten, eenzaamheid, sociale isolatie	167	14,7%	54	32,3%	113	67,7%
■ dagbesteding	problemen met regelmatige, passende dagbesteding	128	11,3%	66	51,6%	62	48,4%
■ informatie	mondelinge of geschreven informatie over aandoening, medicatie of behandeling	135	11,9%	79	58,5%	56	41,5%

Uitgevraagd zijn 13 van de 24 items van de CANE-vragenlijst, in drie domeinen. De percentages voor vervuld en onvervuld zijn berekend over het betreffende item.



Foto: Shutterstock/De Visu

wél kan voorzien, is de informatievoorziening over aandoeningen en medische behandelingen. Een aantal kwetsbare ouderen in dit onderzoek gaf aan dat die tekortschiet.

We onderzochten ook de samenhang van verschillende patiëntkenmerken met de ervaren zorgbehoeften. Zo kunnen we subgroepen identificeren die mogelijk meer aandacht nodig hebben. Onze belangrijkste bevinding is dat hoe groter de functionele beperkingen en de kwetsbaarheid van ouderen zijn, des te meer vervulde en onvervulde zorgbehoeften zij hebben. Een verrassende uitkomst is dat juist deelnemers met een lagere leeftijd en een hoger opleidingsniveau meer onvervulde zorgbehoeften rapporteerden. Men zou verwachten dat juist zij beter in staat zijn om daar hulp voor te vinden.

Dit is het eerste onderzoek naar de ervaren zorgbehoeften van kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk dat is uitgevoerd bij een grote groep. Een beperking is dat de cross-sectionele opzet geen conclusies toelaat over de voorspellende waarde van de patiëntkenmerken: daarover zal longitudinaal onderzoek uitsluitsel moeten geven. Een tweede beperking is dat alle uitkomsten afkomstig zijn van zelfrapportage, zodat objectieve gegevens over ziekten en aandoeningen ontbreken. Pas in een later stadium van het ACT-onderzoek zullen medische dossiergegevens beschikbaar komen.

CONCLUSIE

Vragen naar de zorgbehoeften die kwetsbare ouderen zelf ervaren – aan de hand van een relatief korte vragenlijst – is een goede manier om onvervulde zorgbehoeften in de huisartsenpraktijk op het spoor te komen. De meeste behoeften die onze respondenten rapporteerden, betroffen het fysieke domein en de omgeving, maar zij ontvingen voor die behoeften meestal wel voldoende hulp. Psychosociale behoeften kwamen minder frequent voor, maar werden vaker als onvervuld aangeduid. Meer aandacht voor de psychosociale behoeften van kwetsbare ouderen lijkt wenselijk. ■

LITERATUUR

- 1 Van Campen C, Broese van Groenou M, Deeg D, Iedema J. Kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2013.
- 2 Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14:392-7.
- 3 Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaets JJP. Old or frail: What tells us more? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:M962-5.
- 4 Ferruci L, Guralnik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GBJ, Walston JD. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons. A consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:625-34.
- 5 Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ* 2011;343:d6799.
- 6 Smith F, Orrell M. Does the patient-centered approach help identify the needs of older people attending primary care? *Age Ageing* 2007;36:628-631.
- 7 Walters K, Iliffe S, Tai SS, Orrell M. Assessing needs from patient, care and professional perspectives. The Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. *Age Ageing* 2000;29:505-510.
- 8 Muntinga ME, Hoogendijk EO, Van Leeuwen KM, Van Hout HPJ, Twisk JWR, Van der Horst HE, et al. Implementing the chronic care model for frail older adults in the Netherlands. Study protocol of ACT (frail older adults: care in transition). *BMC Geriatr* 2012;12:19.
- 9 Raïche M, Hébert R, Dubois MF. PRISMA-7: a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Arch Gerontol Geriatr* 2008;47:9-18.
- 10 Hoogendijk EO, Muntinga ME, Van Leeuwen KM, Van der Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, et al. Self-perceived met and unmet care needs of frail older adults in primary care. *Arch Gerontol Geriatr* 2014;58:37-42.
- 11 Hoogendijk EO, Van der Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, Prins BA, Jansen AP, et al. The identification of frail older adults in primary care. Comparing the accuracy of five simple instruments. *Age Ageing* 2013;42:262-5.
- 12 Reynolds T, Thornicroft G, Abas M, Woods B, Hoe J, Leese M, et al. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *Br J Psychiatry* 2000;176:444-52.
- 13 Van der Roest HG, Meiland FJ, Van Hout HP, Jonker C, Droes RM. Validity and reliability of the Dutch version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly in community-dwelling people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2008;20:1273-90.
- 14 Droes RM, Van Hout HPJ, Van der Ploeg ES. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE), Revised Version (IV). Amsterdam/Rotterdam: VUmc/Erasmus MC, 2004.
- 15 Lutomski JE, Baars MA, Schalk BW, Boter H, Buurman BM, Den Elzen WP, et al. The development of The Older Persons and Informal Caregivers Survey Minimum DataSet (TOPICS-MDS). A large-scale data sharing initiative. *PLoS ONE* 2013;8:e81673.
- 16 Houtjes W, Van Meijel B, Deeg DJ, Beekman AT. Unmet needs of outpatients with late-life depression: a comparison of patient, staff and carer perceptions. *J Affect Disord* 2011;134:242-8.



Optimaliseren geneesmiddelengebruik door ouderen

Samenvatting

Kwint H-F, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Optimaliseren geneesmiddelengebruik door ouderen. *Huisarts Wet* 2015;58(3):134-8.

In het kader van het proefschrift *Improving appropriate medication use for older people in primary care* hebben we onderzoek verricht naar het optimaliseren van de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik door ouderen met polyfarmacie in de eerste lijn, waarbij de focus lag op medicatiebeoordeling en medicatie op rol. In dit artikel beschrijven we enkele onderzoeken uit dit proefschrift. We bespreken het effect van medicatiebeoordeling op farmacotherapiegerelateerde problemen, ziektegerelateerde uitkomsten en de kwaliteit van leven. Daarnaast richten we ons meer specifiek op de verschillende stappen van het proces van medicatiebeoordeling, zoals de bijdrage van de farmacotherapeutische anamnese en het mogelijke aandeel van expliciete STOPP-START-criteria bij de identificatie van farmacotherapiegerelateerde problemen. Voor gebruikers van medicatie op rol hebben we de mate van ongewenste farmacotherapie onderzocht en hebben we hun therapietrouw en medicatiekennis vergeleken met die van gebruikers van reguliere verpakkingen. De onderzoeken in dit proefschrift tonen de bijdragen van verschillende stappen van het proces van medicatiebeoordeling bij ouderen en de uitkomsten van dit proces. Onderzoeken onder oudere gebruikers van medicatie op rol geven inzicht in de kwaliteit van het geneesmiddelgebruik van deze specifieke groep. Vervolgonderzoek is gewenst. Zo willen we bijvoorbeeld weten welke specifieke groep ouderen het meest baat heeft bij een medicatiebeoordeling of gebruik van medicatie op rol.

INLEIDING

De implementatie van uiteenlopende behandelrichtlijnen bij ouderen met complexe problematiek heeft geleid tot een toename van het gebruik van geneesmiddelen.¹⁻³ Inmiddels gebruiken meer dan 1 miljoen ouderen 5 of meer geneesmiddelen, wat we ook wel 'polyfarmacie' noemen.⁴ Door de vergrijzing zal dit aantal in de komende decennia verder toenemen.⁵ In 2006 liet het HARM-onderzoek zien dat 5,6% van de ziekenhuisopnamen in Nederland geneesmiddelgerelateerd is en dat bijna de helft daarvan vermijdbaar was.⁶ Mede op grond van deze cijfers beveelt de Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen tegenwoordig een jaarlijkse medicatiebeoordeling aan voor ouderen met polyfarmacie.⁷ Naast aandacht voor far-

macotherapiegerelateerde problemen (FTP's), zoals onder- en overbehandeling, niet-effectieve behandeling, (risico op) bijwerkingen en interacties, beveelt de richtlijn ook aan aandacht te besteden aan ordeningsproblemen.^{6,8} Er is sprake van een ordeningsprobleem als de patiënt problemen ervaart bij het overzicht, beheer en inname van zijn geneesmiddelen.⁸⁻¹⁰ Deze patiënten kunnen worden ondersteund door het verpakken van de geneesmiddelen in geïndividualiseerde distributievormen (GDV's) [figuur 1], zoals medicatie op rol ('Baxter').

Het proefschrift *Improving appropriate medication use for older people in primary care* bevat verschillende onderzoeken naar het optimaliseren van de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik bij ouderen in de eerste lijn.¹⁴ Het gaat vooral in op effecten van medicatiebeoordeling, waarbij we een aantal onderzoeken hebben uitgevoerd onder ouderen die gebruikmaken van medicatie op rol.

MEDICATIEBEOORDELING

Medicatiebeoordeling beoogt de farmacotherapeutische behandeling van de patiënt te optimaliseren. Internationaal onderscheidt men verschillende vormen van beoordeling, die zijn gebaseerd op de gegevens die bij de beoordeling worden betrokken, zoals de medicatiegegevens, medische gegevens en een farmacotherapeutische anamnese bij de patiënt [figuur 2]. De optimale vorm van beoordeling is de zogenaamde *clinical medication review*, waarbij men al deze gegevens in de beoordeling meeweegt. Deze clinical medication review vormt ook het uitgangspunt voor de medicatiebeoordeling zoals dat is gedefinieerd binnen de in 2012 verschenen Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen.⁷ Deze richtlijn onderscheidt vijf stappen binnen de medicatiebeoordeling:

- farmacotherapeutische anamnese;
- farmacotherapeutische analyse;
- overleg tussen de arts en de apotheker (opstellen van een farmacotherapeutisch behandelplan);

De kern

- Medicatiebeoordeling lost een aanzienlijk aantal farmacotherapiegerelateerde problemen op. Dit vertaalt zich echter in beperkte mate in meetbare klinische uitkomsten.
- De farmacotherapeutische anamnese en het gebruik van impliciete criteria als instrument binnen de farmacotherapeutische analyse zijn van belang om farmacotherapiegerelateerde problemen te identificeren.
- Een intensievere samenwerking tussen huisarts en apotheker bij de medicatiebeoordeling leidt tot een hogere implementatiegraad van aanbevelingen.
- Gebruikers van medicatie op rol rapporteren een hoge therapietrouw en een lage medicatiekennis. Bij deze gebruikers zien we relatief veel farmacotherapiegerelateerde problemen.

SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, Theda Mansholtstraat 5-B, 2331 JE, Leiden: dr. H-F. Kwint, apotheker/onderzoeker; dr. A. Faber, apotheker/onderzoeker; M.L. Bouvy, hoogleraar farmacologische patiëntenzorg, LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: prof.dr. J. Gussekloo, hoofd sectie Wetenschappelijk onderzoek Eerstelijns geneeskunde, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences (UIPS), afdeling Farmaco-epidemiologie en Klinische Farmacologie, Utrecht: prof.dr. M.L. Bouvy, hoogleraar Farmaceutische patiëntenzorg • Correspondentie: h.f.kwint@apotheekstevenshof.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: Henk-Frans Kwint heeft voor het uitvoeren van de verschillende onderzoeken in het proefschrift financiële ondersteuning ontvangen van Apotheek Voorzorg, KNMP, BENU Apotheken, Astra Zeneca, Achmea, Menzis en de coöperatie Connecting Care.

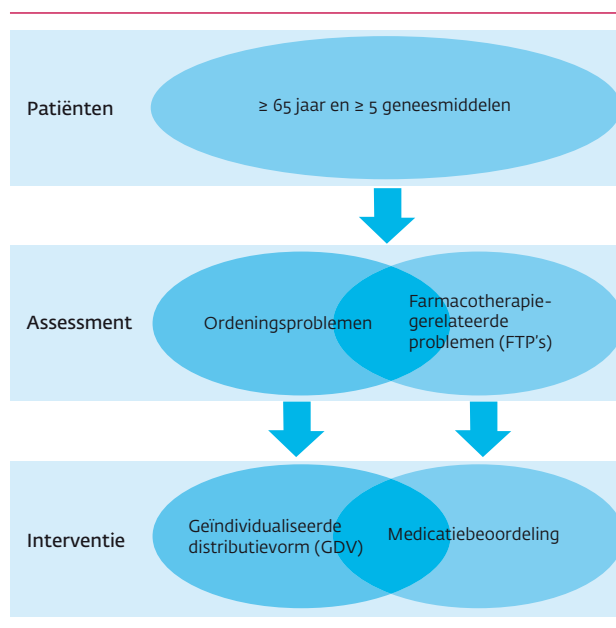
- overleg tussen de arts en de patiënt (vaststellen van het behandelplan);
- follow-up en monitoring.

De eerste stap, de farmacotherapeutische anamnese, bestaat uit een gesprek met de patiënt over de ervaringen en problemen met zijn medicatie. In een dwarsdoorsnedeonderzoek onderzochten wij wat de bijdrage is van de farmacotherapeutische anamnese door de apotheker aan het totaal van geïdentificeerde FTP's.¹¹ Medicatiebeoordeling bij 155 patiënten leverde gemiddeld 10 FTP's per patiënt op. Zevenentwintig procent van deze FTP's bleek zijn oorsprong te hebben in de anamnese, de overige kwamen voort uit de analyse van medicatie- en medische gegevens. Vergelijken met FTP's afkomstig uit medicatie- en medische gegevens kenden apothekers aan FTP's die voortvloeiden uit anamneses vaker een hogere klinische relevantie toe, afgaande op de toegekende prioriteit en op het aantal medicatiewijzigingen na de medicatiebeoordeling. Hieruit blijkt dat bij een medicatiebeoordeling zonder een farmacotherapeutische anamnese een aanzienlijk deel van de klinisch relevante problemen zal worden gemist.

Over de tweede stap van de medicatiebeoordeling, de farmacotherapeutische analyse, adviseert de richtlijn voor het identificeren van FTP's impliciete en expliciete screeningsmethoden. De impliciete methode is een gestructureerde vragenlijst waarbij een deskundige systematisch beoordeelt welke geneesmiddelen geen indicatie (meer) hebben, voor welke indicatie medicatie ontbreekt, of de geneesmiddelen effectief en veilig zijn in het gebruik en of er sprake is van gebruiksproblemen. Een voorbeeld van een impliciete methode is de STRIP-methode (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing), die wordt beschreven in de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen.⁷ Om impliciete screeningsmethoden goed te kunnen gebruiken moet de deskundige over uitgebreide klinische en farmacologische kennis beschikken.¹² Expliciete screeningsmethoden bestaan uit lijsten van voor ouderen minder geschikte geneesmiddelen en van geneesmiddelen die niet mogen ontbreken bij een bepaalde aandoening, bijvoorbeeld cholesterolverlagers bij diabetes. Deze expliciete criteria zijn doorgaans gemakkelijker in het gebruik en zijn tevens geschikt als checklist binnen een impliciete methode.¹³ Een voorbeeld van expliciete criteria zijn de STOPP-START-criteria [kader].¹³ Ook expliciete criteria zijn niet altijd van toepassing op iedere individuele patiënt en daarom kan beargumenteerd afwijken wenselijk zijn.⁷

Er is nog niet eerder onderzocht in welke mate FTP's die men door middel van een impliciete screeningsmethode heeft opgespoord ook gevonden hadden kunnen worden met behulp van expliciete STOPP-START-criteria.¹⁴ Ons onderzoek laat zien dat het bij 82% van door impliciete criteria geïdentificeerde FTP's niet om STOPP-START-criteria ging. Het percentage aanwezige START-criteria was hoger dan het percentage STOPP-criteria (13% versus 5,7%; $p < 0,01$). STOPP-criteria bleek men echter vaker te implementeren dan START-criteria (56% versus 39%; $p < 0,01$). We concluderen dan ook dat expliciete criteria zoals STOPP-

Figuur 1 Farmacotherapeutische interventies voor ouderen met polyfarmacie



START een beperkte rol hebben bij de medicatiebeoordeling in de eerste lijn en dat een impliciete screeningsmethode het belangrijkste instrument is voor het opsporen van FTP's.

Bij de derde stap van de medicatiebeoordeling stellen huisarts en apotheker in onderling overleg een farmacotherapeutisch behandelplan op. In het proefschrift hebben we een systematisch literatuuronderzoek opgenomen naar de relatie tussen de samenwerking van huisarts en apotheker tijdens de medicatiebeoordeling en de implementatiegraad van uit-

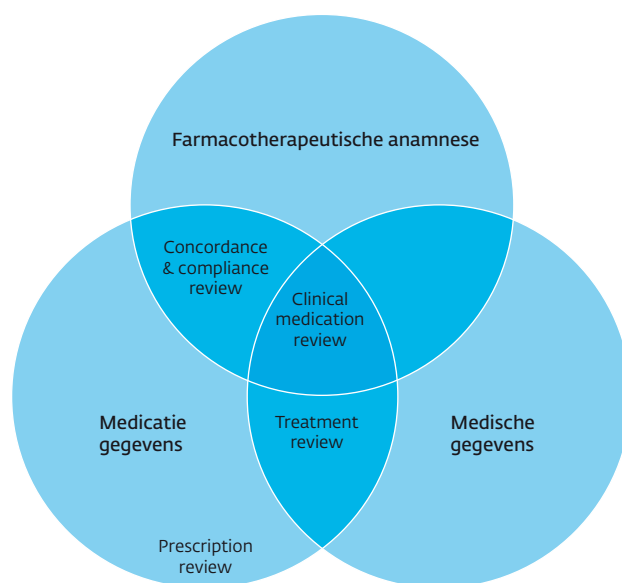
Abstract

Kwint H-F, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Optimizing medication use for elderly patients. *Huisarts Wet* 2015;58(3):134-8.

The thesis *Improving appropriate medication use for older people in primary care* investigated how the medication use of elderly patients on polypharmacy in primary care can be optimized, with emphasis on the effects of medication review and multidose dispensing systems. In this article, we present a series of studies from this thesis. We describe the effect of medication review on drug-related problems, disease-specific outcomes, and health-related quality of life. Thereafter we focus on the different steps of the medication review process, such as the medication history and the possible role of explicit STOPP-START criteria in the identification of drug-related problems. We investigated the extent of inappropriate prescribing to older patients receiving their drugs via multidose drug dispensers and compared the self-reported medication adherence and knowledge of these patients with those of patients receiving manually dispensed drugs.

In conclusion, the studies presented in the thesis show the importance of the different steps of the medication review process when prescribing for elderly patients and the outcomes achieved. Studies of older users of multidose drug dispensing systems provide insight into the quality of medication use in these individuals. Further research is needed, for example, to determine which older patients will benefit the most from medication review or use of multidose drug dispensing systems.

Figuur 2 Verschillende typen medicatiebeoordeling in de internationale literatuur, gebaseerd op beschikbaarheid van gegevens^{7,11,12}



komsten van medicatiebeoordeling.¹⁵ Uiteindelijk hebben we twaalf onderzoeken op het gebied van medicatiebeoordeling geanalyseerd. We scoorden de aanwezigheid van de volgende acht kernelementen van samenwerking: klinische ervaring van de apotheker, betrokkenheid van de eigen apotheker van de patiënt, de beschikbaarheid van medische gegevens voor de apotheker, een gesprek tussen de apotheker en de patiënt, het uitnodigen van patiënten door de huisarts, een face-to-face-overleg tussen huisarts en apotheker, het opstellen van een behandelplan en het uitvoeren van een follow-up. Wij vonden een positieve relatie tussen het aantal elementen dat samenwerking weerspiegelt en de implementatiegraad van de aanbevelingen. Een intensievere samenwerking tussen huisarts en apotheker bij de medicatiebeoordeling lijkt zich te vertalen in een hogere implementatiegraad van de aanbevelingen.

Ten slotte beschrijven we in het proefschrift een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek bij 285 thuiswonende ouderen die minimaal vijf geneesmiddelen gebruiken, waarvan minimaal één voor hart- en vaatziekten of diabetes. We bestudeerden verschillende uitkomsten van medicatiebeoordeling, zoals FTP's, ziektegerelateerde uitkomsten (systolische bloeddruk, LDL-cholesterol en geglycosyleerd hemoglobine (HbA1c)) en de kwaliteit van leven (EQ-5D/VAS).¹⁴ De medicatiebeoordeling in dit onderzoek was gebaseerd op het Australische Home Medicines Review, waarbij de apotheker de farmacotherapeutische anamnese bij de patiënt thuis afneemt.^{16,17} Deze intensieve vorm van medicatiebeoordeling loste een aanzienlijk deel van de FTP's op (30%, 1,8 per patiënt) en verbeterde het LDL-cholesterol, maar gaf geen verbetering van andere ziektegerelateerde uitkomsten en de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven na zes en twaalf maanden. Men bereikte

dus geen verbeterde instelling op het gebied van hart- en vaatziekten en diabetes, wat ook deels te verklaren is uit het relatief lage percentage FTP's dat men voor deze aandoeningen heeft opgelost. De laatste jaren wordt het steeds duidelijker dat behandeling op basis van ziektegerelateerde uitkomsten bij ouderen, zoals beschreven in algemene cardiovasculaire en diabetesrichtlijnen, niet voldoet. Sterker nog, vooral bij kwetsbare ouderen zal de farmacotherapeutische behandeling zich meer moeten richten op patiëntspecifieke behandelvoorkeuren die zijn gerelateerd aan de kwaliteit van leven en wensen over onafhankelijkheid en levensduur.^{18,19}

GEÏNDIVIDUALISEERDE DISTRIBUTIEVORMEN

Voor het ondersteunen van het medicatiebeheer bij ouderen bestaan diverse mogelijkheden. Zo kan de arts een toedieningsschema verstrekken en/of de patiënt kan zijn/haar geneesmiddelen zelf uitzetten in een weekcassette. Ook kan de apotheek ondersteuning bieden door middel van een herhaalservice, waarbij de apotheek na overleg met de huisarts de chronisch gebruikte geneesmiddelen per drie maanden klaarzet voor de patiënt. Indien de patiënt ondanks deze ondersteuning orderingsproblemen ervaart, bijvoorbeeld door de complexiteit van toedieningsschema's of door praktische problemen bij het openen van verpakkingen of halveren van tabletten, kunnen de patiënt en de huisarts in overleg besluiten de geneesmiddelen te verstrekken in een geïndividualiseerde distributievorm (GDV) [figuur 1].⁸⁻¹⁰ Hierbij moet men wel uitsluiten dat de patiënt geneesmiddelen bewust niet gebruikt. In dat geval heeft een GDV immers geen zin.

Een GDV is een specifieke distributie- en verpakkingsvorm waarbij de geneesmiddelen per dag en in de regel per tijdstip van inname geordend zijn in afzonderlijke compartimenten.¹⁰ De bekendste en meestgebruikte GDV in Nederland is de medicatie op rol ('Baxter'), waarbij de geneesmiddelen door een robot in plastic zakjes worden gedaan, die op een rol worden aangeleverd.²⁰⁻²² Er is een sterke groei van het aantal GDV-gebruikers: in 2012 maakten 430.000 mensen hiervan gebruik, een stij-

Kader STOPP-START-criteria

In de jaren negentig van de vorige eeuw heeft men in Amerika een lijst van potentieel ongewenste geneesmiddelen ontwikkeld, de zogenaamde Beers-criteria.¹⁵ Deze lijst was vooral op de Amerikaanse praktijk gericht en veel Beers-geneesmiddelen waren in Europa niet beschikbaar. In 2008 heeft men een nieuwe expliciete screeningslijst van Ierse oorsprong gepubliceerd die binnen Europa snel terrein wint.¹³ Dit instrument bestaat uit twee lijsten, de 'Screening tool of older person's prescriptions (STOPP)-criteria' en de 'Screening tool to alert doctors to right treatment (START)-criteria'.¹⁶ De lijst met STOPP-criteria bevat geneesmiddelen die potentieel ongeschikt zijn, terwijl de START-criteria zich richten op potentiële omissies, ofwel onderbehandeling. Voor de Nederlandse praktijk situatie heeft men een vertaling van de STOPP- en START-criteria gemaakt,¹⁴ die is opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen.⁷ Hierbij heeft men geneesmiddelen die niet in Nederland zijn geregistreerd geschrapt en zijn de criteria getoetst en aangepast aan de vigerende Nederlandse richtlijnen (waaronder andere de NHG-Standaarden).¹⁴

ging van met 21% ten opzichte van 2011.²³ Vooral ouderen met polyfarmacie en patiënten met complexe psychiatrische problematiek maken gebruik van GDV. Vanwege de extra kosten die met de verstrekking van de medicatie op rol gepaard gaan hebben zorgverzekeraars hier voorwaarden voor opgesteld.

GDV's kunnen ordeningsproblemen verhelpen en zouden daarmee de therapietrouw kunnen verbeteren.^{10,20,24} Vooral nog waren er echter geen onderzoeksgegevens die deze veronderstelling ondersteunen.^{22,25} Daarnaast was het de vraag of de patiënt (nog) op de hoogte is van de indicatie van de geneesmiddelen als deze uit de oorspronkelijke verpakking zijn verwijderd.²⁶ Daarom vergeleken we de zelfgerapporteerde therapietrouw en medicatiekennis van 119 oudere gebruikers van medicatie op rol met die van 96 oudere gebruikers van reguliere verpakkingen van geneesmiddelen in zeven apotheken.²⁷ Het percentage patiënten dat therapietrouw was voor alle geneesmiddelen was hoger voor de gebruikers van medicatie op rol (81%) dan voor gebruikers van reguliere verpakkingen (58%). Dit verschil was onafhankelijk van medicatiekennis en cognitief functioneren. Het percentage patiënten met adequate medicatiekennis was daarentegen juist lager onder gebruikers van medicatie op rol (40%) dan voor gebruikers van reguliere verpakkingen (79%). Een bijzondere bevinding was dat gebruikers van medicatie op rol ook meestal regulier verpakte geneesmiddelen gebruikten (bijvoorbeeld crèmes, inhalatoren of andere middelen die niet in de rol verpakt kunnen worden) en hiervoor wel een hoge medicatiekennis rapporteerden.

Er zijn zorgen dat geneesmiddelen in GDV's worden herhaald zonder dat de arts de noodzaak en effecten van de geneesmiddelen nog eens beoordeelt.²⁸ Bij een pragmatisch gerandomiseerd onderzoek in zes apotheken hebben we daarom een medicatiebeoordeling uitgevoerd bij 118 oudere gebruikers van medicatie op rol.²⁰ We wezen patiënten at random toe aan een interventiegroep, waarbij direct een medicatiebeoordeling werd uitgevoerd, of de controlegroep, waarbij deze beoordeling pas aan het eind van het onderzoek plaatsvond. In beide groepen zagen we een groot aantal FTP's (gemiddeld 8,5 per patiënt). Bij ongeveer de helft van deze problemen kreeg de patiënt het advies voor een medicatiewijziging (gemiddeld 4,5 per patiënt). Na medicatiebeoordeling nam het aantal FTP's in de interventiegroep met 30% af ten opzichte van een spontane daling van 5% in de controlegroep. Op grond van deze bevinding kunnen we concluderen dat medicatiebeoordeling voor gebruikers van medicatie op rol aan te bevelen is.

CONCLUSIES

De beschreven onderzoeken maken duidelijk dat medicatiebeoordeling voor ouderen niet kan plaatsvinden zonder een farmacotherapeutische anamnese. Ook tonen ze aan dat toepassing van alleen expliciete criteria onvoldoende is voor een goede medicatiebeoordeling en dat gebruik van een impliciete screeningsmethode, zoals de STRIP-methode, door een deskundige noodzakelijk is. Uit literatuuronderzoek blijkt daarnaast dat een intensievere samenwerking tussen huisarts en apotheker leidt tot een effectievere medicatiebeoordeling.

Verder vormen de oudere gebruikers van 'medicatie op rol' een belangrijke doelgroep voor medicatiebeoordeling vanwege het hoge aantal farmacotherapiegerelateerde problemen dat we konden identificeren. Ten slotte toont ons onderzoek voor het eerst aan dat deze oudere gebruikers van medicatie op rol een hogere therapietrouw en tegelijkertijd een lage medicatiekennis rapporteren, vergeleken met gebruikers van reguliere verpakkingen.

TOEKOMST

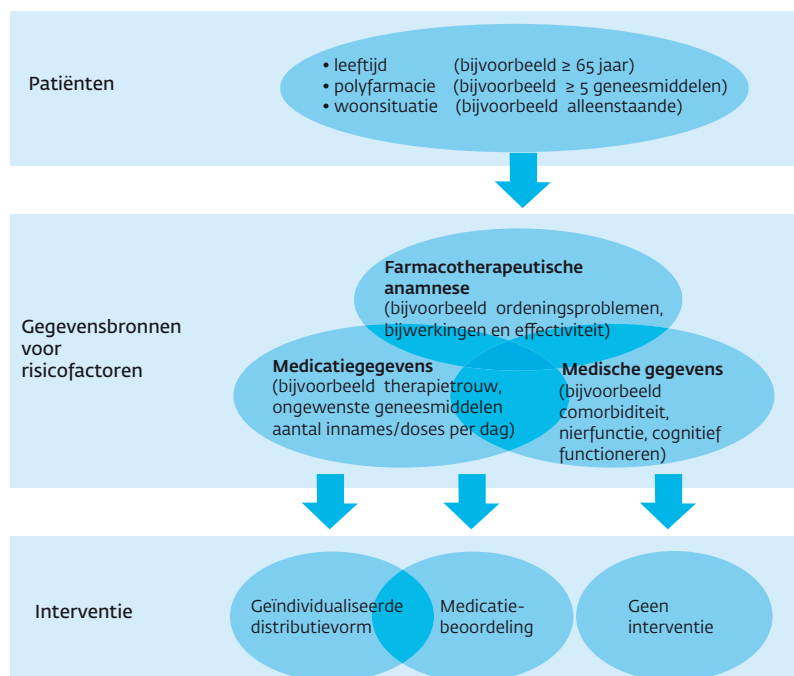
Onze verschillende onderzoeken naar medicatiebeoordeling laten een grote variatie zien in de aantallen farmacotherapiegerelateerde problemen per patiënt, wat suggereert dat niet elke oudere patiënt een uitgebreide medicatiebeoordeling behoeft. De multidisciplinaire richtlijn noemt een aantal risicofactoren voor ouderen met polyfarmacie (bijvoorbeeld verminderde cognitie, verminderde nierfunctie, therapieontrouw) op grond waarvan een medicatiebeoordeling geïndiceerd is. Het is de vraag of we aan de hand van deze risicofactoren de patiëntengroep met de meest klinisch relevante FTP's kunnen selecteren. Vervolgonderzoek naar risicofactoren die de aanwezigheid van farmacotherapiegerelateerde problemen voorspellen kan de doeltreffendheid van medicatiebeoordeling verbeteren [figuur 3]. Een beperkte anamnese bij de oudere over het voorkomen van bijwerkingen, ordeningsproblemen en problemen met de effectiviteit van het geneesmiddel zou een voorspellende waarde kunnen hebben voor de aanwezigheid van (klinisch relevante) farmacotherapiegerelateerde problemen. De apotheker kan ook met behulp van het apotheekinformatiesysteem vooraf patiënten selecteren op basis van het aantal verschillende geneesmiddelen en inname momenten, dan wel een of meer potentieel ongewenste geneesmiddelen. Ten slotte verwachten we dat in het bijzonder zogenaamde kwetsbare ouderen met multimorbiditeit meer kunnen profiteren van een medicatiebeoordeling.

Ook het proces van medicatiebeoordeling lijkt voor verbetering vatbaar. In de praktijk betreft het vooral de implementatie van aanbevelingen en afgesproken acties van arts en apotheker. Daarom zou vervolgonderzoek zich ook moeten richten op de redenen waarom de apotheker aanbevelingen na het overleg met de arts bij stap 3 niet doorvoert en op het haperen van de implementatie en follow-up in de laatste twee stappen van het medicatiebeoordelingsproces.

Naast de juiste patiëntengroep en het proces van medicatiebeoordeling is ook de juiste uitkomstmaat voor medicatiebeoordeling van belang. Een medicatiebeoordeling die nog meer focust op de specifieke behoeften, zorgen en klachten van de patiënt heeft mogelijk meer effect op de kwaliteit van leven. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de behandelvoorkeuren van de patiënt, zoals vermindering van pijn en andere klachten, en wensen met betrekking tot levensduur en onafhankelijkheid.^{17,18}

Ons onderzoek laat zien dat de therapietrouw onder gebruikers van medicatie op rol hoger lijkt dan bij gebruikers van

Figuur 3 Potentiële gegevensbronnen voor medicatiegerelateerde risicofactoren van ouderen



geneesmiddelen in reguliere verpakkingen, maar ook dat de kennis van geneesmiddelen in de eerste groep juist lager is, onafhankelijk van het cognitief functioneren. Het is de vraag of al deze gebruikers daadwerkelijk orderingsproblemen hebben waarvoor medicatie op rol geïndiceerd zou zijn. Anderzijds zijn er vermoedelijk ook (oudere) patiënten die niet gebruikmaken van medicatie op rol of een andere GDV, maar daar wel baat bij zouden kunnen hebben. Toekomstig onderzoek zou in kaart moeten brengen wat de achterliggende redenen zijn voor het gebruik van een GDV, en tegelijkertijd antwoord moeten geven op de vraag of gebruikers van reguliere verpakkingen orderingsproblemen ervaren en of de GDV deze problemen oplost. Ten slotte liet ons onderzoek zien dat het aandeel van potentieel ongewenste farmacotherapie bij gebruikers van medicatie op rol aanzienlijk is. Vervolgonderzoek naar de vraag of een medicatiebeoordeling bij de start van een GDV, zoals medicatie op rol, het aandeel ongewenste farmacotherapie kan verminderen lijkt daarom aangewezen. ■

LITERATUUR

- Hubbard RE, O'Mahony MS, Woodhouse KW. Medication prescribing in frail older people. *Eur J Clin Pharmacol* 2012;69:319-26.
- Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5:345-51.
- Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, Naganathan V, Cumming RG, Handelsman DJ, et al. High-risk prescribing and incidence of frailty among older community-dwelling men. *Clin Pharmacol Ther* 2012;91:521-8.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen. Polyfarmacie bij een op de tien apothekbezoekers. *Pharm Weekbl* 2012;39:1000.

- Cerreta F, Eichler HG, Rasi G. Drug policy for an aging population – the European Medicines Agency's geriatric medicines strategy. *N Engl J Med* 2012;367:1972-4.
- Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, Van den Bemt PM. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med* 2008;168:1890-6.
- Verduijn MM, Leendertse AJ, Moeselaar A, De Wit N, Van Marum RJ. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. *Huisarts Wet* 2013;55:160-5.
- Granas AG, Bates I. Patients' understanding and management of their illnesses and prescribed medicines – a descriptive study. *Pharm World Sci* 2005;27:321-8.
- Tordoff JM, Bagge ML, Gray AR, Campbell AJ, Norris PT. Medicine-taking practices in community-dwelling people aged > or = 75 years in New Zealand. *Age Ageing* 2010;39:574-80.
- KNMP-richtlijn. Zorg voor patiënten met geneesmiddelen in een geïndividualiseerde distributievorm. Den Haag: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, 2013.
- Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. The contribution of patient interviews to the identification of drug-related problems in home medication review. *J Clin Pharm Ther* 2012;37:674-80.
- Vermeulen Windsant-van den Tweel AM, Verduijn MM, Derijks HJ, Van Marum RJ. Detectie van ongeschikt medicatiegebruik bij ouderen; worden de STOPP- en START-criteria de nieuwe standaard? *Ned Tijdschr Geneesk* 2012;156:A5076.
- Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46:72-83.
- Kwint HF. Improving appropriate medication use by older people in primary care. Dissertation. Rotterdam: Optima, 2013.
- Kwint HF, Birmingham L, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. The Relationship between the extent of collaboration of general practitioners and pharmacists and the implementation of recommendations arising from medication review: a systematic review. *Drugs Aging* 2013;30:91-102.
- Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Elliott R, Roberts MS. Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial. *Br J Clin Pharmacol* 2004;58:648-64.
- Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Roberts MS. Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health outcomes. *Age Ageing* 2005;34:626-32.
- Schuling J, Sytema R, Berendsen AJ. Aanpassen medicatie: voorkeur oudere patiënt telt mee. *Ned Tijdschr Geneesk* 2013;157:A6491.
- Schuling J, Gebben H, Veehof LJ, Haaijer-Ruskamp FM. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2012;13:56.
- Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Effects of medication review on drug-related problems in patients using automated drug-dispensing systems: a pragmatic randomized controlled study. *Drugs Aging* 2011;28:305-14.
- Wekre LJ, Spigset O, Sletvold O, Sund JK, Grimsø A. Multidose drug dispensing and discrepancies between medication records. *Qual Saf Health Care* 2010;19:e42.
- Johnell K, Fastbom J. Multi-dose drug dispensing and inappropriate drug use: a nationwide register-based study of over 700,000 elderly. *Scand J Prim Health Care* 2008;26:86-91.
- College voor zorgverzekeringen (CVZ). Gipeilingen 2012. Ontwikkelingen genees- en hulpmiddelengebruik. <http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/zinl-www/documenten/publicaties/gipeilingen/1310-gipeilingen-2012/Gipeilingen+2012.pdf>.
- Barat I, Andreassen F, Damsgaard EM. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51:615-22.
- Reuther LO, Lysen C, Faxholm M, Salomon L, Hendriksen C. Multi-dose drug dispensing is a challenge across the primary-secondary care interface. *Dan Med Bull* 2011;58:A4341.
- Nunney J, Raynor DK, Knapp P, Closs SJ. How do the attitudes and beliefs of older people and healthcare professionals impact on the use of multi-compartment compliance aids? A qualitative study using grounded theory. *Drugs Aging* 2011;28:403-14.
- Kwint HF, Stolk G, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Medication adherence and knowledge of older patients with and without multidose drug dispensing. *Age Ageing* 2013;42:620-6.
- Halvorsen KH, Granas AG, Engeland A, Ruths S. Prescribing quality for older people in Norwegian nursing homes and home nursing services using multidose dispensed drugs. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2012;21:929-36.

Pas toch op met humor ;)

Wetenschappers schrijven onbedaarlijk saai - er kan zelden een lachje af, een aardige anekdote of een mooie metafoor is ver te zoeken. En dat is maar goed ook, betogen Maryam Ronagh en Lawrence Souder van de Drexel-universiteit in Philadelphia.¹ Sterker nog, zij vinden dat geestigheden strijdig zijn met wetenschap, en dat een van de meest fameuze fopartikelen van de laatste jaren, over het effect van bidden, moet worden teruggetrokken. Ze menen het, voorzover ik kan zien, serieus.

Dat artikel, geschreven door de Israëlische internist Leonard Leibovici, verscheen eind 2001 in het Britse artsblad BMJ.² Wij kenners zijn nu meteen op onze hoede, want wij weten dat het kerstnummer van de BMJ al dertig jaar gevuld wordt met lichtvoetig materiaal. Maar wat, zo vragen Ronagh en Souder zich af, als je dat niet weet, en het artikel serieus neemt omdat het in een serieus blad heeft gestaan?

Leibovici's onderzoek was simpel. Hij verdeelde 3393 patiënten die tussen 1990 en 1996 met bloedvergiftiging in zijn ziekenhuis hadden gelegen, in juli 2000 in twee groepen. De voornamen van de ene groep werden aan een persoon gegeven die een kort gebed voor hun welzijn zei, met de andere groep gebeurde niets. Primaire uitkomstmaten waren sterfte, ziekenhuisduur en aantal koortsdagen. De sterfte in de interventiegroep was 28%, in de controlegroep 30%: geen significant verschil. Het gebed scheelde echter wel in opnameduur ($p < 0,01$) en koortsdagen ($p < 0,04$). 'De interventie is kosteneffectief, heeft waarschijnlijk geen bijwerkingen en kan worden overwogen voor de klinische praktijk.'

Dat het humoristisch bedoeld was, is zeker: daarover was Leibovici zelf duidelijk. Of het humor om te lachen was, mag ieder zelf bedenken, Ronagh en Souder zijn vooral geïnteresseerd in de verdere lotgevallen van dit artikel: hoe vaak en in welke zin is het geciteerd?

Op de website van de BMJ kwamen

direct felle reacties. De ene briefschrijver vroeg zich af waarom Leibovici niet het geloof van de patiënten meldde, de ander wees op gebrekkige theoretische onderbouwing. Ook de statistiek deugde volgens sommigen niet. Weer anderen dachten dat het verzonnen was, of probeerden zelf ook geestig te wezen.

Inmiddels, zo laten Ronagh en Souder zien, is de ironie weggesleten. Een paar jaar geleden werd het onderzoek in *The Guardian* opgevoerd om problemen rond informed consent te illustreren, in de New World Encyclopedia op internet wordt ernaar verwezen met de samenvatting dat 'de bidgroep kortere opname- en koortsduur had'. Nog opmerkelijker is dat het artikel in 2009 als bona-fide onderzoek werd meegenomen in een Cochrane-review en meetelde in een meta-analyse om de effectiviteit van de voorbede te bepalen.³ De reviewers voetnoteerden wel dat de randomisatie niet goed was beschreven en dat dit type onderzoek 'zeer zeldzaam' was.

Ronagh en Souder menen dan ook dat deze en andere grappen de geloofwaardigheid van de BMJ, om niet te zeggen de gehele wetenschap (inclusief hun eigen analyse) bedreigt. Ze vergelijken het effect met dat van onware wetenschap - waarbij lezers van de laatste nog in het voordeel zijn omdat er een retractie volgt. Vandaar dat zij vinden dat Leibovici's artikel moet worden teruggetrokken, en dat er een manier moet worden gevonden om ironische wetenschap duidelijk te markeren op bijvoorbeeld PubMed. Het zijn geen lachebekjes, zoveel is duidelijk.

Maar ze hebben wel een punt. Tot op de dag van vandaag zijn er mensen die denken dat je bij geslachtsgemeenschap aan elkaar vast kunt blijven zitten, een spoof van William Osler uit 1884.⁴ Een onderzoek uit 2010 over het drinken van alcohol bij kaasfondues duikt in volle ernst op in artikelen over hartproblemen, ADHD, en galafvoer. Een onderzoek naar het verband tussen chocoladeconsumptie in een land en het aantal Nobelprijswinnaars bracht heel wat onderzoekers in verwarring.⁶

Aan de andere kant, het onderzoek van Leibovici was niet onwaar, en niet slechter uitgevoerd dan veel ander wetenschappelijk onderzoek. Waarom moet het dan worden ingetrokken? Het was natuurlijk allemaal gekkigheid, maar wel leerzame gekkigheid. Het biedt interessant studiemateriaal over de geloofwaardigheid van wetenschap, en over de goedgelovigheid van wetenschappers. En het scheidt, nog belangrijker, de goede van de slechte wetenschappers: hebben de reviewers van de Cochrane het stuk wel gelezen? Zouden ze het hebben begrepen? Wie ironische wetenschap gelooft, gelooft alles. ■

Hans van Maanen

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

LITERATUUR

- 1 Ronagh M, Souder L. The ethics of ironic science in its search for spoof. *Sci Eng Ethics*. 2014 Dec 16.
- 2 Leibovici L. Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;323:1450-1.
- 3 Roberts L, Ahmed I, Hall S, Davison A. Intercessory prayer for the alleviation of ill health. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:CD000368.
- 4 Altaffer LF 3rd. Penis captivus and the mischievous Sir William Osler. *South Med J* 1983;76:637-41.
- 5 Heinrich H, Goetze O, Menne D, Iten PX, Fruehauf H, Vavricka SR, Schwizer W, Fried M, Fox M. Effect on gastric function and symptoms of drinking wine, black tea, or schnapps with a Swiss cheese fondue: randomised controlled crossover trial. *BMJ* 2010;14;341:c6731.
- 6 Messerli FH. Chocolate consumption, cognitive function, and Nobel laureates. *N Engl J Med* 2012;18;367:1562-4.



Stelselwijziging ggz: uitdaging voor de huisarts

Sinds 1 januari 2014 hebben huisartsen een prominente rol in de ggz.¹ Als poortwachter hebben zij een belangrijke taak in de diagnostiek, behandeling en nazorg of preventie van psychische problemen. De huisartsenpraktijk is de meest aangewezen plek om hieraan invulling te geven. Om deze taak te kunnen uitvoeren, is de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH)-ggz behalve een functionaris ook een module geworden, waarbij consultatie en e-health mogelijk is. Er zijn twee verwijzschelons gedefinieerd: de generalistische basis-ggz (gb-ggz) en de specialistische ggz (s-ggz). Zelfmanagement moet via e-health worden gestimuleerd. Waarom passen deze taken het best bij de huisarts?

DE BIJZONDERE POSITIE VAN DE HUISARTS

Psychische klachten komen veel voor. Over een jaar gemeten heeft een vijfde van de bevolking zoveel symptomen dat je zou kunnen spreken van een psychische stoornis.² Patiënten presenteren veel psychische problemen onder een sluier van lichamelijke klachten. Daarnaast hebben chronische somatische aandoeningen een grote impact op het psychisch welbevinden. De huisarts werkt vanuit het bio-psycho-sociale model en is dus als geen ander in staat om verschillende klachten te onderscheiden en waar nodig een 'tweesporenbeleid' te volgen. De huisarts heeft ook goed zicht op het functioneren en welzijn van de patiënt in de loop der tijd. Veel psychische problemen beginnen al in de adolescentie en kunnen beter worden herkend door deze langdurige behandelrelatie.^{3,4} Dat geldt ook voor spanningsklachten, angst, depressie en somatische klachten. Een belangrijk hulpmiddel hierbij is het HIS dat met de patiënt meegaat van de wieg tot het graf.

TEGENGAAN VAN OVERDIAGNOSTIEK

Binnen de huisartsenpraktijk staat de patiënt met zijn hulpvraag centraal. Vaak gaat het om spanningsklachten en is de patiënt met een paar gesprekken geholpen. Daarbij gebruiken huisartsen generalistische diagnostiek en behandeling. Zij zijn goed in het uitdiepen van de hulpvraag en het inventariseren van de oplossingsvaardigheden waarover de patiënt al beschikt. Hiervoor zijn geen ingewikkelde nieuwe triage-instrumenten nodig, de gevalideerde vier dimensionele klachtenlijst (4DKL) volstaat.^{5,6} Het is belangrijk dat huisartsen met deze getrapte, ofwel 'stepped care', diagnostiek voorkomen dat er te snel een psychiatrische diagnose wordt gesteld. Laagdrempelige hulpverlening voorkomt verergering van de psychische klachten en is erop gericht om mensen in balans te houden ofwel hun balans te doen hervinden.

CHRONISCHE EN PREVENTIEVE ZORG

Als de huisarts chronische somatische zorg en ggz meer integreert, biedt dit kansen om patiënten met psychische klachten beter te begeleiden. Interacties van psychofarmaca met andere medicatie komen sneller aan het licht en huisartsen kunnen hun belangrijke taak in de preventieve geneeskunde beter uitrollen. Dit is dringend nodig, want de levensverwachting van patiënten met ernstige psychische aandoeningen is 15 tot 20 jaar korter dan bij de gezonde populatie, wat deels is toe te schrijven aan vermijdbare oorzaken, zoals cardiovasculaire aandoeningen.⁷ Voor hen is de huisarts dé professional voor het monitoren en begeleiden van de lichamelijke gezondheid.⁸

UITVOERING

Binnen de huisartsenpraktijk werken verschillende disciplines (POH-ggz, POH-somatiek en wijkverpleging) nauw met elkaar samen; zo kunnen zij een veilig vangnet bieden voor mensen die kwetsbaar zijn voor psychische klachten. Aandacht voor zelfmanagement en het benutten van sterke en steunende factoren is van essentieel belang. E-health kan daarbij een goede ondersteuning zijn.

Inmiddels werkt in 70% van de huisartsenpraktijken een POH-ggz en dit aantal stijgt snel.⁹ Door deze ontwikkeling is het aantal verwijzingen naar de generalistische basis-ggz afgenomen.¹⁰ De oorzaken hiervan zijn de doeltreffende aanpak van de POH-ggz, het financiële eigen risico, en het verwijsmodel met de drempel van een (vermoedelijke) DSM-stoornis. Het verwijsmodel met de vier zorgzwaarteproducten is uit het oogpunt van kostenbeheersing in het leven geroepen. Vooraf is het beloop echter absoluut niet te voorspellen: patiënten met een milde stoornis knappen in een kort traject niet altijd op, terwijl patiënten met ernstige problematiek soms verbaazingwekkend veerkrachtig blijken te zijn.

DE UITDAGING

Wat aanvankelijk begon als een bezuinigingsmaatregel kan een impuls zijn voor de huisartsgeneeskunde om zich te richten op een nieuw, dynamisch gezondheidsmodel. Hierin staat het vermogen van de mens om zich aan te passen centraal, en zelfmanagement is daarbij een belangrijke vaardigheid.^{11,12} Bovendien voorkomen we hiermee invaliderend etiketteren.

Huisarts en praktijkondersteuner hebben de unieke positie en de kennis om bij mensen met psychische problemen longitudinale zorg te kunnen leveren. Dit leidt tot een continue, zuinige en zinnige zorg, dicht bij de patiënt. Een nieuwe taak, die helemaal past binnen de huisartsgeneeskundige zorg. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Commentaar.

Huisartsenpraktijk Parklaan, Parklaan 1, 3871 EE Hoevelaken: M.P.J. Beeres, huisarts en kaderhuisarts ggz; dr. M.J.T. Oud, huisarts, kaderhuisarts ggz en coördinator kaderopleiding ggz, UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: mpjbeeres@praktijkparklaan.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Lasten en risico's van wijzigingen ggz-zorg

De herstructurering van de ggz bevestigt de centrale rol van de huisarts in de zorg.¹ Voor de minister, die deze transitie in de ggz heeft aangejaagd, staat kostenbesparing centraal. Huisartsen, die massaal medewerking verleenden,² worden echter zwaarder belast en moeten elkaar, patiënten en politiek waarschuwen voor de vernietigende gevolgen van de herstructurering.

DE ROL VAN HUISARTS EN POH-GGZ

In het nieuwe ggz-traject diagnosticeren huisarts en POH-ggz beide patiënten, maar de huisarts is eindverantwoordelijk voor het onderscheid tussen psychische klachten (bijvoorbeeld overspannenheid) en psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld depressie). Bij klachten kan de generalistische POH-ggz onder regie van de huisarts basiszorg bieden. Wanneer de huisarts een stoornis vermoedt, kan hij de patiënt verwijzen naar de specialistische ggz en tweede lijn. Het organiseren van alle diagnostiek en het begeleiden van patiënten met psychische klachten die hij tot voor kort naar eerstelijnspsychologen en ggz-instellingen verwees, betekent een ingrijpende uitbreiding van het takenpakket van de huisarts.

Het nieuwe systeem leunt zwaar op het onderscheid tussen klacht en stoornis, met gevolgen voor de gehele zorgketen. Zo zijn er voor de POH-ggz (hbo) veelal ervaren psychologen aangesteld, professioneel bekwaam om zowel klachten als stoornissen te behandelen. De patiënt heeft profijt van behandeling binnen de huisartsenpraktijk. Vaak valt verwijzing naar een (eerstelijns)psycholoog niet onder de polisvoorwaarden of moet de patiënt zijn eigen risico aanspreken, terwijl behandeling in de huisartsenpraktijk gratis is. Patiënten blijven daardoor 'hangen', waardoor de werkbelasting voor de POH-ggz en de eindverantwoordelijke huisarts toeneemt. De verzekeraar profiteert van de onderbetaalde werknemers, die met hun professionele kwaliteiten patiënten in de goedkope eerste lijn houden.

BEHANDELEN OF VERWIJZEN?

Behandeling in de eigen omgeving en focus op preventie (wijkgericht werken) leidt tot minder verwijzingen.³ Wachtijden, angst voor stigmatisering en de ontstane band met de hulpverlener (POH-ggz en huisarts) dragen bij aan vermindering van poliklinische en intramurale behandelingen. Bij ernstiger psychiatrische stoornissen is dat ten onrechte en gevaarlijk.

De neiging tot het vasthouden van patiënten is inherent aan een bekostigingsmodel waarin het aantal consulten bepalend is voor het inkomen. De verleiding bestaat om patiënten met eenvoudige (winstgevend) klachten te behandelen en 'moeilijke' gevallen af te schuiven, ongeacht of het een klacht of stoornis betreft. De prijs die de moeilijke patiënt betaalt voor verwijzing is stigmatisering met een DSM-classificatie,

die behandeling formeel mogelijk maakt. Dit psychiatrische stempel zal leiden tot overdiagnostiek en overbehandeling.

Het gevolg van massaal ingezette diagnostiek en behandeling in de eerste lijn is dat door ontslagen de professionele context in de tweede lijn verloren gaat.² Face-to-face contact in een samenhangende setting van klinisch psycholoog, psychiater en gedragstherapeut is essentieel bij diagnostiek en behandeling van complexe psychiatrische stoornissen. E-health kan nauwelijks bogen op wetenschappelijke onderbouwing. Door toepassing van e-health zullen juist kwetsbare mensen met grote zorgbehoefte de tweede lijn niet bereiken. Zo hollen ook huisartsen de tweede lijn uit.

SPELREGELS VERANDEREN TIJDENS HET SPEL

Overheid en zorgverzekeraars zijn meesters in het veranderen van de regels tijdens het spel, zo blijkt bij de transitie van de ggz. De vergoeding op basis van het aantal consulten verandert voor 2016.⁴ Daarmee schuift de verzekeraar financiële en organisatorische problemen af op de huisarts. Geclaimde bezuinigingen worden teniet gedaan door extra tijdsinvestering, meer overhead, extra stress en toename van bedrijfs- en stop-risico's – er valt steeds meer onder verantwoordelijkheid van de huisarts. De grootste verzekeraar voor onze beroepsgroep, Movir, stelt dat huisartsen onder druk van administratieve handelingen en tekortschieten van managementvaardigheden⁵ massaal tegen een burn-out aanlopen.⁶

Of het nu om een klacht of stoornis gaat: de diagnostiek, verwijzing of behandeling in de eerste lijn valt onder de verantwoordelijkheid van de huisarts – een probleemoplosser die aan de slag gaat, soms onvoldoende bewust van zijn oogkleppen, met het risico op *patiënt* en *doctors delay* van ernstige, niet tijdig onderkende psychiatrische aandoeningen. Na de verhuizing van zorggelden van de centrale overheid naar gemeentes en zorgkantoren zullen alle partijen de huisarts op zijn verantwoordelijkheid aanspreken. Zonder betere afspraken is dit een groot risico voor de huisarts en patiënt. ■

LITERATUUR

- 1 NHG-Standpunt Kernwaarden huisartsengeneeskunde. www.nhg.org/themas/publicaties/nhg-standpunt-kernwaarden-huisartsengeneeskunde-juli-2011.
- 2 Wiegant, E. Tweede LHV/peiling over GGZ/nieuwe stijl. Huisartsen pak-ken GGZ voortvarend op. LHV de dokter- mei 2014;14-7.
- 3 Advies basis GGZ. Nederlandse Zorgautoriteit. 2011. http://www.nza.nl/104107/139830/465987/Advies_Basis_GGZ.
- 4 Advies bekostiging POH-GGZ. Nederlandse Zorgautoriteit. 2013. http://www.nza.nl/104107/139830/740611/Advies_Bekostiging_POH-GGZ.
- 5 De Haan J, Dijkers FW, Boendermaker PM. Onderwijs in praktijkmanagement in de huisartsopleiding en daarna. Huisarts Wet 2002;45:481-4.
- 6 Landelijk onderzoek naar langdurige stressfactoren bij huisartsen. Rapport Movir. 2012. <https://movir.nl/media/medialibrary/2012/105>.

Coöperatie Eerste Lijn Leiden en omstreken, CELLO, Zoeterwoudsesingel 11, 2313 Leiden: W. Schrader, huisarts en penningmeester Cello (Cello startte in 2013 met 14 huisartsen een POH-ggz-dienst)
• Correspondentie: weslink@wx.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Belangrijkste wijzigingen

- Luchtwegobstructie is aanwezig bij een FEV₁/FVC-ratio (na bronchusverwijding) kleiner dan het 5^e percentiel (van de referentiewaarden); het geïfixeerde afkappunt voor obstructie (FEV₁/FVC-ratio < 0,7) is vervallen.
- Om de mate van astmacontrole vast te stellen, worden 3 niveaus (goed, gedeeltelijk, slecht) onderscheiden op grond waarvan het beleid wordt aangepast.
- In de diagnostische fase wordt spirometrie verricht vóór en ná gestandaardiseerde bronchusverwijding.
- In de monitoringfase wordt gestandaardiseerde bronchusverwijding bij spirometrie niet aanbevolen, behalve bij gedeeltelijke of slechte astmacontrole; in deze fase wordt spirometrie verricht met behoud van de eigen luchtwegmedicatie van de patiënt.
- Bij langdurige (gedurende 3 jaar) goede astmacontrole met stap-1- of -2-medicatie is spirometrie in de monitoringfase niet meer nodig. Ook bij patiënten met een beperkte levensverwachting kan spirometrie achterwege gelaten worden.
- De Landelijke Transmurale Afspraak Astma bij volwassenen uit 2007 is herzien en opgenomen in deze standaard.

Kernboodschappen

- De diagnose astma wordt gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek en wordt ondersteund door spirometrie. Bij patiënten met periodiek hoesten zonder dyspneu of expiratoir piepen is het aantonen van reversibiliteit met spirometrie obligaat.
- Aanbevolen wordt niet te starten met onderhoudsmedicatie (inhalatiecorticosteroiden) voordat de diagnose astma voldoende zeker is gesteld.

- Het streven naar een rookvrije omgeving is de belangrijkste niet-medicamenteuze maatregel.
- Voordat medicatie wordt verhoogd of uitgebreid, moeten onder andere de therapietrouw, de inhalatietechniek en het vermijden van prikkels ('TIP-aandachtspunten') worden geëvalueerd.
- Inhalatiecorticosteroiden (ICS) zijn de hoeksteen van de medicamenteuze behandeling van astma.
- Bij het niet bereiken van optimale astmacontrole met een ICS wordt een langwerkend bèta-2-sympathomimeticum (LABA) toegevoegd.

INLEIDING

De NHG-Standaard Astma bij volwassenen geeft richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en monitoring van astma bij volwassenen. De overgang naar volwassen zorg wordt onder andere bepaald door de overgang van de middelbare school naar andere vormen van onderwijs of werk.¹

Bij deze herziening waren vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) en het Longfonds (patiëntenvereniging) als werkgroep lid betrokken. De herziening is afgestemd op de Zorgstandaard Astma bij volwassenen.²

De huisarts wordt in staat geacht het merendeel van de volwassenen met

astma te begeleiden en te behandelen. Een deel van de zorg, zoals voorlichting, hulp bij stoppen met roken, spirometrie, inhalatie-instructie en monitoring, kan worden gedelegeerd aan een praktijkondersteuner (zie de NHG-uitgave *Protocolaire Astma- en COPD-zorg*). De inhalatie-instructie kan ook worden uitgevoerd door de apotheker. De zorg voor patiënten met astma wordt in een deel van de praktijken geleverd binnen een zorggroep als een ketenzorgprogramma met andere zorgverleners zoals de longarts.

De standaard bevat aanbevelingen voor transmurale afspraken, die samen met de NVALT zijn opgesteld. Deze vervangen de Landelijke Transmurale Afspraak Astma bij volwassenen (NHG-LTA Astma bij volwassenen 2007).

De behandeling is gericht op het bereiken van een goede astmacontrole en de persoonlijke behandeldoelen van de patiënt.³ Centraal hierbij staan de door de patiënt ervaren klachten en de manier waarop de patiënt hiermee omgaat. Bij diagnostische problemen of bij moeilijk in te stellen astma wordt samenwerking met en/of verwijzing naar een longarts aanbevolen (zie *Transmurale Afspraak*).

De diagnostiek en behandeling van andere oorzaken van dyspneu, zoals pneumonie, hartfalen, longembolie of een angststoornis, vallen buiten het bestek van deze standaard (zie ook de

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 berede-

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

Delegeren van taken

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

Smeele I, Barnhoorn MJM, Broekhuizen BDL, Chavannes NH, In 't Veen JCCM, Van der Molen T, Muris JW, Van Schayck O, Schermer TRJ, Snoeck-Stroband JB, Geijer RMM, Tuut MK. NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard Astma bij volwassenen (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(3):142-54.

De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie van de NHG-Standaard Astma bij volwassenen (tweede herziening). Huisarts Wet 2007;50(11):537-51.

NHG-Standaarden Acuut hoesten, Hartfalen en Angst).

Patiënten met astma én COPD (ook wel 'astma en COPD overlapsyndroom', afgekort 'ACOS' genoemd) worden medicamenteus behandeld volgens de NHG-Standaard Astma bij volwassenen en niet-medicamenteus (bijvoorbeeld middels leefstijladviezen) volgens de NHG-Standaard COPD.

ACHTERGRONDEN

Epidemiologie en beloop

Astma begint meestal op de jonge kinderleeftijd, maar kan ook na het 50^e jaar voor het eerst optreden.⁴ De incidentie van astma in de huisartsenpraktijk is bij volwassenen ongeveer 6 per 1000 patiënten per jaar en daalt licht met de leeftijd. De prevalentie in de huisartsenpraktijk is 35 per 1000 patiënten en neemt af van 35 tot 40 per 1000 bij jongvolwassenen tot 26 per 1000 patiënten bij 75-plussers.⁵ In de huisartsenpraktijk wordt astma bij volwassenen gemiddeld 1,5 maal vaker vastgesteld bij vrouwen dan bij mannen.

Bij ongeveer de helft van de patiënten met astma is in de praktijk goede astmacontrole te bereiken.⁶ Astma vermindert de levensverwachting nauwelijks.

Pathofysiologie en etiologie

Astma is een longaandoening die wordt gekenmerkt door aanvalsgewijs optredende bronchusobstructie op basis van een verhoogde gevoeligheid van de luchtwegen voor allergische (IgE-gemedieerde) en niet-allergische prikkels (inspanning, rook, fijnstof, mist, kou, virale infecties), met als pathologisch substraat een chronische ontstekingsreactie. De eigenschap van de luchtwegen om met een versterkte bronchusobstructie te reageren op de genoemde prikkels waarop mensen zonder astma niet of nauwelijks reageren, wordt bronchiale hyperreactiviteit genoemd. Astma is een heterogeen ziektebeeld. Allergisch astma is de meest voorkomende uitingvorm. Andere uitingvormen zijn bijvoorbeeld astma geïnduceerd door acetylsalicylzuur, arbeidsgerelateerd astma en astma dat

op de volwassen leeftijd ontstaat (*late onset asthma*). Deze laatste vorm is vaak niet allergisch en treedt vaker op na een doorgemaakte luchtweginfectie.

Allergisch astma en allergische rinitis komen vaak in combinatie voor. Bij beide aandoeningen spelen dezelfde pathofysiologische mechanismen een rol. Astma heeft een complexe achtergrond. Behalve genetische factoren spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol bij het ontwikkelen van astma, zoals sensibilisatie voor inhalatieallergenen en blootstelling aan niet-allergische prikkels (bijvoorbeeld werkgerelateerde stoffen).⁷ Adequate behandeling van allergische rinitis lijkt van belang voor het bereiken van de behandeldoelen van astma.⁸

De volgende factoren kunnen de astma-klachten verergeren:

- allergische prikkels, bijvoorbeeld door huisstofmijt, huisdieren, pollen en beroepsgebonden allergenen;⁹
- niet-allergische prikkels, zoals virale infecties, (tabaks)rook, fijnstof, werkgerelateerde stoffen (zoals schoonmaakmiddelen), lichamelijke inspanning en stress;¹⁰
- geneesmiddelen, zoals acetylsalicylzuur, NSAID's, (niet-selectieve) orale bètablokkers.¹¹

Bij patiënten ouder dan 40 jaar is het onderscheid tussen astma en COPD niet altijd goed mogelijk [**tabel 1**] en kan er bovendien sprake zijn van de combinatie astma en COPD.¹² Bij patiënten met

Abstract

Smeele I, Barnhoorn MJM, Broekhuizen BDL, Chavannes NH, In 't Veen JCCM, Van der Molen T, Muris JW, Van Schayck O, Schermer TRJ, Snoeck-Stroband JB, Geijer RMM, Tuut MK. Dutch College of General Practitioners' guideline Adults with asthma (third revision). Huisarts Wet 2015;58(3):142-54.

The Dutch College of General Practitioners' Guideline on Asthma Management in adults replaces the previous version (Huisarts Wet 2007;50(11):537-51). The revised guideline provides information and advice about the primary care management of adults with asthma.

Asthma is diagnosed, based on signs and symptoms, and on physical examination. Diagnostic spirometry may provide additional relevant information. Spirometry, including a reversibility test, is obligatory in patients with recurrent cough without dyspnoea or wheezing. Adoption of the Global Lung Function Initiative 2012 prediction equations has led to a new definition of airway obstruction as a post-bronchodilator FEV₁/FVC-ratio < 5th percentile (p₅) of reference values. Adults with symptoms of asthma should be offered a respiratory allergen screening test, because confirmed allergy may modify the treatment strategy.

The goal of asthma management is to achieve optimal asthma control, defined as daytime symptoms occurring less than twice a week, no nocturnal symptoms, no limitation of activities, reliever/rescue treatment used maximally twice a week, and normal spirometry findings, whether or not with medication (in the lowest possible dose and frequency, and with minimal side effects). Treatment goals are set in accordance with the patient's own treatment goals.

Smoking by patients, or in their surroundings, should be strongly discouraged. This is the most important non-medical treatment recommendation.

A short-acting beta agonist (SABA) is the first choice if symptoms are intermittent (step 1), whereas an inhaled corticosteroid (ICS) is recommended if patients have symptoms more than twice a week (step 2). The Guideline Working Group recommends not starting with ICS before the asthma diagnosis has sufficiently been established. If there are persistent symptoms and asthma is poorly controlled, a long-acting beta agonist (LABA) should be added to ICS (step 3). If asthma is not controlled with step 3 medication, and diagnosis, compliance, inhaler technique, and avoidance of (non-)allergic exposure are all adequate, the patient should be referred to a pulmonologist (step 4).

Monitoring is not necessary in patients with good asthma control and step 1 medication. Other patients should be monitored annually. Patients with partially or uncontrolled asthma should be monitored more tightly. Spirometry (without reversibility testing, in patients continuing their reliever and/or controller medication) in the monitoring phase is only recommended in patients with step 3 medication, smokers, and patients with partially or uncontrolled asthma.

The guideline also contains recommendations for the management of exacerbations and referral to, and consultation with, specialized care.

Tabel 1 Verschillen tussen astma en COPD

	Astma	COPD
Belangrijkste risicofactor	Atopie	Roken
Luchtwegobstructie	Wisselend, in de regel reversibel	Per definitie deels irreversibel
Pathofysiologie	Chronische ontsteking in alle luchtwegen, meestal gevoelig voor corticosteroïden	Chronische ontsteking met name in de kleine luchtwegen, relatief ongevoelig voor corticosteroïden
Leeftijd	Alle leeftijden	Meestal > 40 jaar
Beloop	Overwegend gunstig met variabele symptomen	Overwegend chronisch met geleidelijk progressieve symptomen
Allergologisch onderzoek	Geïndiceerd	Niet geïndiceerd
Longfunctie	Overwegend normaal (of met reversibele obstructie)	Blijvend verminderd (irreversibele obstructie)
Levensverwachting	(Vrijwel) normaal bij optimale behandeling	Verminderd, ook bij optimale behandeling
Inhalatiecorticosteroïden (ICS)	Meestal geïndiceerd, behalve bij weinig frequente klachten	Niet geïndiceerd, behalve bij frequente exacerbaties

astma kunnen op middelbare leeftijd, door roken of door langer bestaande ontsteking die onvoldoende behandeld is, structurele veranderingen ontstaan, waardoor de luchtwegvernauwing naast een reversibele ook een irreversibele component krijgt (astma met persisterende obstructie/astma met COPD-component). Overigens is bij ernstig astma, ook met een maximale behandeling, een irreversibele verandering van de luchtwegen soms niet te voorkomen. Daarnaast kan bij oudere patiënten met een voorgeschiedenis van astma sprake zijn van irreversibele verandering van de luchtwegen omdat inhalatiecorticosteroïden (ICS) voor 1970 nog niet beschikbaar waren. Ook kunnen patiënten die roken en vanaf hun 40^e jaar klachten ontwikkelen astma-kenmerken blijken te hebben zoals aanwijzingen voor allergie of reversibiliteit (COPD met astma-component). Bij deze patiënten is de diagnose astma bepalend voor het verdere medicamenteuze beleid en de COPD-component voor het niet-medicamenteuze beleid. De aandoening die in de behandeling het meest op de voorgrond staat, wordt gehanteerd als hoofddiagnose.

Spirometrie

Voor de diagnostiek van astma en monitoring van de behandeling wordt spirometrie aanbevolen. De spirometrische parameters zoals FEV₁, FVC en FEV₁/FVC-ratio worden geïnterpreteerd met

behulp van referentiewaarden (voorspelde waarden). In 2014 is in overleg met andere betrokken Nederlandse beroepsorganisaties besloten de voorspelde waarden van de *European Community for Steel and Coal* (ECSC 1983) te vervangen door actuelere voorspelde waarden van het *Global Lung Function Initiative*, zoals ook de *European Respiratory Society* adviseert (GLI2012). Daarnaast is besloten voor het onderscheid tussen wel of geen luchtwegobstructie bij personen met een mogelijke longaandoening een statistisch correct en klinisch gevalideerd afkappunt te kiezen, namelijk een waarde kleiner dan het 5^e percentiel van de referentiepopulatie ('p5'; ook wel *lower limit of normal* 5%, LLN5%). Toepassen van de aanbevelingen van de GLI2012 heeft onder andere tot gevolg dat het belangrijkste nadeel van de gefixeerde FEV₁/FVC-ratio (< 0,7) als maat voor obstructie, namelijk overdiagnostiek van obstructie bij personen ouder dan 50 jaar en onderdiagnostiek onder die leeftijd, vermeden wordt.¹³

Afhankelijk van de plaatselijke mogelijkheden en de deskundigheid in de huisartsenpraktijk om spirometrie te verrichten en de uitslagen daarvan te interpreteren, wordt gekozen voor spirometrie in de eigen praktijk of op aanvraag in een diagnostisch centrum of longfunctielaboratorium. Zo nodig kan de huisarts ook kiezen voor (tele)consultatie van de kaderhuisarts of longarts, of een diagnostische verwijzing naar

de longarts, met het verzoek om terugverwijzing na de diagnostische fase. Enkelvoudige FEV₁-meters – waarmee geen flowvolumecurve kan worden geproduceerd – worden niet aanbevolen in de diagnostische fase.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Het uitgangspunt voor de diagnostiek is een patiënt die – voor het eerst of na een lange periode zonder medicatie of controles – komt met klachten van dyspneu, een piepende ademhaling of langer dan drie weken bestaande hoestklachten. Ook bij minder specifieke klachten zoals snelle vermoeidheid of conditievermindering kan de huisarts astma overwegen. De diagnose astma wordt veelal gesteld na meerdere consulten.

Anamnese

De huisarts besteedt aandacht aan de volgende zaken:

Aard en ernst van de luchtwegklachten

- piepende ademhaling, (duur van het) hoesten, kortademigheid in combinatie met piepen;
- klachten overdag en 's nachts en frequentie daarvan;
- invloed van de klachten op het functioneren overdag, thuis of elders (ziekteverzuim) en op de nachtrust;
- frequentie en duur van de episoden (incidenteel, regelmatig, dagelijks) en de duur van symptoomvrije intervallen.

Voorgeschiedenis

- leeftijd waarop de klachten zijn ontstaan;
- frequente luchtweginfecties of periodes met hoesten, piepen of door de patiënt gemelde 'bronchitis';
- atopische aandoeningen: constitutieve eczeem of allergische rinitis;
- mogelijk verband met geneesmiddelen zoals acetylsalicylzuur, NSAID's, (niet-selectieve) orale bètablokkers, parasymphaticomimetica en conserveermiddelen in inhalatiemedicatie;
- eerder verricht allergologisch onderzoek of longfunctieonderzoek;
- in het verleden gebruikte medicatie voor de luchtwegen en het effect daarvan;

- preventieve maatregelen die de patiënt heeft getroffen en het effect daarvan.

Familie

- het vóórkomen van astma of atopische aandoeningen bij eerstegraadsfamilieleden.

Aanwijzingen voor allergische prikkels

- klachten die passen bij allergische rinitis, zoals niezen, een loopneus, jeuk in neus of ogen, of een (hardnekkig) verstopte neus (continu of intermitterend);
- vóórkomen of verergeren van klachten in een vochtige of stoffige omgeving (huisstofmijt), in voorjaar of zomer (pollen van bomen, grassen, onkruiden), bij contact met dieren (katten, honden, knaagdieren, paarden) of door andere factoren.

Aanwijzingen voor niet-allergische prikkels

- persisterende klachten na virale luchtweginfecties;
- klachten of verergering van klachten bij blootstelling aan koude lucht, mist, (tabaks)rook, fijnstof, baklucht, verf, lucht, parfumluchtjes;
- klachten van piepen, kortademigheid en hoesten tijdens of na lichamelijke inspanning.

Roken

- huidig of voormalig rookgedrag, aantal jaren dat men gerookt heeft en het gemiddelde aantal sigaretten per dag (eventueel uitgedrukt in aantal 'pakjes': een pakjaar is gelijk aan twintig sigaretten per dag gedurende een jaar), op welke leeftijd men met roken is begonnen;
- roken door anderen (gezinsleden, huisgenoten).

Werk en vrije tijd

- relatie van klachten met het werk, gevolg van klachten voor het werk;
- beroep met blootstelling aan allergische of niet-allergische prikkels zoals schilder, tuinder, kapper, bakker, schoonmaakpersoneel, agrariër, brandweer of werknemer in de steen- of metaalindustrie, of graanverwerking;¹⁴
- hobby's (duivenmelker).

Lichamelijk onderzoek

De huisarts:

- let op de mate van dyspneu, de ademhalingsfrequentie, het gebruik van hulpademhalingspijpen en de stand van de thorax;
- ausculteert de longen en let op de aanwezigheid van een verlengd expirium en/of expiratoir piepen,¹⁵ en bepaalt bij ernstige dyspneu de ademhalings- en hartfrequentie.¹⁶

Ander lichamelijk onderzoek wordt verricht als de anamnese daartoe aanleiding geeft.

Aanvullend onderzoek

Verricht aanvullend onderzoek zoals spirometrie [tabel 2] en allergologisch onderzoek bij aanwijzingen voor astma, zoals:

- periodiek optreden van dyspneu, expiratoir piepen en/of langdurig hoesten met klachtenvrije intervallen;

- een relatie tussen de klachten en blootstelling aan allergische of niet-allergische prikkels;
- astma in de voorgeschiedenis.

De spirometers en de uitvoering van het spirometrisch onderzoek vereisen een aantal kwaliteitsvoorzorgen (zie de NHG-uitgave Protocollaire Astma- en COPD-Zorg).

Aanbevolen wordt om niet te starten met ICS voordat de diagnose astma met voldoende zekerheid is gesteld.¹⁷

- Herhaal de spirometrie in de diagnostische fase na 6 tot 12 weken bij licht verlaagde waarden van de FEV₁/FVC-ratio na bronchusverwijding of bij diagnostische twijfel tussen astma en COPD.²¹ Dit onderzoek vindt bij voorkeur plaats ten tijde van klachten.
- Door de natuurlijke variabiliteit van de spirometrische waarden en door de aard van de aandoening (aanvalsge-

Tabel 2 Spirometrie: procedures en interpretatie (zie ook [tabel 5])

	Diagnostische fase	Monitoring fase
Gebruik van eigen luchtwegmedicatie	Vóór de test gedurende 4 uur geen kortwerkende en gedurende 12-48 uur (afhankelijk van de werkingsduur) geen langwerkende luchtwegverwijder gebruiken	Eigen luchtwegmedicatie kan gecontinueerd worden
Gestandaardiseerde bronchusverwijding	Altijd geïndiceerd	Niet geïndiceerd behalve bij: ■ discrepantie van klachten en spirometrie-uitslagen ■ afwijkende FEV₁/FVC-ratio, bijvoorbeeld omdat er twijfel is aan de diagnose ■ bij gerede twijfel over gebruik van de eigen luchtwegmedicatie
Procedure	■ Test (blazen flowvolumecurve) volgens internationaal geaccepteerde aanbevelingen¹⁸ ■ Dien gestandaardiseerde bronchusverwijding toe (salbutamol 100 microg via dosisaerosol en voorzetskamer in 4 afzonderlijke inhalaties met interval van 30 seconden)¹⁹ ■ Test opnieuw na 15 minuten	Test (blazen flowvolumecurve) volgens internationaal geaccepteerde aanbevelingen
Interpretatie	■ Geen obstructie: normale FEV₁/FVC-ratio ($\geq 5^e$ percentiel van referentiepopulatie) na bronchusverwijding; dit sluit COPD uit, maar sluit astma niet uit ■ Persisterende obstructie: afwijkende FEV₁/FVC-ratio ($< 5^e$ percentiel) na bronchusverwijding; dit is een aanwijzing voor COPD, maar sluit astma niet uit ■ Reversibiliteit: FEV₁-toename ten opzichte van de waarde vóór bronchusverwijding met $\geq 12\%$ én ≥ 200 ml; dit wijst op astma (ook bij een normale FEV₁/FVC-ratio), maar sluit COPD niet uit²⁰	■ Fysiologische daling: daling van FEV₁ over ten minste 3 jaar (≥ 3 metingen) met gemiddeld 35 ml/jaar of minder ■ Bij persisterende obstructie of niet-fysiologische daling: dit is een teken van verminderde astmacontrole: ga oorzaak na en pas beleid aan

²⁰ Voor frequentie van monitoren: zie [tabel 5].

wijs optredende bronchusobstructie) is het lang niet altijd mogelijk de diagnose astma op basis van één spirogram te objectiveren. Bij een blijvend vermoeden van astma wordt dan geadviseerd in een periode met klachten het spirometrisch onderzoek te herhalen, qua tijdstip zo dicht mogelijk bij het moment waarop de klachten optreden (werk, 's nachts, bij inspanning).

- Bij blijvende onzekerheid over de diagnose astma (bij patiënten met klachten zonder aangetoonde reversibele luchtwegobstructie) kan een histamine- of metacholineprovocatietest, veelal in de tweede lijn, en/of een diagnostische consultatie van de longarts worden overwogen. Een normale provocatietest sluit astma vrijwel uit.²² Het aanvragen van aanvullende diagnostiek geldt ook bij het niet bereiken van de behandeldoelen met stap-3-medicatie en twijfel over de diagnose.

Allergologisch onderzoek

- Bij alle patiënten met (aanwijzingen voor) astma wordt allergologisch onderzoek aanbevolen met behulp van een screeningstest op inhalatieallergenen in het bloed.²³
- Bij een positieve test zal het laboratorium vaak direct het allergeenspecifieke IgE bepalen van de meestvoorkomende inhalatieallergenen (huisstofmijt, gras-, boom- en kruidpollen, honden- en kattenepitheel, en schimmels). Als dit niet zo is, vraagt de huisarts bepalingen aan van allergeenspecifiek IgE van huisstofmijt en – als er een kat of hond in huis of de omgeving aanwezig is – van katten- en hondenepitheel. Bij het vermoeden van een allergie voor andere dieren waarop niet getest wordt in een screeningstest zoals cavia, konijn, paard en vogel vraagt de huisarts – ook als het screeningsonderzoek negatief is – het betreffende allergeenspecifieke IgE aan.
- Bloedonderzoek op inhalatieallergenen heeft (omdat dit minder belastend is voor de patiënt) de voorkeur boven huidpriktests.
- Onderzoek naar sensibilisatie van voedselallergenen heeft geen toegevoegde waarde.

Overig aanvullend onderzoek

- Bij een discrepantie tussen de klachten en de spirometrische afwijkingen (chronisch hoesten of dyspneu en betrekkelijk geringe spirometrische afwijkingen) wordt een X-thorax aanbevolen of eventuele verwijzing naar de longarts voor aanvullende diagnostiek. Het meten van de perifere zuurstofsaturatie maakt geen onderdeel uit van de diagnostiek van astma.

Evaluatie

- De diagnose astma wordt gesteld bij patiënten die periodiek klachten hebben van dyspneu en expiratoir piepen al dan niet met hoesten. Reversibiliteit na bronchusverwijding bij spirometrie ondersteunt de diagnose [tabel 2]. Bij patiënten met periodiek hoesten zonder dyspneu of expiratoir piepen is het aantonen van reversibiliteit of hyperreactiviteit (met een histamine- of metacholineprovocatietest) obligaat.
- Astmaklachten die optreden tijdens of na inspanning (*inspanningsastma*) bij patiënten bekend met astma zijn vaak een uiting van slechte astmacontrole. Inspanningsastma dient te worden onderscheiden van kortademigheid door bewegingsarmoede of bij overgewicht of obesitas en soms van inspanningsgeïnduceerde bronchusobstructie (*exercise induced bronchoconstriction*), dat vooral voorkomt bij sporters zonder voorgeschiedenis van astma of atopie.²⁴
- Afwezigheid van obstructie en reversibiliteit (ten tijde van klachten) en een normale histamine- of metacholineprovocatietest maken de diagnose astma onwaarschijnlijk.
- Een *allergische oorzaak* is aannemelijk bij patiënten met astma met een positieve test op inhalatieallergenen of bij patiënten die daarnaast klachten hebben van allergische rinitis.
- Het bestaan van *COPD naast astma* (astma met persisterende obstructie) is aannemelijk bij patiënten ouder dan veertig jaar met:
 - een anamnestic vermoeden van astma (aard van het klachtenpatroon, astma in de voorgeschiedenis, atopische aandoening bij de

patiënt zelf of bij eerstegraadsfamilieleden) én

- een anamnestic vermoeden van COPD (relevante rookgeschiedenis of een andere risicofactor voor COPD) én
- herhaaldelijk vastgestelde reversibiliteit in combinatie met een persisterend afwijkende FEV₁/FVC-ratio na gestandaardiseerde bronchusverwijding.
- Afwezigheid van reversibiliteit sluit de diagnose astma (naast COPD) niet uit; dit kan voorkomen bij astma dat voor het eerst op volwassen leeftijd optreedt, vaak gepaard gaand met chronische niet-allergische rinosinuitis.
- Differentiaaldiagnostisch kunnen andere oorzaken van dyspneu overwogen worden zoals dysfunctioneel ademen, angststoornis, obesitas, pneumonie of longembolieën. De behandeling van astma kan gecompliceerd worden door comorbiditeit zoals obesitas, allergische rinitis en chronische niet-allergische rinosinuitis.

RICHTLIJNEN BELEID

Het doel van de behandeling van volwassenen met astma is het bereiken van optimale astmacontrole,²⁵ dat wil zeggen het bereiken van de doelen van goede astmacontrole (geen klachten overdag en 's nachts, geen beperkingen, normale spirometrie al dan niet met medicatie in een zo laag mogelijke dosering en toedieningsfrequentie en met zo weinig mogelijk bijwerkingen), afgestemd op de persoonlijke behandeldoelen van de patiënt. Goede astmacontrole is niet altijd haalbaar vanwege moeilijk behandelbaar astma of de combinatie van astma en COPD bij ouderen. De huisarts en de patiënt maken afspraken over haalbare (persoonlijke) behandeldoelen om overbehandeling te voorkomen en over de gewenste frequentie van monitoring om onderbehandeling te vermijden.²⁶

Patiënten met nog niet-gediagnosticeerd astma, die de huisarts bezoeken met een (ernstige) astma-exacerbatie, worden behandeld volgens de richtlijnen die in de paragraaf *Beleid bij exacerbaties* worden beschreven. Bij vervolcontacten wordt dan de (aanvullende) diagnostiek uitgevoerd zoals hierboven aangegeven.

Voorlichting

De huisarts gaat na wat een patiënt al weet en aan welke voorlichting behoefte is. Hierbij komen de volgende onderwerpen aan bod:

- *Aard van de aandoening.* Leg uit dat astma een in het algemeen goed behandelbare aandoening is, waarbij de klachten uitgelokt kunnen worden door allergische prikkels (vooral door huisstofmijt en huisdieren), en door niet-allergische prikkels (zoals virale infecties, rook, fijnstof, inspanning of stress). Sport en bewegen is goed mogelijk en wordt aanbevolen.
- *Manier waarop de patiënt met zijn aandoening omgaat.* Bespreek belemmeringen in het functioneren door angst voor kortademigheid of weerstand voor het gebruik van inhalatiemedicatie in gezelschap.
- *Doel en werking van de geneesmiddelen.* Bespreek dat bij weinig frequente klachten een kortwerkende luchtwegverwijder wordt gegeven, die de patiënt kan gebruiken bij symptomen. Bij frequentere klachten is daarnaast een onderhoudsbehandeling nodig, waarbij therapietrouw van groot belang is voor het bereiken van goede astmacontrole.
- *Instructie van de inhalatietechniek.* Geef instructies voor het gebruik van de medicatie. De inhalatie-instructie is ook een taak van de apotheker en dient op elkaar te worden afgestemd.²⁷ Vraag de patiënt bij de controles altijd de geneesmiddelen en inhalatoren mee te nemen om eventuele fouten in de inhalatietechniek te corrigeren.
- *Behandeldoelen.* De huisarts bespreekt met de patiënt wat de (persoonlijke) doelen van de behandeling zijn en legt dit bij voorkeur vast in een individueel zorgplan samen met afspraken rond zelfmanagement en het beleid bij exacerbaties.
- *Influenzavaccinatie.* Patiënten met astma met een onderhoudsbehandeling met inhalatiecorticosteroiden komen in aanmerking voor jaarlijkse influenzavaccinatie (zie de NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie). De indicatie voor griepvaccinatie wordt bij iedere individuele patiënt regelmatig opnieuw overwogen.²⁸

- *Zorgproces.* De huisarts overlegt met de patiënt over de gewenste frequentie van controleafspraken en de rol van de praktijkondersteuner daarbij en over de rol van de apotheker, afhankelijk van de lokale afspraken over medicatiebewaking en inhalatie-instructie.

Ter ondersteuning van de mondelinge uitleg kan de huisarts schriftelijke informatie meegeven of verwijzen naar www.thuisarts.nl en specifiek voor inhalatie-instructie naar de instructiefilmpjes op www.apotheek.nl. Daarnaast kan worden verwezen naar de patiëntenvereniging van het Longfonds voor de patiëntenversie van de Zorgstandaard astma bij volwassenen voor praktische informatie en voor de Longpunten (ontmoetingsplekken voor longpatiënten, zie www.longfonds.nl).

Zelfmanagement

Bij de behandeling speelt de patiënt zelf een belangrijke rol.²⁹ De huisarts stimuleert de patiënt zelfstandig keuzes te maken bij dagelijkse bezigheden die mogelijk beïnvloed worden door astma en bevordert dat de patiënt actief participeert in de behandeling van de aandoening. Hierdoor zal de patiënt meer gemotiveerd zijn om de aandoening onder controle te krijgen. Belangrijke elementen van zelfmanagement zijn patiëntgerichtheid, gezamenlijke besluitvorming over de aanpak, een coachende rol van de huisarts en een individueel zorgplan.^{30,31}

De huisarts en de patiënt bepalen samen welke mate van zelfmanagement geschikt is en of een schriftelijk (of elektronisch) individueel zorgplan gewenst is.

In overleg met de patiënt worden de *persoonlijke behandeldoelen* aan de hand van de algemene behandeldoelen van goede astmacontrole besproken en vastgesteld en bij voorkeur vastgelegd in een individueel zorgplan; dit is vooral zinvol bij patiënten met een zwaardere ziektelast. In het individuele zorgplan worden bijvoorbeeld behandeldoelen, afspraken over de frequentie van controles, leefstijlverandering, medicatie, het beleid bij exacerbaties en eventuele afspraken

met andere zorgverleners vastgelegd. Bij adequaat zelfmanagement is het mogelijk om patiënten zelf verantwoordelijk te maken voor aanpassing van de dosering luchtwegverwijder en/of inhalatiecorticosteroid bij een exacerbatie. Voorwaarde hiervoor is een mondelinge en schriftelijke instructie, bij voorkeur middels een actieplan waarin ook beschreven wordt wanneer contact op te nemen met de praktijk, bijvoorbeeld bij klachten die onvoldoende reageren op de behandeling.

Belangrijke aandachtspunten bij zelfmanagement zijn:

- een gezonde leefstijl (niet roken, voldoende bewegen, evenwichtige voeding en gewichtsreductie, (indien van toepassing));
- TIP-aandachtspunten (therapietrouw, adequate inhalatietechniek, het vermijden van prikkels die klachten uitlokken of verergeren);
- doseringsaanpassingen in medicatie bij een exacerbatie;
- omgaan met symptomen en lichamelijke, sociale en psychische gevolgen van de aandoening.

Samen met de patiënt bepaalt de zorgverlener hoe de zelfmanagementondersteuning eruit komt te zien. Hierbij staan de wensen en verwachtingen van de patiënt centraal. Gerichte ondersteuning met aandacht voor individuele behoeften is extra belangrijk bij patiënten die minder goed toegerust zijn op een actievare rol in de zorg.

Niet-medicamenteuze adviezen

Niet-roken. Roken kan leiden tot een versnelde afname van de FEV₁, en een verkorting van de levensduur. Daarnaast verergerd roken het beloop van astma en neemt de werkzaamheid van ICS af.³² Stoppen met roken remt de versnelde achteruitgang van de longfunctie. Tabaksgebruik is een verslavingsziekte. Het verdient daarom aanbeveling voor het stoppen met roken een gestructureerde aanpak te volgen, zoals een krachtig 'stoppen met roken'-advies door de huisarts, gevolgd door intensieve begeleiding door bijvoorbeeld een deskundige praktijkondersteuner. Een gedragsmatige

aanpak, ondersteund door medicamenteuze behandeling, verdubbelt de kans op langdurige abstinentie.³³ Voor adviezen wordt verwezen naar de NHG-Standaard Stoppen met roken. Bij diegenen die niet gemotiveerd zijn of bij wie het stoppen met roken niet lukt, is het zinvol op een later tijdstip opnieuw de motivatie om te stoppen en eventuele barrières te bespreken. Raad roken door huisgenoten (in aanwezigheid van de patiënt) en in gemeenschappelijke ruimtes af.

Bewegen. De huisarts adviseert de patiënt te bewegen volgens de Nederlandse norm gezond bewegen (dagelijks een half uur matig intensief bewegen, zoals wandelen, fietsen, zwemmen of fitness).³⁴ De huisarts overlegt met de patiënt welk beweegadvies het meest haalbaar is. Als de patiënt onvoldoende beweegt door aanhoudende (angst voor) dyspneu en/of ADL-activiteiten minder goed uitgevoerd kunnen worden, bespreekt de huisarts een verwijzing naar een gespecialiseerde (psychosomatisch) oefen- of fysiotherapeut, bij voorkeur met aantekening COPD/astma. Bij inspanningsgebonden bronchusobstructie bij topsporters adviseert de huisarts een adequate warming-up en neusademhaling. Het verdere (medicamenteuze) beleid is bij deze laatste groep hetzelfde als bij astma.

Obesitas. De huisarts bespreekt gewichtsreductie en een evenwichtige voeding bij patiënten met astma en obesitas omdat obesitas en de daarmee gepaard gaande aandoeningen de behandeling van astma compliceren en verwijst desgewenst daarvoor naar een diëtist.³⁵

Prikkelreductie. Het bewijs voor de effectiviteit van huisstofmijtsanering is beperkt.³⁶ De huisarts kan bij patiënten met een positieve test op inhalatieallergenen bij wie met stap-1- en -2-medicatie geen goede astmacontrole bereikt wordt aandacht besteden aan het vermijden van contact met huisdieren³⁷ en vermindering van de blootstelling aan huisstofmijt (rekening houdend met de (financiële) mogelijkheden).³⁸

Daarnaast kan het vermijden van niet-allergische prikkels besproken worden afhankelijk van een anamnestic verband met deze prikkels (bijvoorbeeld

parfumlucht, baklucht, overgang van warme naar koude lucht, inspanning).

Werk. Het tijdig onderkennen van arbeidsgerelateerd astma (beroepsastma en door werk verergerend astma) is van belang bij de diagnostiek en behandeling, gezien het risico op verergering.³⁹ Astma waarbij de mate van controle negatief wordt beïnvloed door werk is van belang bij werkbegeleiding, re-integratie en revalidatie. Tijdige afstemming tussen de betrokkenen (patiënt, huisarts, bedrijfsarts en longarts) is hierbij zinvol. Adviseer de patiënt bij werkgerelateerde problemen contact op te nemen met de bedrijfsarts en zorg dat het beleid wordt afgestemd.

Medicamenteuze behandeling

Bij de behandeling van astma wordt gebruikgemaakt van inhalatiemiddelen. Hierbij kan de huisarts in overleg met de patiënt kiezen tussen dosisaerosolen (met voorzetkamer) en poederinhalatoren:⁴⁰

- dosisaerosolen: een niet-ademgestuurde dosisaerosol dient altijd in combinatie met een voorzetkamer gebruikt te worden, tenzij de patiënt adequaat een dosisaerosol kan gebruiken; een dosisaerosol zonder voorzetkamer heeft als nadeel dat het tegelijk indrukken en inademen lastig is waardoor de longdepositie niet optimaal is;
- poederinhalatoren: bij poederinhalatoren bestaat het coördinatieprobleem van indrukken en inademen niet; de noodzakelijke ademkracht bij de verschillende poederinhalatoren varieert aanzienlijk.

De voorkeur gaat, indien mogelijk, uit naar een inhalatiemiddel met een dosisteller of -indicator om het risico te verminderen dat de patiënt een lege inhalator gebruikt. Het verdient aanbeveling dat de huisarts ervaring opdoet met een beperkt aantal inhalatoren. Bij patiënten die meerdere inhalatiemiddelen gebruiken wordt gestreefd naar uniformiteit in de toedieningsvorm. Bij de keuze van de toedieningsvorm houdt de huisarts rekening met de voorkeur, vaardigheden en levensstijl van de patiënt en het gebruiksgemak. Wanneer er

voor dezelfde werkzame stof een keuze-mogelijkheid is tussen een poederinhalator singledose en een poederinhalator multidose dan is het advies om in het algemeen vanwege het gebruiksgemak een poederinhalator multidose voor te schrijven. Bij gelijke geschiktheid gaat de voorkeur uit naar het goedkoopste middel (www.medicijnkosten.nl).

Inhalatiemedicatie kan lokale bijwerkingen geven, zoals heesheid en orale candidiasis bij ICS. Ook is toename van cariës een enkele maal gerapporteerd.⁴¹ Lokale bijwerkingen kunnen verminderd worden door na het nemen van de medicatie de tanden te poetsen en/of de mond te spoelen.

ICS zijn de meest werkzame anti-inflammatoire middelen voor symptoomreductie, verbetering van de longfunctie, vermindering van exacerbaties, gebruik van noodmedicatie en verbetering van kwaliteit van leven bij (allergisch) astma.⁴² Bij hogere doses ICS neemt het risico op systemische bijwerkingen zoals hematomen of bijnierschorsinsufficiëntie toe. ICS zijn minder werkzaam bij rokers; er is geen bewijs dat hogere doseringen deze afname in werkzaamheid compenseren.³² Een andere onstekingsremmer zoals een *leukotriënenreceptorantagonist* (LTRA) is slechts geïndiceerd bij personen met persisterende bijwerkingen van een ICS of een LABA.⁴³ Monotherapie met een LTRA zoals montelukast is minder werkzaam dan monotherapie met ICS. Dit geldt ook voor toevoeging van een LTRA aan een ICS in vergelijking met toevoeging van een LABA aan een ICS. De bijwerkingen op korte termijn van een LTRA zijn gering.

Ipratropium wordt niet aanbevolen.⁴⁴ Het langwerkende anticholinergicum tiotropium is anno 2014 niet geregistreerd voor de behandeling van astma. Over de werkzaamheid van tiotropium bij astma is slechts beperkt bewijs. Tiotropium toegevoegd aan ICS (stap-3) wordt daarom niet aanbevolen in de eerste lijn.⁴⁵

Protonpompremmers of sublinguale immunotherapie worden niet aanbevolen.⁴⁶

Tweedelijnsbehandelingsmogelijkheden voor bepaalde subgroepen patiën-

ten zijn subcutane immunotherapie bij patiënten met (voornamelijk) een mono-allergie⁴⁷ en subcutane toediening van omalizumab, een monoklonaal anti-lichaam tegen IgE, bij ernstig allergisch astma.⁴⁸

Contra-indicaties. Astma al dan niet in combinatie met COPD is in het algemeen geen contra-indicatie voor het gebruik van bèta-1-selectieve bètablokkers. Bij slechte astmacontrole ondanks optimale behandeling: heroverweeg de (cardio-vasculaire) indicatie van een (niet-)selectieve bètablokker.⁴⁹

Zwangerschap. Over de risico's van astmamedicatie tijdens de zwangerschap op aangeboren afwijkingen of perinatale complicaties is beperkt onderzoek voorhanden. Datzelfde geldt voor gebruik van astmamedicatie tijdens lactatie. Het niet gebruiken van medicatie vormt vermoedelijk een groter risico vanwege de grotere kans op een exacerbatie en de daarmee gepaard gaande complicaties (zwangerschapshypertensie, partus prematurus, groeivertraging en laag geboortegewicht). Salbutamol, terbutaline, salmeterol, beclometason en budesonide kunnen tijdens de zwangerschap in het algemeen in de gebruikelijke dosering zonder problemen worden gegeven. Van fluticason, ciclesonide, formoterol en montelukast zijn minder gegevens bekend; aanbevolen wordt deze middelen tijdens de zwangerschap alleen op strikte indicatie te gebruiken. De systemische belasting bij gebruik van inhalatiemiddelen is echter laag waardoor schadelijke effecten onwaarschijnlijk zijn. Bij een ernstige exacerbatie weegt het voorkomen van hypoxemie zwaarder dan de eventuele risico's van systemische corticosteroiden voor de foetus en de zwangere (verhoogd risico op pre-eclampsie).

Lactatie. Salbutamol, terbutaline, beclometason, budesonide, fluticason en ciclesonide kunnen in het algemeen zonder problemen bij borstvoeding gegeven worden. Er is minder ervaring met formoterol en salmeterol, maar de plasmaspiegels zijn laag bij normaal gebruik; alleen excessief gebruik van deze middelen door de moeder kan rusteloosheid en tachycardie bij de zuigeling veroorzaken. Montelukast wordt ontraden

Tabel 3 Medicatie astma bij volwassenen*

Middel	Inhalatiepoeder	Dosisaerosol	Maximum/dag
<i>Kortwerkende luchtwegverwijders (short acting beta-2-agonists; SABA)</i>			
Salbutamol	1-4 dd 100-400 microg	1-4 dd 100-200 microg	800-1600 microg, afhankelijk van de toedieningsvorm
Terbutaline	1-4 dd 500 microg	–	4000 microg (1000 microg/keer)
<i>Inhalatiecorticosteroiden (ICS; startdosis)</i>			
Beclometason†	2 dd 200 microg	2 dd 250 microg	1600 microg
Budesonide	2 dd 200 microg	2 dd 200 microg	1600 microg
Fluticasonpropionaat	2 dd 100 microg	2 dd 125 microg	1000 microg
Ciclesonide	–	1 dd 160 microg	640 microg (max. 12 weken)
<i>Langwerkende luchtwegverwijders (long acting beta-2-agonists; LABA) (niet gebruiken zonder ICS)</i>			
Formoterol	1-2 dd 6-12 microg	2 dd 12 microg	48 microg
Salmeterol	2 dd 50 microg	2 dd 2 maal 25 microg	100 microg
<i>Combinatiepreparaten (ICS/LABA)</i>			
Beclometason/formoterol‡	2 dd 1-2 '100/6' microg	2 dd 1-2 '100/6' microg	800/48 microg
Budesonide/formoterol‡	2 dd '100/6'-'400/12' microg	–	1600/48 microg
Salmeterol/fluticason	2 dd '50/250'-'50/500' microg	2 dd 2 '25/125'-'25/250' microg	100/1000 microg
<i>Leukotriënenreceptorantagonist (LTRA)</i>			
Montelukast	tablet 1 dd 10 mg		

* Verminder het risico op lokale bijwerkingen door na inhalatie de tanden te poetsen en/of de mond te spoelen.

† Bij beclometason extrafijn gelden lagere doseringen (max. 1000 microg/dag); dit middel is anno 2015 relatief duur.

‡ Bij onderhoudsdosis beclometason/formoterol '100/6' of budesonide/formoterol '100/6': zo nodig extra inhalaties daarvan, maximaal 8 inhalaties per dag.

bij borstvoeding. Het is van belang de patiënteninformatie af te stemmen met de apotheek die de medicatie aflevert.⁵⁰

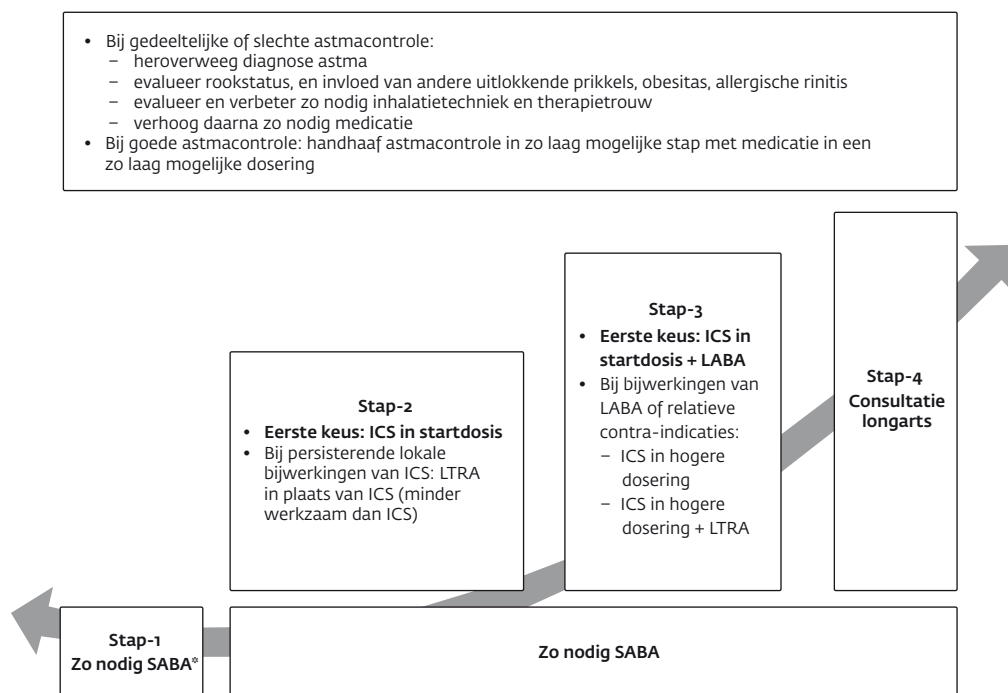
Voor een schematisch overzicht van de medicamenteuze behandeling: zie [figuur 1].

Stap-1 Kortwerkende luchtwegverwijder 'zo nodig'

- Geef bij patiënten met weinig frequente klachten (tweemaal per week of minder) 'zo nodig' een SABA [tabel 3]. Ook bij patiënten met inspanningsastma gaat de voorkeur uit naar een SABA tien tot vijftien minuten vóór de inspanning; dit geeft ongeveer twee uur bescherming.²⁴
- Bij gebruik van een SABA kunnen bijwerkingen optreden zoals tremor van handen en vingers, hoofdpijn, perifere vaatverwijding, stijging van de hartfrequentie en soms hyper- of hypokaliëmie.

Stap-2 Onderhoudsbehandeling met ICS

- Geef bij patiënten die bij eerste presentatie driemaal per week of vaker klachten rapporteren of bij controle driemaal per week of vaker een SABA blijken nodig te hebben, een ICS in een startdosis [tabel 3].
- Bij verergering van de astmasymptomen kan gedurende enkele dagen 'zo nodig' een SABA tot de maximum dosis per dag gegeven worden [tabel 3].
- Controleer vier tot zes weken nadat de patiënt met een ICS is gestart of de (persoonlijke) behandeldoelen zijn bereikt [tabel 4]. Bespreek ook de bijwerkingen, TIP-aandachtspunten en rookstatus.
- Continueer de ICS gedurende drie maanden en controleer zo nodig nog één of meerdere keren tot de persoonlijke behandeldoelen bereikt zijn. Daarna of bij het bereiken van goede astmacontrole kan worden geprobeerd de behandeling met ICS af te bouwen.⁵¹

Figuur 1 Medicamenteuze behandeling astma bij volwassenen: stappenplan

- Bij patiënten met lokale bijwerkingen van ICS, zoals persisterende heesheid of orale candidiasis heeft een dosis-aerosol met voorzetskamer de voorkeur. Bij persisterende lokale bijwerkingen kan de dosering tijdelijk worden verlaagd.⁵² Ook is een LTRA (montelukast) dan een alternatief, hoewel het minder werkzaam is.

Stap-3 Onderhoudsbehandeling met ICS en LABA

- Heroverweeg de diagnose astma en het beleid bij patiënten die bij adequaat gebruik van een startdosis ICS geen verbetering van astmacontrole bereiken of de persoonlijke behandeldoelen niet behalen. Bespreek ook de TIP-aandachtspunten en de rookstatus. Bedenk bij patiënten die blijven roken dat de werkzaamheid van ICS verminderd is en overweeg een andere aandoening of – bij patiënten ouder dan veertig jaar – de ontwikkeling van COPD naast astma. Denk ook aan adequate behandeling van allergische rinitis en aan het complicerende effect van obesitas op

de behandeling wanneer goede astmacontrole niet wordt bereikt.

- Voeg een LABA toe aan ICS als ondanks de juiste diagnostiek en een adequaat beleid geen goede astmacontrole met een startdosis ICS wordt bereikt.⁵³ Bij bijwerkingen van LABA, zoals palpitations of tremoren,⁵⁴ is een verdere verhoging van de dosis ICS in een of meerdere stappen een alternatief [tabel 3], of eventueel toevoeging van een LTRA. Bij verergering van de astmasymptomen kan gedurende enkele dagen ‘zo nodig’ een SABA tot de maximum dosis per dag worden toegevoegd. Een alternatief bij patiënten met een onderhoudsbehandeling met een combinatiepreparaat van beclometason/formoterol (‘100/6’) of budesonide/formoterol (‘100/6’) zijn ‘zo nodig’ extra inhalaties daarvan, tot maximaal 8 inhalaties per dag. Schrijf dit ‘zo nodig’-gebruik alleen voor na adequate instructie en wanneer de patiënt voldoende ziekte-inzicht heeft.⁵⁵ Probeer bij goede astmacontrole of als de per-

soonlijke behandeldoelen gedurende enige tijd (3 maanden) zijn bereikt, de dosis te verminderen tot de laagste effectieve dosis ICS, al of niet in combinatie met een LABA.

Stap-4 Consultatie longarts

- Consultatie van of verwijzing naar de longarts is geïndiceerd indien de behandeldoelen in bovenstaande stappen niet binnen drie maanden worden bereikt.

Monitoring

Er wordt onderscheid gemaakt tussen patiënten met *goede en gedeeltelijke of slechte astmacontrole* [tabel 4].

Monitoring vindt plaats volgens de Zorgstandaard Astma bij volwassenen van de Longalliantie Nederland.⁵⁷ De belangrijkste aandachtspunten staan hieronder opgesomd. Bij toenemend gebruik van SABA (3 maal of meer per week) wordt een patiënt op het spreekuur uitgenodigd. De apotheker kan bij overmatig gebruik van luchtwegverwijders een signalerende rol spelen.

- Om beter inzicht te krijgen of de behandeldoelen worden gehaald, maakt de huisarts gebruik van een korte vragenlijst zoals de ACQ6 of de ACT.⁵⁸
- Besteed bij monitoring aandacht aan:
 - evaluatie van de klachten, nachtrust, ervaren beperkingen, frequentie van het gebruik van SABA (met behulp van de ACQ6 of ACT) en het aantal exacerbaties waarvoor een orale corticosteroïdkuur of een ziekenhuisopname noodzakelijk was;
 - evaluatie van niet-medicamenteuze adviezen en TIP-aandachtspunten (waaronder herhaling van de inhalatie-instructie);
 - bijwerkingen van medicatie zoals heesheid of hematomen bij ICS. Bij lokale bijwerkingen wordt de inhalatietechniek en de opvolging van de adviezen om mond te spoelen of tanden te poetsen gecontroleerd. Bij lokale of systemische bijwerkingen van ICS kan gekozen worden voor een lagere dosis, een tijdelijke aanpassing van de doseringsfrequentie, voor een ander preparaat (sommige preparaten zijn in een lagere dosis even werkzaam), voor een andere inhalatievorm (voor-

- zetkamer) of eventueel een leukotrieenreceptorantagonist;
- de mogelijkheid om de medicatie te minderen.
 - Bij een patiënt met gedurende drie maanden goede astmacontrole, kan geprobeerd worden de onderhoudsmedicatie te minderen, bijvoorbeeld door halveren van de dosis ICS.⁵¹ Controleer het resultaat hiervan na vier tot zes weken op basis van klachten. Bij blijvende optimale astmacontrole kan eventueel de medicatie verder vermindert of gestaakt worden. Dit dient geëvalueerd te worden. Bij verslechtering na de medicatiewijziging wordt de oorspronkelijke dosis of het gestaakte middel weer hervat en gecontinueerd.
 - Jaarlijkse spirometrie blijft gewenst bij patiënten met astma die (blijven) roken; een niet-fysiologische FEV₁-daling kan gebruikt worden om de patiënt extra te motiveren te stoppen met roken.⁵⁹
 - Bij patiënten met een beperkte levensverwachting wordt in de monitoring fase spirometrie niet aanbevolen vanwege de geringe consequenties voor het beleid en de toenemende kans op een inadequate blaastechniek.
 - Het monitoren van de astmacontrole met behulp van FeNO-metingen (fractie stikstofoxide in de uitgeademde lucht) heeft geen plaats in de eerste lijnszorg voor astmapatiënten.⁶⁰

Bij onvoldoende verbetering overweegt de huisarts eventuele andere oorzaken van hoesten en/of dyspneu (zie paragraaf *Evaluatie*).⁶¹

Beleid bij exacerbaties

Het is van belang dat patiënten die in staat zijn hun medicatie op geleide van klachten en symptomen aan te passen, weten welke signalen wijzen op een (dreigende) exacerbatie, waarbij zij contact met de huisartsenpraktijk op moeten nemen (zie ook *zelfmanagement*). Hierbij wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van een geschreven actieplan. Onder een exacerbatie verstaat men een periode met progressieve dyspneu, soms met hoesten of slijm opgeven.

De huisarts:

- inspecteert de patiënt en onderzoekt

Tabel 4 Mate van astmacontrole (gemodificeerd naar GINA-richtlijnen)

Beoordeling actuele controle (bij voorkeur gedurende een periode van 4 weken)		
	Goede controle (alle items aanwezig dan wel normale ACQ/ ACT en normale spirometrie)	Gedeeltelijke of slechte controle (1 of meer van onderstaande items aanwezig in willekeurige week dan wel afwijkende ACQ/ ACT of afwijkende spirometrie) [*]
Symptomen overdag [†]	≤ 2/week	≥ 3/week
Beperking activiteiten [†]	Nee	Ja
Nachtelijke symptomen [†]	Nee	Ja
Gebruik noodmedicatie [†]	≤ 2/week	≥ 3/week
Spirometrie	Normaal (of niet noodzakelijk vanwege goede controle gedurende 3 jaar; zie [tabel 5])	Afwijkend (FEV ₁ /FVC < 5 ^e percentiel, reversibiliteit aanwezig)
Elke exacerbatie in de voorafgaande 12 maanden wordt gezien als slechte astmacontrole		

^{*} Focus de behandeling op items die bijdragen aan een verminderde astmacontrole. In de eerste lijn is er geen verschil in beleid tussen gedeeltelijke en slechte controle; vanwege consistentie met de tweede lijn is er wel voor gekozen deze indeling te hanteren.

[†] Te operationaliseren met ACQ6 (Asthma Control Questionnaire, 6 items; range 0-6, afwijkend bij score ≥ 0,75) of ACT (Asthma Control Test, 5 items; range 5-25; afwijkend bij score < 20); zie <https://cahag.nhg.org/screeningsinstrumenten>.

Tabel 5 Frequentie van monitoring en spirometrie (voor procedure en interpretatie spirometrie: zie **[tabel 2]**)

Patiënten	Monitoring	Spirometrie ⁵⁶
Goede astmacontrole met stap-1-medicatie [*]	Zo nodig	Niet
Goede astmacontrole met stap-2-medicatie	Jaarlijks	Niet, behalve in de eerste drie jaar
Goede astmacontrole met stap-3-medicatie	Jaarlijks	Jaarlijks
Gedeeltelijke of slechte astmacontrole	Regelmatige controle (bijvoorbeeld elke 6-12 weken), totdat persoonlijke behandeldoelen zijn bereikt en medicatie optimaal is gedoseerd	Ten minste jaarlijks
Rokers	Jaarlijks	Jaarlijks
Patiënten met een beperkte levensverwachting	Zorg op maat	Niet

^{*} Bij toename gebruik SABA (≥ 3 maal per week): nodig patiënt uit op spreekuur.

- de longen;
- gaat de oorzaak van de exacerbatie na;
- beoordeelt of er een andere oorzaak is voor de klachten;
- meet bij twijfel over de ernst van de exacerbatie en het te volgen beleid (verwijzen of niet) de zuurstofsaturatie met een pulsoximeter.⁶²

Alarmsymptomen zijn uitputting, cyanose, bewustzijnsdaling, of een daling van de zuurstofsaturatie ≤ 92% (bij een zwangere < 94%); deze afkapwaarde geldt niet bij pre-existent lagere saturatiewaarden zoals die bij (oudere) patiënten met astma en COPD kunnen voorkomen. Aanwezigheid van één of meer *alarmsymptomen* is een reden voor een spoedverwijzing. Bel een ambulance met U1-indicatie en han-

del intussen volgens **[tabel 6]**. Zie voor verdere details de Farmacotherapeutische richtlijn Geneesmiddelen in spoedeisende situaties (www.nhg.org).

Ernstige exacerbatie. Hiervan is sprake bij aanwezigheid van één of meer van de onderstaande criteria:

- (een toename van de) dyspneu in rust, moeite met uitspreken van een hele zin, niet plat kunnen liggen;
- ademhalingsfrequentie > 30/min (echter: bij zeer ernstige dyspneu neemt de ademfrequentie weer af);
- hartslag > 120/min;
- gebruik van hulpademhalingspijpen;
- zuurstofsaturatie < 94%; deze afkapwaarde geldt niet bij pre-existent lagere saturatiewaarden zoals die bij

(oudere) patiënten met astma en COPD kunnen voorkomen.

Voor de medicamenteuze behandeling van een *ernstige exacerbatie zonder alarm-symptomen* zie [tabel 6]. Wacht het effect van de behandeling ter plaatse af; in minder ernstige gevallen kan een controle binnen enkele uren worden afgesproken.

Bij verbetering geeft de huisarts:

- een orale kuur prednisolon, 1 dd 40 mg gedurende 5 dagen of 1 dd 30 mg gedurende 7 dagen (afhankelijk van controle te verlengen tot maximaal 14 dagen); bij patiënten bekend met diabetes mellitus of die klachten hebben die passen bij diabetes mellitus wordt de nuchtere glucose eenmalig bepaald tijdens de prednisolonkuur;
- instructies voor het gebruik van lucht-wegverwijders gedurende de komende 24 uur (bijvoorbeeld een dubbele dosis of inhalatie via een voorzetkamer).

Bij een ernstige exacerbatie wordt de volgende dag een controle afgesproken die bestaat uit:

- evaluatie van de klachten en ervaren beperkingen;
- onderzoek van de longen;
- nagaan van de reden van de exacerbatie; let vooral op de therapietrouw, de inha-

- latietechniek en luxerende factoren;
- eventueel bijstelling van het beleid.

De behandeling en de frequentie van de controles na een exacerbatie worden mede bepaald door de ernst van het klinisch beeld en het effect van de ingestelde behandeling bij eerdere exacerbaties. Een bijkomende of luxerende luchtweginfectie (pneumonie) wordt behandeld volgens de NHG-Standaard Acuut hoesten.

Verwijs een patiënt met een ernstige exacerbatie als er:

- binnen een half uur geen verbetering optreedt;
- thuis onvoldoende zorgmogelijkheden zijn;
- ernstige interfererende comorbiditeit is;
- bij eerdere exacerbaties altijd een ziekenhuisopname noodzakelijk was.

Niet-ernstige exacerbatie. Hiervan is sprake als de criteria voor een ernstige exacerbatie afwezig zijn.⁶³ In dat geval adviseert de huisarts het starten met een SABA of het ophogen van de dosis daarvan, zo nodig tot de maximale dagdosis [tabel 3]. Een SABA kan ook (tijdelijk) naast een LABA worden gebruikt. Daarnaast kan een viervoudige verhoging van de startdosis ICS overwogen worden.⁶⁴

Praktijkvoeringsaspecten

Zorggroep

In een deel van de huisartsenpraktijken wordt de zorg voor patiënten met astma geleverd binnen de kaders van een zorggroep. In een zorggroep worden praktijkoverstijgende taken georganiseerd.

Zorg voor astmapatiënten door de huisarts dient aan de volgende voorwaarden te voldoen:

- protocollaire opzet;
- sluitend afspraak- en oproepsysteem;
- adequate registratie in het Huisarts Informatie Systeem respectievelijk Ketenzorg Informatie Systeem van de gegevens die worden verzameld bij periodieke controles. Op basis van deze kernset van gegevens kunnen ook berekeningen worden gemaakt die tot indicatoren leiden;
- structurele samenwerking en afstemming van de zorg met praktijkondersteuner/longverpleegkundige, fysiotherapeut, apotheker, diëtist, longarts, kaderhuisarts en indien relevant met de bedrijfsarts;
- verzamelen van gegevens op basis van de minimale dataset astma bij volwassenen;
- periodieke evaluatie van bovengenoemde aspecten.

Aandachtspunten voor bespreking in de regio
Regionaal zijn er verschillen in aanpak mogelijk, afhankelijk van beschikbare expertise en de lokale situatie. Aandachtspunten voor het maken van afspraken zijn:

- monitoring volgens de zorgstandaard Astma bij volwassenen van de Longalliantie Nederland;
- exacerbatie management en regeling van spoedzorg in geval van acute ernstige kortademigheid;
- consultatie van een kaderhuisarts longziekten of van de longarts, verwijzing en terugverwijzing;
- het delen van gegevens (bijvoorbeeld via Keten Informatie Systeem) en wijze van informatie-uitwisseling; bij monitoring en bij tussentijdse wijzigingen, exacerbaties, organisatie van bereikbaarheid voor overleg en afstemming van de zorg onderling;
- inhoud van de gestructureerde ver-

Tabel 6 Acute medicamenteuze behandeling van een ernstige exacerbatie

Alarmsymptoom	Middel, toedieningsvorm en dosis	Opmerkingen
Ja	Indien zuurstof beschikbaar: ■ zuurstof (streef naar zuurstofsaturatie $\geq 94\%$; start indien nodig met 10-15 liter/min en bouw af op geleide van de saturatie); combineer dit, indien vernevelapparaat beschikbaar is, met: ■ salbutamol (2,5-5,0 mg verneveling) ■ ipratropiumbromide (0,5 mg verneveling) Indien vernevelapparaat niet beschikbaar: salbutamol en ipratropium dosisaerosol; zie onder Overweeg eenmalig 30 mg prednisolon per os (of dexamethason 8 mg i.m. ampul 1 ml 4 mg/ml, bij patiënten die te benauwd zijn om te slikken)	Bel een ambulance met U1-indicatie
Nee	■ Salbutamol dosisaerosol (100 microg per keer in voorzetkamer; 5 maal inademen; procedure 4-10 keer herhalen) ■ Bij onvoldoende verbetering aanvullend: ipratropium dosisaerosol (20 microg per keer in voorzetkamer; 5 maal inademen; procedure 2-4 keer herhalen)	■ Herhaal inhalaties na enkele minuten ■ Bij verbetering: geef prednisolonkuur ■ Bij geen verbetering binnen een half uur: verwijs en overweeg dan eenmalig 30 mg prednisolon per os

* Bij combinatie van astma met COPD: streef naar zuurstofsaturatie 90 tot 92%; start indien nodig met 10 tot 15 l/min en bouw zo snel mogelijk af in verband met het risico op hypercapnie zoals bij zeer ernstige obstructie of morbide adipositas.

- wijsbrief en terugrapportage;
- hoofdbehandelaarschap, invulling van gedeelde zorg, inhoud van integrale zorg;
- op elkaar afgestemd voorlichtingsmateriaal in eerste en tweede lijn en schriftelijk actieplan;
- scholing en nascholing;
- transparantie van indicatoren;
- afspraken tussen eerste lijn en tweede lijn (individueel, dan wel als zorggroep en ziekenhuis) met:
 - apotheker(s) in de regio over het uniformeren en regelmatig herhalen van de inhalatie-instructie en monitoring van het medicatiegebruik;
 - medebehandelaars zoals diëtisten en fysiotherapeuten;
 - zorgverzekeraars, over gedeelde zorg en keten dbc.

LANDELIJKE TRANSMURALE AFSPRAAK ASTMA BIJ VOLWASSENEN

Aandachtspunten

- Behandelen in de eerste lijn als het kan, in de tweede lijn als het nodig is.
- Maak afspraken over hoofdbehandelaarschap (huisarts, longarts) of gedeelde zorg en over wie aanspreekpunt is voor de patiënt.
- Bij patiënten met goede astmacontrole met stap-1- of -2-medicatie of tijdens de instelfase van recent door de huisarts vastgesteld astma is de huisarts veelal de hoofdbehandelaar.
- Bij patiënten met aanhoudend gedeeltelijke of slechte astmacontrole is de longarts de hoofdbehandelaar. Bij patiënten bij wie astmacontrole bereikt wordt met een hogere medicatiedosis dan stap-3 is de longarts de hoofdbehandelaar tenzij daar regionaal andere afspraken over gemaakt zijn.
- Jongeren met astma die onder controle van de kinder(long)arts zijn, krijgen bij de transitie een andere hoofdbehandelaar. De kinder(long)arts, de huisarts en de longarts maken onderling goede afspraken over adequate zorg in deze transitiefase.
- Bij consultatie of verwijzing formuleert de huisarts een adequate vraagstelling en geeft hij gestructureerd aan of het een diagnostisch of een behandelingsprobleem betreft en of het om kortdurende of langdurige begeleiding gaat.
- De longarts rapporteert na het vaststellen van de diagnose of een (definitief) behandelplan, bij terugverwijzing of anders minimaal jaarlijks, en tussentijds bij nieuwe gezichtspunten die van belang zijn voor de huisarts.
- De huisarts en longarts informeren elkaar bij een belangrijke verandering van de medicatie (zoals structurele wijziging van de onderhoudsmedicatie, prednisolonkuur), bij voorkeur digitaal en indien dit niet mogelijk is schriftelijk.
- De kaderhuisarts longziekten kan een tussenrol vervullen tussen de huisarts en de longarts afhankelijk van lokale afspraken. De kaderhuisarts kan initiatieven nemen om de behandeling van astma- en COPD-patiënten in de regio te verbeteren bijvoorbeeld door afspraken te initiëren of consultatie op afstand mogelijk te maken.
- De huisarts en longarts leggen aan de patiënt het doel en de reden van verwijzing en terugverwijzing uit.

Ondersteuning diagnostiek

De huisarts kan spirometrie zelf verrichten en interpreteren, of kan hiervoor samenwerken met een eerstelijns diagnostisch centrum al dan niet verbonden aan een ziekenhuis. Het diagnostische centrum kan zorgen voor de uitvoering van de longfunctiemetingen en deze samen met klinische gegevens laten interpreteren door een longarts/kaderhuisarts, indien:

- de huisartsenpraktijk niet zelf longfunctiemetingen kan uitvoeren;
- de huisarts zich onvoldoende deskundig acht om de uitslagen van de spirometrie te interpreteren;
- de huisarts incidenteel behoefte heeft aan beoordeling van spirometrie bij complexere astma/COPD-diagnostiek;
- de huisarts of de zorggroep er om praktische en/of kwalitatieve redenen voor kiest de spirometrie uit te besteden.

Verwijzing of (tele)consultatie

Verwijzing naar of (tele)consultatie (di-

rect of via een eerstelijns diagnostisch centrum) van een longarts of consultatie van een kaderhuisarts longziekten is aangewezen bij:

- twijfel aan de diagnose astma en bij het niet bereiken van optimale astmacontrole of de persoonlijke behandeldoelen;
- het vermoeden van astma én COPD (astma met persisterende obstructie) als de huisarts zich onvoldoende deskundig acht om de uitslagen van de spirometrie te interpreteren;
- discrepantie tussen klachten van dyspneu en/of hoesten en spirometrie;
- blijvende gedeeltelijke of slechte astmacontrole of het niet bereiken van de persoonlijke behandeldoelen ondanks stap-3-medicatie (tenzij de slechte astmacontrole alleen gebaseerd is op 1 exacerbatie in de afgelopen 12 maanden);
- het vermoeden van door het werk veroorzaakt astma waarbij het werk of de loopbaanplanning in gevaar komt en bij al bestaand astma dat door het werk verergert ondanks stap-2-medicatie. In beide gevallen is ook verwijzing naar een bedrijfsarts geïndiceerd;
- patiënten met complexe comorbiditeit;
- twee of meer exacerbaties per jaar waarvoor een orale corticosteroïdkuur nodig is.

Terugverwijzen

- De longarts verwijst de patiënt terug indien de vraag van de huisarts of patiënt beantwoord is, de diagnostiek in de tweede lijn afgerond is of het beleid van de longarts door de huisarts kan worden voortgezet. Bij terugverwijzen stelt de longarts een behandelplan op en verstrekt aan de huisarts relevante gegevens met betrekking tot het verwachte ziektebeloop, medicatie, mate van astmacontrole en toegepaste behandeling.
- Bij goede astmacontrole met stap-3-medicatie wordt de patiënt in principe na 3 maanden terugverwezen. Uitzondering hierop is de patiënt met een voorgeschiedenis van veel dan wel levensbedreigende exacerbaties.
- Bij ontslag na ziekenhuisopname of behandeling op de SEH wordt de huis-

Afweging door de huisarts en de longarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts en de longarts is bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van relevante factoren in de concrete situatie zal berekend worden afwijken van de in deze paragraaf opgenomen aanbevelingen rechtvaardigen.

Keuzemogelijkheid patiënt

De astmazorg is zo georganiseerd dat de patiënt zelf keuzemogelijkheden heeft en houdt. Dit geldt ongeacht welke afspraken er in een regio gemaakt worden, bijvoorbeeld binnen de context van een zorggroep en ziekenhuis. De patiënt blijft in de gelegenheid een zorgverlener, bijvoorbeeld een arts ofwel een zorginstelling te kiezen.

arts ingelicht en wordt aangegeven wie verantwoordelijk is voor de vervolgbehandeling en monitoring.

Samenwerking bij exacerbaties

- De patiënt en zijn omgeving moeten weten wat te doen bij een exacerbatie, bij voorkeur middels een schriftelijk actieplan met onder andere informatie over bereikbaarheid van de hoofdbehandelaar binnen en buiten kantooruren.
- Er dient continue zorg gegarandeerd te zijn door de hoofdbehandelaar.
- Patiënten die in de behandel fase onder controle van de longarts zijn, maar zich melden bij de huisarts met ast-

magerelateerde klachten, beoordeelt de huisarts volgens de standaard. Indien nodig overlegt de huisarts met de behandelend (of zo nodig dienstdoend) longarts. Bij patiënten die onder controle van de huisarts zijn, maar zich desondanks (via de SEH) melden bij de longarts, beoordeelt de longarts de patiënt en verwijst bij stabiele situatie terug naar de huisarts.

© 2015 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Totstandkoming

In januari 2013 startte een multidisciplinair samengestelde werkgroep met de gecombineerde herziening van de NHG-Standaarden Astma bij volwassenen en COPD. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt. De werkgroep bestond uit de volgende leden: ir. M.J.M. Barnhoorn, projectleider Kwaliteit van Zorg bij het Longfonds (voorheen Astmafond); dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts te Borculo en werkzaam bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht; prof.dr. N.H. Chavannes, huisarts te Zeist en UHD Public Health en Eerstelijns geneeskunde bij het LUMC in Leiden; dr. J.C.C.M. in 't Veen, longarts, verbonden aan het Sint Franciscus Gasthuis te Rotterdam; prof.dr. T. van der Molen, hoogle- raar Huisartsgeneeskunde aan het UMCG in Groningen; prof.dr. J.W. Muris, hoogle- raar Asthma and COPD in Primary Care Maastricht University; prof.dr. O. van Schayck, hoogle- raar Preventieve geneeskunde Maastricht University; dr. I. Smeele, huisarts te Eindhoven en hoofd van de afdeling Implementatie van het NHG; dr. J.B. Snoeck-Stroband, huisarts te Den Haag en onderzoeker bij het LUMC in Leiden; dr. T.R.J. Schermer, biomedicus aan het Radboudumc in Nijmegen.

De werkgroep werd methodologisch en procesmatig ondersteund door M.K. Tuut, epidemioloog, PROVA Varsseveld, aangesteld als wetenschappelijk medewerker en dr. R.M.M. Geijer, huisarts te Utrecht, en senior wetenschappelijk medewerker van de afdeling R&W van het NHG. M.M. Verduijn, was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. J. den Boer was betrokken als medewerker afdeling Implementatie. Een overzicht van werkgroepleden die belangen hebben gemeld is ter inzage bij het

NHG. Door de overige leden werd geen belangenverstrengeling gemeld. Meer details hierover zijn te vinden in de webversie van de standaard op www.nhg.org.

In mei 2014 werd de conceptstandaard in een focusgroepbijeenkomst met leden van de CAHAG besproken. Daarnaast werd de paragraaf *Landelijke Transmurale Afspraak* van de conceptstandaard bediscussieerd met B.E.A. Hol, dr. P.Th.W. van Hal en dr. J.C.C.M. in 't Veen, longartsen en afgevaardigd namens de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT).

Daarnaast werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogle- raar Vrouwenstudies medische wetenschappen, Radboudumc, Nijmegen; M. Favié, namens Bogin; dr. J. Oltfoort, namens Nefarma; dr. T.M. Pal, bedrijfsarts, namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs geneeskunde (NVAB); dr. H.J.M.G. Nelissen, apotheker, namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*; D. Dost, K. de Leest, S.F. Harkes-Idzinga, apothekers en E.C.M. Wong-Go, apotheker/richtlijnontwikkelaar, allen namens KNMP Geneesmiddelen Informatie Centrum; V.I.E. Kloet, apotheker, namens Zorginstituut Nederland (ZINL); L.J. Boomsma, huisarts en senior beleidsmedewerker Beleid & Ontwikkeling namens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*; dr. N. Delvaux, namens de Domus Medica België; dr. E.W.J.M. Weersink en dr. A.C. Roldaan, beiden longarts, namens de NVALT; dr. B. van Ewijk en dr. M.W.H. Pijnenburg, beiden kinderlongartsen, namens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde sectie kinderlong-

ziekten (NVK); J. de Jong, L. Oosterom en E.L. Fetter, allen longverpleegkundigen, M. Verschuur-Veltman, M. Vrolijk, C. Hal-lensleben en G. van Vulpen, allen praktijk-verpleegkundigen en praktijkondersteu- ners, allen namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN); M. Sil- len, fysiotherapeut, namens de Vereniging voor Hart-, Vaat- en Longfysiotherapie (VHVL); B.J. Beusekamp, R. Leysner, C. Bol- leurs, O. Schrevel, allen namens de Neder- landse Vereniging van Diëtisten (NVD); B.A. Reedijk, kwaliteitsmanager Astma- COPD, M. Frederix, coördinator chronische zorg Zorg In Ontwikkeling (ZIO); dr. V. van der Meer, huisarts-epidemioloog en ka- derarts Astma-COPD, M.J.F. van den Boogaard, stafverpleegkundige Astma- COPD, allen namens de Vereniging van Organisatie voor Eerstelijnszorg Ineen; dr. A. Lucas namens AAN Centra voor Medi- sche Diagnostiek; dr. R. Dorland, medisch bioloog en G. Veraart, arts, namens Ex- pertDoc; I. Steenbruggen, longfunctie- analist Isala klinieken, Zwolle; em.prof.dr. P.H. Quanjer, fysioloog, Erasmus MC, Rot- terdam.

Naamsvermelding als referent bete- kent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail on- derschrijft. J.J.A.M. van Dongen en G.M.H. Kramer hebben namens de NAS tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ont- werpstandaard antwoord geeft op de vra- gen uit het herzieningsvoorstel. In april/ mei 2014 werd de standaard become- ntarieerd en in september 2014 geautori- seerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

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

Substitutie van zorg voor astma in 2008-2010

Substitutie van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn is een belangrijk onderdeel van het akkoord over financiering van eerstelijnszorg van 2014 tot en met 2017. De eerste lijn mag iets meer gaan kosten als patiënten in de tweede lijn aantoonbaar minder zorg gebruiken. Zorgverleners en patiënten geven aan dat substitutie mogelijk is voor chronische aandoeningen, nazorg en niet-complexe ingrepen. Maar hoe varieert het gebruik van zorg in de tweede lijn tussen praktijken door patiënten met een chronische aandoening en welke factoren spelen daarbij een rol? Om hierin meer inzicht te krijgen, hebben we gegevens van huisartsenpraktijken uit de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn gekoppeld aan gegevens van zorgverzekeraars over declaraties van DBC's (diagnose-behandelcombinaties) in ziekenhuizen. We werken een voorbeeld uit van patiënten met astma.

ASTMAPATIËNTEN IN DE EERSTE EN TWEEDE LIJN

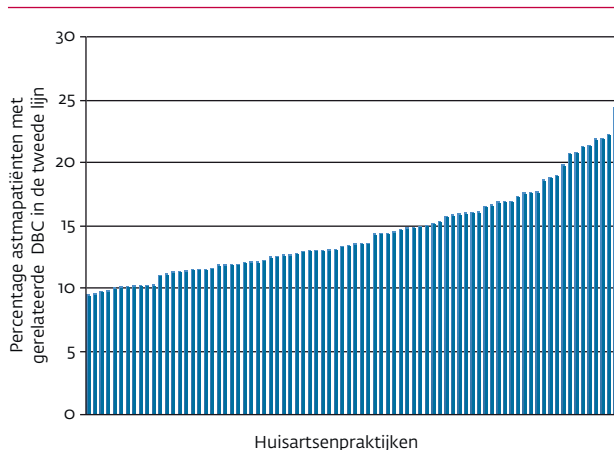
We hebben voor 7514 astmapatiënten in 50 praktijken over de periode 2008 en 2010 bepaald of er in een jaar een DBC is geopend voor een astmagerelateerde diagnose. Doordat sommige huisartsenpraktijken gegevens hebben over meer dan één jaar, beschikken we in totaal over gegevens van 83 praktijkjaren. Per jaar wordt gemiddeld bij 15,3% van de astmapatiënten een DBC geopend. Het percentage astmapatiënten in de tweede lijn per jaar varieert sterk tussen huisartsenpraktijken, ook na correctie voor leeftijd, geslacht en andere chronische aandoeningen [figuur]. Het ene uiterste is een huisartsenpraktijk met slechts 9,4% van de astmapatiënten in de tweede lijn, het andere een praktijk met 24,4% van de astmapatiënten in de tweede lijn.

FACTOREN BIJ ZORGGEBRUIK IN DE TWEEDE LIJN

Jonge en oudere astmapatiënten gebruiken vaker dan de gemiddelde patiënt zorg in de tweede lijn, en ook patiënten met (meerdere) andere chronische aandoeningen gebruiken vaker tweedelijnszorg. Er is voor het zorggebruik in de tweede lijn geen verschil tussen mannen en vrouwen, en de afstand tot de poli of het ziekenhuis speelt evenmin een rol. Astmapatiënten in huisartsenpraktijken waarin veel contacten voor astma plaatsvinden, gebruiken minder vaak astmagerelateerde zorg in de tweede lijn. Voor een huisartsenpraktijk die gemiddeld één consult voor astma per patiënt per jaar meer verleent dan een andere huisartsenpraktijk, is het percentage astmapatiënten in de tweede lijn een kwart lager (OR 0,76; 95%-BI: 0,60 tot 0,97). Een verschil in de contactfrequentie voor astma van één contact per jaar is echter niet realistisch, omdat de gemiddelde contactfrequentie voor astma in een huisartsenpraktijk op 1,40 per jaar ligt (SD 0,42).

Indien een huisartsenpraktijk 0,4 meer contacten voor astma heeft dan een andere huisartsenpraktijk, is het percentage astmapatiënten in de tweede lijn gemiddeld respectievelijk 15,3% en 13,7%. Het volgen van richtlijnen (in het algemeen),

Figuur Percentage astmapatiënten voor wie in een jaar een astmagerelateerde DBC is geopend in de tweede lijn, per huisartsenpraktijk per jaar (n = 83), gecorrigeerd voor geslacht, leeftijd en andere chronische aandoeningen



aanwezigheid van een praktijkondersteuner, de werkdruk binnen de huisartsenpraktijk en het type praktijk (solo-, duo- of groepspraktijk) zijn niet geassocieerd met het zorggebruik van astmapatiënten in de tweede lijn.

SUBSTITUTIEMONITOR

De grote variatie tussen huisartsenpraktijken in gebruik van tweedelijnszorg door astmapatiënten wijst op mogelijke ruimte voor substitutie van tweedelijns- naar eerstelijnszorg. Bij een hogere contactfrequentie voor astma in een huisartsenpraktijk zijn er minder astmapatiënten in de tweede lijn. Meer aandacht voor astma in de huisartsenpraktijk lijkt zich dus uit te betalen in minder zorg in de tweede lijn. In hoeverre het stimuleren van meer zorg voor astma in de huisartsenpraktijk ook daadwerkelijk leidt tot vermindering van tweedelijnszorg moet nader worden onderzocht, bijvoorbeeld in de substitutiemonitor. Om substitutie te kunnen aantonen is het essentieel om specifieke patiëntengroepen te volgen, omdat effecten vaak niet zichtbaar zijn als de zorg voor alle patiënten wordt samengenomen. Het realiseren van substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn hangt overigens van meer randvoorwaarden af, zoals adequate financiering, voldoende menskracht en inhoudelijke kennis en vaardigheden. ■

De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn die zijn gekoppeld aan gegevens van zorgverzekeraars (Vektis). NIVEL Zorgregistraties maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van deelnemende huisartsen en verzamelt constant gegevens over aandoeningen, aantallen verrichtingen, geneesmiddelvevoorschriften en verwijzingen (zie ook www.nivel.nl/zorgregistraties). Vektis ontvangt de declaratiebestanden van zorgverzekeraars, met onder andere de gedeclareerde DBC's in ziekenhuizen. Voor deze analyses zijn gegevens van huisartsenpraktijken gebruikt die minimaal 30 patiënten met astma per jaar hadden.

Vitamine D-suppletie

INLEIDING

Het in 2012 verschenen advies van de Gezondheidsraad over de gewenste vitamine D-inname in Nederland [tabel 1] wordt nog niet op grote schaal gevolgd.^{1,2} Het doel van deze nascholing is om vanuit een huisartsgeneeskundig perspectief nader in te gaan op dit advies. Eerst vat ik samen wat er bekend is over vitamine D. Vervolgens bespreek ik op welke patiëntengroepen de huisarts zich voor suppletie van vitamine D het best zou kunnen richten, de plaatsbepaling van het diagnostisch bloedonderzoek en de suppletiemogelijkheden.

Samenvatting

Elders PJM. Vitamine D-suppletie. Huisarts Wet 2015;58(3):156-9.

Vitamine D-gebrek veroorzaakt rachitis en osteomalacie, spierzwakte en spierkrampen. Er is mogelijk ook een verband met vallen en fracturen. De prevalentie van vitamine D-gebrek in Nederland is hoog. De Gezondheidsraad adviseert een zonexpositie van het gezicht, de nek en de handen tijdens dagelijkse activiteiten van 15 tot 30 minuten per dag als de zon op zijn hoogst staat. Daarnaast zouden alle kinderen tot 4 jaar en alle ouderen vanaf 70 jaar een vitamine D-supplement moeten gebruiken. Ook vrouwen vanaf 50 jaar, mensen met een donkere huid en mensen met weinig zonblootstelling krijgen het advies om preventief extra vitamine D te nemen. De onderbouwing van dit advies bij deze laatste groepen is echter minder sterk. Voor de huisarts zijn de belangrijkste groepen: multimorbide ouderen met malabsorptieproblemen, nierinsufficiëntie, leverinsufficiëntie of een verhoogd fractuurrisico en patiënten met klachten die mogelijk op vitamine D-gebrek wijzen. Voor de bepaling van vitamine D-spiegels is relatief weinig plaats door de matige betrouwbaarheid van de bepaling en de hoge kans op een toevalsbevinding. Voor mensen tot 70 jaar luidt het advies een dosering van 10 microg per dag en voor mensen ouder dan 70 jaar 20 microg per dag. Dit is niet altijd voldoende, omdat therapietrouw problemen kan geven. Men kan de suppletie dagelijks, maar ook periodiek tot aan eenmaal per drie maanden nemen. De maximale veilige bovengrens bij dagelijks gebruik is 100 microg per dag. Twee onderzoeken zagen mogelijk toxische effecten bij een eenmalige dosering van respectievelijk 12.500 microg en 7500 microg. Bij klachten over vitamine D-gebrek kan een oplaaddosering soms nuttig zijn, omdat het anders maanden kan duren voordat de deficiëntie gecorrigeerd is. Een dosering van 250 microg per dag gedurende 10 dagen of 625 microg per week gedurende 6 tot 8 weken lijkt daarbij veilig te zijn.

WAT IS ER BEKEND OVER VITAMINE D?

Vitamine D₃ (25-OH-D) is een vetoplosbaar prohormoon dat in zowel de lever als in de nier gehydroxileerd wordt tot het biologisch actieve calcitriol. Vitamine D bestaat in een dierlijke vorm (cholecalciferol, vitamine D₃) en een plantaardige vorm (ergocalciferol, vitamine D₂), waarbij de dierlijke vorm de belangrijkste is. Bij verrijking van voedingsmiddelen heeft men vitamine D₂ grotendeels vervangen door (synthetisch) vitamine D₃, mede omdat vitamine D₃ een sterkere werking heeft dan D₂. Vitamine D bevordert zowel de absorptie van calcium en fosfaat in de darmen als de heropname in de nieren, en remt de afgifte van parathormoon uit de bijnierschlier. De dosering van vitamine D moeten we tegenwoordig uitdrukken in microg/l en niet langer in de nog veelgebruikte Internationale Eenheid (IE) – zie [tabel 2] voor de omrekening.

Productie onder invloed van zonlicht

Vitamine D₃ wordt onder invloed van ultraviolet licht geproduceerd in de huid als de zon hoog genoeg staat. In Nederland is dit alleen het geval van ongeveer maart tot en met september. Zowel een oudere huid als een donkere huid maakt onder invloed van de zon minder snel vitamine D aan dan een jongere, lichte huid.

Inname met de voeding

Vitamine D₃ zit op beperkte schaal in bepaalde voedingsbronnen (vette vis, lever, vlees en melkproducten) en wordt in Nederland toegevoegd aan margarine, halvarine en bak- en braadproducten. De gemiddelde inname van vitamine D

De kern

- Algemene risicogroepen voor vitamine D-gebrek zijn kleine kinderen, mensen met een donkere huid, mensen met een bedekte huid of die ('s middags) niet buiten komen, postmenopauzale vrouwen en ouderen.
- Deze risicogroepen moeten extra vitamine D gebruiken, tenzij er overtuigende aanwijzingen zijn dat dit niet nodig is.
- De huisarts kan zich het best inspannen voor: multimorbide ouderen, mensen met lever- of nierinsufficiëntie, en patiënten met klachten die op deficiëntie kunnen wijzen.
- Gezien de hoge prevalentie van vitamine D-deficiëntie en de matige betrouwbaarheid van de bepaling is het verstandig om terughoudend te zijn met het bepalen van vitamine D-spiegels.
- De adviesdosering van vitamine D is 10 microg per dag bij mensen tot 70 jaar en 20 microg per dag bij ouderen. Gezien de slechte therapietrouw kunnen hogere doseringen nodig zijn. Bij ernstig vitamine D-gebrek en gerelateerde klachten kunnen patiënten een oplaaddosering krijgen van 10.000 IE (250 microg) per dag gedurende 10 dagen of 25.000 IE (625 microg) per week gedurende 6 tot 8 weken.

Tabel 1 Patiëntengroepen die volgens het advies van de Gezondheidsraad in aanmerking komen voor suppletie van vitamine D en de onderbouwing van dit advies

	Geadviseerde dagdosering vitamine D ₃	Onderbouwing
Kinderen 0-4 jaar	10 microg = 400 IE	Rachitis kwam vroeger geregeld voor en is sinds de invoering dit beleid nagenoeg verdwenen.
Jongeren en volwassenen die een donkere huid hebben, dan wel weinig, dan wel grotendeels bedekt in de zon komen*	10 microg = 400 IE	Vitamine D-gebrek komt in deze risicogroepen veel voor. Er zijn incidenteel meldingen van rachitis, osteomalacie en spierzwakte bij ernstig vitamine D-gebrek. Er zijn incidenteel meldingen van tetanie door hypocalciëmie bij neonaten van moeders met een vitamine D-gebrek.
Vrouwen tussen 50 en 70 jaar*	10 microg = 400 IE	Suppletie van combinaties van calcium met vitamine D gaf verminderd botverlies.
Ouderen van 70 jaar en ouder	20 microg = 800 IE	Suppletie met vitamine D ₃ (10-20 mcg per dag) in combinatie met calcium verlaagt het risico op vallen bij ouderen met 15% (95%-BI 4 tot 24); bewijskracht A1 (zeer sterk bewijs).
Speciale gezondheidskundige problemen: malabsorptie, lever- of nierinsufficiëntie, osteoporose	20 microg = 800 IE of hoger op geleide van controle van de vitamine D-spiegels	Case reports en expert opinion Men heeft bisfosfonaten alléén onderzocht in combinatie met suppletie van vitamine D.

* De Gezondheidsraad formuleert dit als een preventief advies. Daarmee bedoelt deze dat er aanwijzingen zijn dat dit verstandig is, maar dat er onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van dit advies. Er is daardoor ruimte voor een persoonlijke afweging.

uit de voeding is minder dan 5 microgram per dag, is lager bij niet-westerse allochtonen en dekt de dagelijkse behoefte niet.^{3,4}

Verschuiven van vitamine D-tekort

Vitamine D-gebrek leidt tot rachitis bij kinderen en osteomalacie en botverlies bij volwassenen. Het kan ook spierzwakte en spierkrampen veroorzaken. Er zijn aanwijzingen dat vitamine D-gebrek het valrisico verhoogt en dat vitamine D-suppletie het valrisico vermindert als er een gebrek is.^{5,6} Ook heeft onderzoek aangetoond dat vitamine D-gebrek samenhangt met diverse andere aandoeningen en zelfs sterfte.⁷ Tot nu toe is daarbij echter geen causaal verband aangetoond en is er geen bewijs dat suppletie van vitamine D het risico op die aandoeningen of sterfte kan verminderen.

Oorzaken van een vitamine D-tekort

Onvoldoende blootstelling aan de zon, te lage inname via de voeding, aandoeningen die de opname remmen of ziektes die de omzetting naar de actieve metaboliet remmen (nier- en leverziekten) zijn oorzaken van vitamine D-gebrek. Mensen met overgewicht hebben vaker vitamine D-gebrek; daarbij speelt een rol dat vitamine D een vetoplosbare vitamine is. Ook is er een omgekeerde relatie tussen vitamine D-spiegels en calciuminname via de voeding, vermoedelijk omdat er bij een lage calciuminname meer vitamine D wordt gebruikt.⁸

Normaalwaarden en de prevalentie van vitamine D-gebrek

Bij 2609 ouderen van 55 tot 85 jaar had 46,2% een vitamine D-spiegel lager dan 50 nmol/l en 17,5% een spiegel lager dan 30 nmol/l.⁹ Bij niet-westerse immigranten bleek ernstig vitamine D-gebrek (< 25 nmol/l) bij 40-80% voor te komen.¹⁰ Ook bij niet-westerse zwangeren komt vitamine D-gebrek vaak voor.¹¹ De Gezondheidsraad stelt dat een spiegel lager dan 30

nmol per liter schadelijk kan zijn voor het skelet en dat het aannemelijk is dat een spiegel van 50 nmol per liter voor de meeste mensen voldoende is. De raad adviseert om bij jongeren een grens van 30 nmol/l aan te houden en bij ouderen een grens van 50 nmol/L. Er is echter onvoldoende bewijs om die grens met zekerheid vast te stellen. Er is veel discussie over deze normaalwaarden, waarbij sommigen ervoor pleiten om de normaalwaarden naar boven bij te stellen terwijl anderen deze juist naar beneden willen aanpassen.^{12,13} Inmiddels is er

Abstract

Elders PJM. Vitamin D supplementation. *Huisarts Wet* 2015;58(3):156-9.

Vitamin D deficiency causes rickets, osteomalacia, muscle weakness, and muscle cramps and might be associated with falls and fractures. The prevalence of vitamin D deficiency is high in the Netherlands. The Dutch Health Council advises exposure of the face, neck, and hands to sunlight for 15-30 minutes/day when the sun is at its highest. All young children up to 4 years of age and all people older than 70 years should take a vitamin D supplement. Women older than 50 years, people with a dark skin, and people with limited exposure to sunlight are advised to take extra vitamin D for preventive purposes, although there is no strong evidence to support this recommendation. For general practitioners, the most important patient groups are elderly patients with malabsorption, liver disease, kidney disease, or an increased fracture risk and people who attend their GP with symptoms possibly associated with vitamin D deficiency. Because of the limited accuracy of many vitamin D assays and the high risk of incidental findings, routine vitamin D testing is not advocated. The Dutch Health Council advises supplementation with 10 microg vitamin D/day for people younger than 70 years and 20 microg/day for people older than 70 years; however, this is not always sufficient because of problems with adherence. Vitamin D can be taken daily but also periodically, once every 3 months. The maximum daily dose is 100 microg/day. Two studies have reported possible adverse effects with a single supplement of 7500 microg and 12,500 microg, respectively. If there are symptoms of vitamin D deficiency, a loading dose might be beneficial in order to achieve adequate blood levels as soon as possible. A regimen of 250 microg/day for 10 days or 625 microg/week for 6-8 weeks appears to be safe for this purpose.

Tabel 2 Omrekening van vitamine D₃ van Internationale Eenheden (IE) naar microgram

Internationale Eenheid (IE)	=	microgram (microg)
1		0,025
40		1
400		10
800		20
10.000		250
25.000		625
100.000		2500
300.000		7500

wereldwijd een aantal zeer grote placebogecontroleerde onderzoeken gaande om deze kwestie nader uit te zoeken. De resultaten daarvan verwacht men in de periode van 2017 tot 2020.¹⁴

De vitamine D-spiegel is seizoensafhankelijk. Gemiddeld daalt de spiegel in de winter met 10 nmol per liter.⁸ Sommige laboratoria houden daarom in de zomer een grenswaarde van 70 nmol per liter aan. Hiervoor is geen wetenschappelijke onderbouwing. Het is heel goed mogelijk dat de seizoensinvloed bij mensen met een vitamine D-gebrek minder groot is. In hoeverre een inadequate spiegel in de winter schadelijk is bij goede waarden in de zomer is ook niet bekend.

KLINISCHE RELEVANTIE EN EFFECTEN

Sinds de invoering van suppletie van vitamine D is rachitis bij zuigelingen en jonge kinderen vrijwel geheel verdwenen.¹⁵ Gegevens over symptomen en aandoeningen door een ernstig vitamine D-tekort bij (jong)volwassenen zijn beperkt tot incidentele meldingen van stuipen bij pasgeborenen van moeders met ernstig vitamine D-gebrek, en spierpijn, spierkrampen, spierzwakte of vermoeidheid en osteomalacie bij donkere en/of gesluisde vrouwen. Suppletie van vitamine D (3750 microg, eenmalig oraal) bij niet-westerse allochtonen met een vitamine D-gebrek (< 50 nmol/l) vermindert de gerapporteerde specifieke pijnklachten van het bewegingsapparaat.¹⁶ Bij postmenopauzale vrouwen en ouderen zijn er aanwijzingen dat vitamine D in combinatie met calcium zowel botverlies als fracturen kan voorkomen.¹⁷ Ook zijn er aanwijzingen voor vermindering van vallen en verbetering van spierkracht bij ouderen met een vitamine D-deficiëntie.^{5,6,18} Suppletie van vitamine D om vallen, botverlies en fracturen te voorkomen is vermoedelijk niet zinvol als er geen vitamine D-deficiëntie (< 50 nmol/l) is.¹⁹⁻²¹

AANDACHT VOOR BIJZONDERE GROEPEN

De Gezondheidsraad adviseert suppletie voor alle kinderen tot 4 jaar en alle ouderen vanaf 70 jaar, omdat vitamine D-deficiëntie bij hen vaak voorkomt en er veel aanwijzingen zijn voor een gunstig effect. Ook patiënten met een absorptiestoornis, lever- of nierinsufficiëntie hebben een verhoogd risico op vitamine D-deficiëntie en komen in aanmerking voor suppletie. Dit geldt ook voor patiënten die corticosteroïden, bisfosfonaten, andere botsparende geneesmiddelen of anti-epileptica

gebruiken.^{22,23} Uit recent onderzoek blijkt dat de kans op vitamine D-deficiëntie bij ouderen op grond van risicofactoren goed te voorspellen is.²⁴ Dit laat ruimte om bij vitale ouderen die veel buiten komen en geen andere risicofactoren voor vitamine D-gebrek hebben een andere afweging te maken en wellicht niet of alleen in de winter te suppleren of om bij twijfel de vitamine D-spiegel te meten.

Daarnaast zijn er groepen die een sterk verhoogde kans hebben op vitamine D-gebrek, maar waarbij de mate van gezondheidswinst grotendeels onbekend is. Hiertoe behoren niet-westerse allochtonen, niet-westerse zwangeren en (jong) volwassenen die niet buitenkomen of hun huid grotendeels bedekken. De Gezondheidsraad adviseert deze mensen om voor de zekerheid vitamine D-supplementen te nemen (preventief advies), maar laat ruimte voor een andere afweging. Het gaat hier om risicogroepen die niet vaak bij de huisarts komen. Vermoedelijk kan men deze groepen beter op een andere manier bereiken. Wel dient de huisarts er bij deze patiëntengroepen rekening mee te houden dat sommige klachten (spierzwakte, spierkrampen, atypische bot- en gewrichtspijnen en frequent vallen) veroorzaakt kunnen worden door vitamine D-gebrek. Ook vrouwen vanaf 50 jaar dienen volgens het Gezondheidsraadsadvies vitamine D te gebruiken, omdat veel onderzoeken aantonen dat de gecombineerde suppletie van calcium en vitamine D in deze groep botverlies vermindert. Ook dit is een zogenaamd preventief advies met een onvolledige onderbouwing.

Als we de redelijk conservatieve Gezondheidsraadsadviezen opvolgen, moeten grote groepen mensen vitamine D-supplementen gaan gebruiken, terwijl het wetenschappelijke bewijs daarvoor niet sluitend is. Vanuit pragmatisch oogpunt valt voor huisartsen te overwegen actief vitamine D-suppletie na te streven bij patiënten met wie hij geregeld contact heeft en voor wie het aannemelijk is dat zij daarbij baat hebben: multimorbide ouderen, patiënten met nier- of leverproblemen, patiënten met osteoporose en patiënten met klachten die mogelijk worden veroorzaakt door vitamine D-gebrek. Om de suppletie gestructureerd te organiseren, kan de huisarts deze combineren met het uitdelen van de griepvaccinaties of het uitvoeren van medicatiereviews. Verder kan hij ook afspraken maken met apotheken en verzorgingstehuizen om vaker gestructureerd vitamine D-supplementen aan te bieden. Bij andere groepen kan hij informatie verschaffen als patiënten hierom vragen.

PLAATSBEPALING DIAGNOSTISCH ONDERZOEK

De belangrijkste beperking van de bepaling van de vitamine D-spiegel is de hoge prevalentie van vitamine D-deficiëntie. Als een arts vitamine D-gebrek aantoonde, kan dat een toevalsbevinding zijn. Daarnaast is de bepaling niet erg betrouwbaar.²⁵

SUPPLETIE VAN VITAMINE D

Dosering

De Gezondheidsraad adviseert een zonexpositie van het gezicht, de nek en de handen tijdens dagelijkse activiteiten van 15 tot 30 minuten per dag als de zon op zijn hoogst staat. Als er aanvulling nodig is, adviseert de raad 10 microg per dag bij mensen jonger dan 70 jaar en 20 microg per dag bij ouderen om bloedspiegels te bereiken van respectievelijk 30 nmol/l en 50 nmol/l. Een suppletie van 20 microg per dag of een drie-maandelijke dosis van 25.000 microg bij niet-westerse allochtonen met een vitamine D-deficiëntie gaf slechts in 75% van de gevallen spiegels van meer dan 30 nmol/l. Na een jaar was de helft van de proefpersonen onder deze grenswaarde gedaald, vermoedelijk door therapietrouwproblemen.⁶ Bij bewoners van verpleeg- en verzorgingstehuizen aan wie de medicatie werd uitgedeeld bleek in 90% van de gevallen een dagdosering van respectievelijk 15 en 20 microg/l na enkele maanden voldoende.²⁶ Vooral als er klachten zijn of er een duidelijke indicatie voor de suppletie is, kan de huisarts bij (vermoedelijke) therapietrouwproblemen, ernstig overgewicht of absorptieproblemen overwegen om na een aantal maanden – door vitamine D-bepaling – te controleren of de suppletie afdoende is of moet worden opgehoogd.²⁷

Oplaaddosis

Bij een ernstig vitamine D-gebrek (< 15 nmol/l) adviseert de CBO-richtlijn soms een oplaadstootkuur vitamine D omdat het anders maanden kan duren voordat het tekort is gecorrigeerd.²² Een gemiddelde dagdosering tot aan 100 microg per dag bij volwassenen acht men veilig.²⁸ Langdurige overmatige vitamine D-suppletie kan ernstige hypercalciëmie veroorzaken. Twee onderzoeken zagen meer heupfracturen en vallen na een eenmalige hoge dosering van 12.500 microg en 7500 microg vitamine D.^{29,30} Daarbij zou het om een toxisch effect van vitamine D kunnen gaan. De CBO-richtlijn osteoporose en fractuurpreventie adviseert om bij lage vitamine D-spiegels en symptomen van vitamine D-deficiëntie een 10-daagse stootkuur van 250 microg per dag te geven. Uit onderzoek in de tweede lijn bij patiënten met vitamine D-gebrek bleek dat een oplaaddosis van 625 microg per week gedurende 6 tot 8 weken veilig is.³¹

Preparaten

Vitamine D is zonder recept verkrijgbaar, maar veel van deze potjes bevatten een te lage dosering. Ook de meeste multivitaminenpreparaten bevatten te weinig vitamine D. Tegelijkertijd

zijn er via internet diverse preparaten met soms zeer hoge doseringen te bestellen. De beschikbaarheid van al deze verschillende preparaten verhoogt de kans op dubbelgebruik en overdosering.

Vitamine D op recept is voor dagelijks gebruik verkrijgbaar in tabletten van 10 microg en 20 microg, en in capsules van 70 microg en 140 microg voor gebruik eenmaal per week. Er is cholecalciferoldrank in een waterige oplossing beschikbaar met een concentratie van 1250 microg per milliliter. Dit is momenteel het goedkoopste preparaat dat wordt vergoed. Het nadeel van deze oplossing is echter dat er makkelijk doseerfouten kunnen ontstaan. Daarnaast is er een cholecalciferoloplossing in olie beschikbaar in losse ampullen van respectievelijk 625 microg en 2500 microg. Ook zijn er combinatiepreparaten met zowel calciumcarbonaat als calciumcitraatbruissgranulaat, waarbij een calciumdosering van 500 of 1000 mg gecombineerd wordt met respectievelijk 20 microg en 22 microg vitamine D₃. De ziektekostenverzekering vergoedt sommige producten die alleen op recept verkrijgbaar zijn.

CONCLUSIE

Vitamine D-gebrek veroorzaakt rachitis en osteomalacie, kan spierzwakte en spierkrampen geven, en hangt samen met vallen en fractures. Zonder deficiëntie is suppletie niet zinvol. Zuigelingen en ouderen dienen altijd een supplement te gebruiken. De Gezondheidsraad adviseert dagelijks 's middags ten minste 15 tot 30 minuten met blote handen, nek en gezicht in de zon te komen of anders een supplement te gebruiken. Ook vrouwen vanaf 50 jaar en mensen met een verhoogd risico op vitamine D-gebrek (donkere huid) krijgen het advies om preventief extra vitamine D te nemen. De onderbouwing bij deze laatstgenoemde groepen is echter minder sterk. Ook is niet bekend wat het risico is van suboptimale spiegels of van periodiek vitamine D-gebrek in de winter.

Ouderen, patiënten met klachten die wellicht door vitamine D-gebrek worden veroorzaakt en patiënten die advies vragen omtrent suppletie zijn voor de huisarts de belangrijkste groepen. Daarnaast komen patiënten met een absorptiestoornis of lever- of nierinsufficiëntie in aanmerking voor vitamine D-suppletie. Dit geldt ook voor patiënten die corticosteroiden, bisfosfonaten, andere botsparende geneesmiddelen of anti-epileptica gebruiken. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Nascholing.

'Huisartsen zien de vrouwen met de grootste gezondheidsrisico's heel vaak'

Afgelopen zomer promoveerde Hedwig Vos op haar proefschrift *Risk factors in women's health in different stages of life*. In een interview vertelt zij over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Steeds nieuwsgieriger

Vos kreeg pas aan het einde van de huisartsopleiding belangstelling om te gaan promoveren; hoe is dat zo gekomen? 'In de opleiding was er vooral aandacht voor de medisch-inhoudelijke kant van het vak en ik werd steeds nieuwsgieriger of alle informatie die we kregen wel wetenschappelijk was onderzocht. Maar ik was nog niet meteen toe aan het zelf opzetten van een onderzoek. Tijdens een symposium nodigde Toine Lagro-Janssen me uit om eens over een promotieonderzoek te komen praten. Zij vroeg vervolgens François Schellevis erbij, die betrokken was bij de Tweede Nationale Studie en me toegang gaf tot heel veel

gegevens.' Aldus begon Vos aan haar onderzoek, geheel in eigen tijd uitgevoerd en slechts voor een klein deel gefinancierd door de VNVA.

Rokende mannen en vrouwen

Vrouwen bezoeken de huisarts vaker dan mannen, reden voor Vos om te kijken of het zinvol is om bij preventie rekening te houden met gender. Ze onderzocht daartoe de risicofactoren in drie leeftijdsgroepen die zo min mogelijk interfereren met leeftijdsgebonden huisartsenbezoek: jong (18-22 jaar, voordat zich eventuele zwangerschapsproblematiek voordoet), middelbaar (45-49 jaar, voor de menopauze) en ouder (70-74 jaar, voordat ernstige ouderdomsklachten optreden). Vos: 'Van alle onderzochte risicofactoren maakte gender alleen bij roken verschil uit: rokende vrouwen bezoeken de huisarts significant vaker dan niet-rokende en andersom bezoeken rokende mannen de huisarts juist minder vaak dan niet-rokende.'

Heeft Vos enig idee waarom dit zo is? 'Ik denk dat er meerdere redenen zijn. Het is patroonmatig dat mannen met een hoog gezondheidsrisico niet snel naar de huisarts gaan en vrouwen juist wel. Maar ook verschillen de redenen om te roken: vrouwen doen dat meestal uit stress en mannen vanwege de gezelligheid. Het is voor vrouwen bovendien moeilijker om te stoppen met roken, vaak uit angst om aan te komen. Maar misschien zijn rokende mannen ook gewoon minder vaak ziek dan vrouwen. Hoe dan ook, roken vormt de belangrijkste risicofactor waar je als huisarts iets aan kunt doen. Bij de overige risicofactoren kwamen niet veel genderverschillen naar voren, maar omdat roken zo'n belangrijk gezondheidsprobleem is, was daar goed mee te leven.'

Preventie en roken

'Omdat rokende vrouwen de huisarts zo frequent consulteren, zie je dus de groep met de hoogste gezondheidsrisico's heel vaak', vervolgt Vos. 'Daar kun je dus goed je preventie op richten. Dat kan al door alleen iets over het roken te zeggen: zo'n 5% van de patiënten probeert te stoppen als de huisarts dat

aankaart. Zoiets kost weinig tijd en heeft best wat succes. Natuurlijk is er meer effect als je ook motiverende gespreksvoering toepast, maar dat kost veel meer tijd. En je kunt dat niet zomaar doorschuiven naar praktijkondersteuners, want ook hun agenda's lopen vol. Zelf wil ik het liefst het ijzer smeden als het heet is, dus ik begin meteen over stoppen met roken als er een aangrijpingspunt is tijdens het consult.'

Weten die vrouwen dan zelf niet dat bepaalde klachten voortvloeien uit het roken? Vos: 'Ik denk dat er meer klachten zijn gerelateerd aan roken dan we denken en zeker dan die vrouwen weten. Andersom kunnen klachten juist de reden zijn om te roken, bijvoorbeeld een depressie. Dan is het dus een confounder. Het zou leuk zijn om daar eens onderzoek naar te doen.'

Verschillen in gedrag en kosten

Mannen hebben veel meer risicofactoren dan vrouwen, komen minder vaak bij de huisarts en overlijden vroeger. Dat zet ze in veel opzichten op achterstand. Vos: 'Het is een interessante vraag of mannen langer zouden leven als ze vaker naar de huisarts gingen. Ze worden vrijwel altijd door iemand naar de huisarts gestuurd en je ziet soms zelfs vrouwen hun man letterlijk aan de arm mee naar binnen slepen. Mannen die getrouwd zijn leven dan ook langer; bij vrouwen is dat verschil kleiner.'

Vos vervolgt: 'Hier is nóg iets interessants aan de hand. Vrouwen gaan dus vaker naar de huisarts en vrijwel alle ziekten komen vaker bij vrouwen voor. Maar alleen in de "tussenleeftijd" zijn de zorgkosten bij vrouwen hoger en dat is gedeeltelijk logisch vanwege preconceptie en zwangerschap. Op jonge en op hogere leeftijd zijn echter de zorgkosten bij mannen hoger; bij oudere mannen zelfs gemiddeld duizend euro per jaar. Ik was erg verrast toen ik dat onlangs las.'

Heeft Vos daar misschien een verklaring voor? 'Nee, het enige wat ik kan verzinnen is dat mannen eerder naar een cardioloog worden doorverwezen en blijkbaar krijgen ze duurdere behandelingen. Maar ik heb er geen gegevens over.'



Bereidheid tot preventie

Vos onderzocht onder meer de bereidheid van huisartsen om preventie te implementeren. 'Oorspronkelijk wilden huisartsen daar niet aan; in 2000 schoot de LHV-ledenvergadering *Preventie: Maatwerk!* nog af. Maar de griepvaccinatie werd heel snel doorgevoerd in de huisartsenpraktijk. Voor een deel kwam dat door de inhoud ervan, maar vooral doordat er een tarief voor kwam. Een goede financiering is dus belangrijk, maar dat geldt ook voor de onderbouwing. De NHG-Standaard *Het Preventieconsult* is bijvoorbeeld uitgebracht met een "disclaimer" dat de evidence nog moest komen. Dat moet dan ook wel gebeuren! Daar wordt nu dus onderzoek naar gedaan.'

In 2008 was onderzocht hoe huisartsen stonden tegenover preventie conform de standaard *Het preventieconsult module cardiometabool risico* en Vos herhaalde dit in 2011. 'Hoewel er nu meer actieve preventie plaatsvindt, is de – overigens hoge – preventiebereidheid onder huisartsen iets afgenomen. Ik denk dat dit komt door het volle bord van huisartsen en die zullen ook niet erg gretig worden zolang de zorgverzekeraars er geen vergoeding tegenoverstellen. Het gaat immers om een forse logistieke operatie: patiënten selecteren, brieven opstellen en versturen, consulten plannen, herinneringen sturen, telefoontjes plegen. En als daar een zeker succes van preventie tegenover stond, zouden huisartsen het desondanks wel uitvoeren, maar die evidence ontbreekt heel vaak.'

Matchende soortgenoten

Ook heeft Vos bekeken of er verschillen zijn in preventiebereidheid tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. 'Meer mannelijke huisartsen doen aan preventie dan vrouwelijke, maar dan heb ik het over het actief uitnodigen van patiënten. Vrouwelijke huisartsen pakken het waarschijnlijk vaker op als zich iets aandient tijdens het consult; dat zou ook hun langere consultduur verklaren. Er is namelijk ook nog sprake van arts/patiënt-genderconcordantie: mannelijke patiënten komen niet uit

zichzelf naar de huisarts en moeten dus worden uitgenodigd; mannelijke huisartsen nodigen meer uit. En vrouwelijke patiënten komen vaker naar de huisarts terwijl vrouwelijke huisartsen meer aan preventie doen tijdens het consult. Ik vond het grappig om te zien dat het tussen "soortgenoten" gemakkelijker matcht.'

Preventie door de jaren heen

Vos heeft bij de drie onderzochte leeftijdsgroepen gekeken of er geschikte aangrijpingsmomenten zijn voor preventie. 'Bij jonge vrouwen is dat lastig; die wanen zich nog onschendbaar en we zagen bij hen weinig samenhang tussen de ervaren gezondheid en risicogedrag. Het is bij hen dus minder zinvol om tijdens het consult risico's aan te pakken; dat kan beter via onderwijs, ouders of de sportclub.'

En hoe zit dat met premenopauzale vrouwen? 'Er is bij hen een duidelijke relatie tussen een lage SES en risico's op hart- en vaatziekten en osteoporose. Maar vrouwen uit alle SES-lagen bezoeken hun huisarts even vaak, dus is de huisartsenpraktijk een goede plek voor preventie. Dat begint dan met het opstellen van een risicoprofiel, waarbij goed moet worden gekeken naar een aantal aspecten. Zo geeft een doorge maakte zwangerschapsvergiftiging een verhoogd risico op hart- en vaatziekten, net als een vroege overgang en opvliegers. En een polycysteus ovariumsyndroom geeft daarnaast nog een verhoogd risico op diabetes. In de standaard is daarover maar weinig opgenomen, maar momenteel wordt wel gewerkt aan een transmurale afspraak.'

Bij oudere vrouwen richt de preventie zich veeleer op de kwaliteit van leven. Vos onderzocht hiertoe de relatie tussen de ervaren gezondheid en multimorbiditeit en dan vooral of er aandoeningen zijn met een extra negatief effect. 'Vooral de combinatie van aandoeningen met ernstige hoofdpijn of rugpijn bleken de ervaren gezondheid negatief te beïnvloeden en beide soorten pijnklachten komen vaak voor bij oudere vrouwen. Het is dus goed om daar aandacht voor te hebben. Maar ook

is bij deze groep een proactieve medicatiebeoordeling geïndiceerd: wat slikt de patiënt nou precies en is dat wel goed? Daarbij moet er meer oog komen voor wat de patiënt zelf belangrijk vindt, in plaats van steeds datgene aan te pakken wat we als arts het ernstigst vinden. Want wij artsen accepteren heel veel lijden als de dood maar wordt uitgesteld, maar patiënten denken daar vaak volkomen anders over.'

Contactmomenten voor preventie

Vos zet desgevraagd nog wat tips voor huisartsen op een rijtje: 'Voor preventie bij vrouwen zijn enkele goede contactmomenten aan te wijzen. Dat begint bij meisjes met een anticonceptievraag: kaart dan roken en soa aan. Bij het preconceptieconsult werken interventies het best: vrijwel elk stel heeft minstens één risicofactor, en ook dan moet het gesprek gaan over roken maar bovendien over alcohol, foliumzuur, et cetera. Tijdens de zwangerschap zelf kun je de gerelateerde problematiek bespreken: zwangerschap als "stresstest" voor het lichaam. Bij de screening op baarmoederhalskanker kunnen roken, soa en incontinentie ter sprake komen. Rond de menopauze, maar zeker bij opvliegers, is het goed om een cardiovasculair risicoprofiel op te stellen; als er dan ook nog een combinatie is met een doorge maakte zwangerschapsvergiftiging is alertheid geboden! En bij oudere vrouwen is er tot slot het gesprek over polyfarmacie bij multimorbiditeit.'

Na de promotie

'Ik had zo gehoopt op een zwart gat, maar dat is niet gekomen', lacht Vos bij de vraag naar 'rust' na haar promotie. 'De praktijk loopt natuurlijk gewoon door, en ik ben ook nog bestuurlijk actief. Zo ben ik voorzitter van de Huisartsenkring Haaglanden, lid van de NHG-Raad van Toezicht en nog wat dingen buiten het vak. Bovendien ben ik met de kaderopleiding *Beleid en beheer* begonnen. Kortom, ik heb mijn handen wel voll!' ■

Ans Stalenhoef



Tegels

Ik houd van tegelwijsheden. Of eigenlijk, ik houd van tegelwijsheden die bij andere mensen aan de muur hangen. Wanneer ik tijdens een visite bij iemand kom met een tegeltje aan de muur is mijn dag geslaagd. Ik weet niet zo goed wat het is. Aan de ene kant zijn het vaak nietszeggende clichés, maar tegelijk zegt het tegeltje zoveel over de eigenaar.

Mijn oma's hadden allebei een tegel hangen. Beide teksten zal ik nooit vergeten. Op de tegel van mijn ene oma stond de tekst: 'Ik had er hard om kunnen lachen, wanneer het mezelf niet was overkomen'. Zoveel ironie had ik nooit achter mijn oude oma gezocht. Op de tegel van mijn andere oma stond de tekst: 'Nou En?!'. Ik weet nog dat ik als kind tegen haar zei dat ik de tekst niet begreep. Waarop mijn oma antwoorde 'Nou En?!'.

Enkele weken terug trof ik weer een tegel aan tijdens een avonddienst. Het ANW-hoofd van een verzorgingshuis had de huisartsenpost gebeld vanwege een uit de hand gelopen situatie. Het betrof een oude demente man die in het tehuis samenwoonde met zijn eveneens demente vrouw. De man was dusdanig in de war dat hij zijn eigen vrouw met de dood bedreigde. Nu deed hij dit wel



vaker, maar dit keer was hij haar echt te lijf gegaan. De paar dienstdoende verzorgenden hadden de man in zijn eigen kamer opgesloten en zijn vrouw in veiligheid gebracht. Ze wisten niet hoe nu verder te handelen. Hopelijk had de huisarts een oplossing. Tijdens de rit naar het tehuis toe vroeg ik me af waarom ik niet gewoon de consulten was blijven doen.

Bij aankomst in het tehuis stond het ANW-hoofd ons al op te wachten. Ze had rode bloesjes op haar wangen. Terwijl we naar de kamer van de man toe liepen, zag ik een oude jammerende vrouw in de gang zitten. Dit was waarschijnlijk de echtgenote. Eenmaal in de kamer troffen we de man aan in de badkamer. Hij was op het toilet gaan zitten en zat met holle ogen naar de muur te staren. Behoudens een half open nachthemd had hij geen kleren aan. Met zijn linker hand plukte hij onrustig aan een knoopsgat. Het was een boom van een vent, met lange tanige armen en akelig grote handen. Ik kon me voorstellen dat de verzorgenden bang van hem waren. De man schrok toen ik hem gedag zei. Hij begon meteen te ratelen over de soldaten die eraan kwamen en zijn huis wilden afbranden. Hij moest zijn vrouw beschermen maar hij was haar kwijtgeraakt. Schichtig keek hij om zich heen.

Aanvankelijk vertrouwde de verwarde man me niet. Hij was argwanend en ook mijn bruine dokterstas riep allerlei achterdocht op. Gedurende het gesprek werd hij toch rustiger. Uiteindelijk was er een lichamelijk onderzoek mogelijk. Ik deed een poging om naar zijn longen te luisteren, ondertussen probeerde het ANW-hoofd hem in een koffiekopje te laten plassen, terwijl de man zachtjes over de soldaten bleef prevelen. Het voelde wat surrealistisch. Na het onderzoek liet de man zich onder lichte dwang naar zijn bed begeleiden en viel hij half huilend in slaap. Hij was immers nog steeds zijn vrouw kwijt.

Dementie, de Van Dale vat de aan-doening pakkend samen; 'geestelijke aftakeling'. Iemands geest is langzaam

aan het verdwijnen terwijl het lichaam nog wat aanmoddert. Zeker in de laatste fase staat iedereen zo machteloos. Er is steeds meer een discussie gaande over de mogelijkheid van euthanasie bij dementie. Ik weet niet wat ik daarvan vind. Op het moment zelf kan een demente zich nauwelijks meer uitspreken over zijn of haar doodswens. Het zou dan vanuit de familie komen en een eventuele wilsverklaring. Maar ook dan, hoe bepaal je wanneer het moment daar is? Bepaalt de arts dat, de familie? In het geval van de bovenstaande patiënt kan ik me vinden in het uitzichtloos lijden. Maar ervaart deze man dat ook zo? Die denkt wellicht dat de soldaten hem alsnog te pakken hebben gekregen, zodra je met de spuit komt aanzetten. Misschien vind ik wel dat euthanasie mogelijk moet zijn, in uitzonderlijke gevallen. Alleen wil ik niet degene zijn die het moet uitvoeren.

Terug naar de visite. Toen ik het appartement van het echtpaar uitliep viel mijn oog op de tegel boven de schoorsteen. 'Een dag niet gelachen is een dag niet geleefd'. Hoelang zou dit echtpaar al niet meer in leven zijn? ■

Siri Visser

Siri Visser is waarnemend huisarts.



KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw Farouk, 34 jaar, komt op het spreekuur van de huisarts met een bobbel aan de dorsale zijde van de rechterpols. Ze heeft er last van. De huisarts stelt de diagnose 'ganglion'. De huisarts stelt voor de inhoud van het ganglion te aspireren en lokaal corticosteroïden achter te laten. De aios is het met dit beleid niet eens; zij stelt voor slechts te aspireren omdat, zo zegt zij: 'het achterlaten van corticosteroïden geen meerwaarde heeft boven aspiratie alleen'.

1. De bewering van de aios is correct.

De aios vraagt wat de huisarts zou doen als mevrouw Farouk een recidief ganglion krijgt. De huisarts zegt dat zij dan zou verwijzen voor excisie.

2. Dit beleid is correct.

Mevrouw Van der Weide, 56 jaar, bezoekt het spreekuur van de huisarts. In verband met stressincontinentie is zij sinds drie maanden in behandeling bij een gespecialiseerde bekkenbodetherapeut. Volgens deze therapeut traint mevrouw Van der Weide goed. De oefeningen hebben echter nog geen effect gehad. Mevrouw Van der Weide is teleurgesteld en vraagt of medicijnen haar kunnen helpen. De huisarts beaamt dit en schrijft (1) oestrogenen voor, voor vaginaal gebruik. De huisarts adviseert de bekkenbodemoefeningen voort te zetten omdat (2) het effect na drie maanden nog niet te beoordelen is.

3. De behandeling na (1) is in dit geval een correct.

4. De informatie na (2) is in dit geval correct.

Miranda, 16 jaar, vraagt de huisarts om een middel tegen reisziekte. Ze gaat komend weekeinde naar Schiermonnikoog. De huisarts vraagt of zij hiertegen eerder iets heeft gebruikt. Dit is niet het geval. De huisarts twijfelt tussen het voorschrijven van scopolaminepleisters of een antihistaminicum.

5. Scopolamine is in dit geval het middel van eerste keus.

6. Van de antihistaminica zijn alleen klassieke antihistaminica werkzaam bij bewegingsziekte.

De huisarts bezoekt mevrouw Blom, 59 jaar. Zij heeft macarcinoom, in een terminaal stadium. Ze gaat zienderogen achteruit. Ze heeft last van toenemende kortademigheid ondanks een optimale behandeling. Mevrouw Blom geeft bij het huisbezoek aan dat ze zich totaal uitgeput voelt; ze wil slapen en niks meer voelen. Ze refereert aan een eerder gesprek met de huisarts over palliatieve sedatie. De huisarts onderzoekt of aan de voorwaarden voor starten met palliatieve sedatie wordt voldaan. Hij gaat ondermeer na of er refractaire symptomen aanwezig zijn en stelt vast (1) dat in dit geval de kortademigheid een refractair symptoom is. Daarnaast schat de huisarts de levensverwachting van mevrouw Blom: deze schat hij op maximaal een week.

7. De bewering na (1) is correct.

8. De geschatte levensverwachting van mevrouw Blom voldoet aan de voorwaarden om te starten met palliatieve sedatie.

De heer Vroom, 32 jaar, komt op het spreekuur, omdat hij denkt dat hij een geslachtsziekte heeft. Hij heeft een pijnlijk zweertje op zijn penis ontdekt. De laatste tijd heeft hij wisselende seksuele contacten gehad. Afscheiding heeft hij niet. Bij het lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een 6 mm groot, geïndureerd ulcus op de schacht van de penis. De lymfklieren in de lies zijn vergroot. De huisarts overweegt de diagnose primaire syfilis.

9. Bij deze diagnose past de klacht dat het zweertje pijnlijk is.

10. Bij deze diagnose past de klacht dat de lymfklieren in de lies vergroot zijn.

De antwoorden staan op pagina 172.

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

Schrale oude wijn in nieuwe zakken

D De wens om prostaatkanker effectief te bestrijden vormt een belangrijke drijfveer voor veel wetenschappelijk onderzoek. Vroege opsporing moet de uitgroei van prostaatkanker tot een dodelijke ziekte voorkomen. Recent verscheen de derde publicatie van de ERSPC-trial, het Europese onderzoek naar prostaatkankerscreening.¹ Het betreft nu de analyse na 13 jaar, na eerdere publicaties over 9 en 11 jaar follow-up.

INLEIDING

ONDERZOEK

Design In de ERSPC-trial werden in 7 Europese landen ruim 162.000 mannen gerandomiseerd. Bij de interventiegroep werd iedere 2-4 jaar een PSA-waarde bepaald, en indien verhoogd ($\geq 3,0$ ng/ml) gevolgd door een prostaatbiopsie. De controlegroep werd gevolgd zonder actieve opsporing. De eerdere publicaties toonden dat screening de sterfte aan prostaatkanker verlaagde. Het opzetten van een bevolkingsonderzoek bleek evenwel niet verstandig vanwege het relatief hoge aantal mannen dat behandeld moet worden om één sterfgeval aan prostaatkanker te voorkomen – met het risico op iatrogene schade.

Resultaten Uit deze derde publicatie blijkt dat screenen ook na 13 jaar nog effectief is. Om één sterfgeval aan prostaatkanker te voorkomen, moeten 781 mannen gescreend worden, van wie er 27 gediagnostiseerd en behandeld worden. Middels screening wordt de helft méér gevallen van prostaatkanker opgespoord: bij 10,2% van de mannen in de interventiegroep tegen 6,8% van de mannen in de controlegroep. In de Nederlandse (NL) subgroep zelfs ruim tweemaal zoveel (12,5% versus 6,2%).

Conclusie van de auteurs Na 13 jaar worden de cijfers voor screening gunstiger. Een bevolkingsonderzoek is nog een brug te ver, maar efficiëntere behandelmethoden zouden dit probleem moeten (kunnen) gaan oplossen.

INTERPRETATIE

Het eerste goede nieuws: opsporen lijkt lukt dus wel te lukken. Maar: een derde van de gevallen van prostaatkanker in de screeningsgroep werd gemist door non-compliance van de deelnemers en intervaltumoren (totaal: $2525/7408 = 34\%$; NL $371/2180 = 17\%$).

Ander goed nieuws: screening is (desondanks) effectief. Maar opvallend genoeg bleken niet alle leeftijdsgroepen hiervan op dezelfde manier te profiteren. Bij de deelnemers van 70-74 jaar trad een oversterfte van 17% op door screening, terwijl bij de jongere leeftijdsgroepen (< 55 jaar, 55-59 jaar en 60-64 jaar) screening wel leidde tot 10-19% minder sterfte.

Voor de leeftijdsgroep 65-69 jaar was het voordeel van screenen het grootst (31% minder sterfte). Het is moeilijk in te zien waarom de leeftijdsgroep 65-69 jaar zoveel sterker profiteert van screening dan de andere jongere leeftijdsgroepen en de 70-plusser juist niet. Als hier een evidente verklaring voor (gevonden) is, kan dat aanleiding zijn om screenende prostaatkankertests – indien al uitgevoerd – te beperken tot een nauw omschreven leeftijdscategorie.

Ander minder goed nieuws: de onderzoekers schatten dat er door screening zo'n 40% overbehandeling plaatsvindt. Is dat veel? Laten we deze vraag in perspectief plaatsen door een vergelijking met het recent gestarte bevolkingsonderzoek darmkanker. Dat biedt ook de mogelijkheid om een wijdverbreid misverstand uit de weg te ruimen. Prostaatkankerscreening vindt namelijk niet plaats met behulp van de PSA-waarde alleen, maar via de combinatie van PSA-test met biopsie. Dit is vergelijkbaar met de combinatie van de faecetest op occult bloed (iFOBT) met colonoscopie. De iFOBT-test wordt gedaan om te bepalen bij wie een indicatie bestaat voor een colonoscopie ('risicofstratificatie'). De screeningsprocedure wordt daarvoor efficiënter, minder belastend en minder medicaliserend. Analooog is de PSA-waarde de eerste stap om te bepalen of een biopsie nodig is. Pas na de biopsie is de screeningsprocedure afgerond.

Deze vergelijking valt voor de prostaatkankerscreening niet gunstig uit. Naar aanleiding van de PSA-waarden werden in de ERSPC op 72.891 gescreende deelnemers 20.188 biopsieën uitgevoerd (NL op 17.443 zelfs 8332). Het is dus goed om de patiënt die u vraagt om een PSA-test, te vertellen dat hij een grote kans loopt dat hij na de PSA-test verwezen wordt (zo'n 20-30%). Ter vergelijking: bij de iFOBT mogen slechts 6,4% vervolgonoscopieën verwacht worden.² Daarmee discrimineert de iFOBT aanzienlijk beter wie een belastend vervolgonderzoek moet krijgen dan de PSA-test. En terwijl de colonoscopie meteen de kankervorstadia (poliepen) kan verhelpen en het eindstation van de behandeling kan zijn, levert de prostaatbiopsie alleen een bevestiging van de diagnose. De behandeling moet dan nog beginnen.

Zo beschouwd heeft de effectieve vroege opsporing van prostaatkanker nog een lange weg te gaan. ■

LITERATUUR

- 1 Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014;384:2027-35.
- 2 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Factsheet bevolkingsonderzoek darmkanker, versie oktober 2013. www.rivm.nl.

Praten over het levenseinde?

INLEIDING

In de westerse maatschappij wordt in toenemende mate waarde gehecht aan autonomie, zelfbeschikking en betrokkenheid bij de besluitvorming rond levenseindezorg. Zeker in de palliatieve zorg wordt het belang gezien van advance care planning in de laatste levensfase, en het maken van afspraken op basis van de wensen van de patiënt. In de dagelijkse praktijk merken we echter dat patiënten niet altijd open staan voor, of in staat zijn tot, een gesprek over hun levenseinde. Er zijn in de afgelopen jaren een aantal onderzoeken verricht onder patiënten met een levensbedreigende ziekte en in de algemene bevolking die vooral waren gericht op advance care planning. Informatie over hun eigen diagnose, prognose en behandelopties is daarbij een eerste vereiste om betrokken te kunnen zijn bij besluitvorming. Belgische onderzoekers hebben zich afgevraagd in hoeverre mensen geïnformeerd willen worden over hun eigen levenseindezorg.¹

ONDERZOEK

Design In dit onderzoek worden data gebruikt van de vierde Belgische Gezondheidsenquête die in 2008-2009 is uitgevoerd. Het is een cross-sectioneel onderzoek onder de Belgische bevolking, waarbij at random huishoudens werden geselecteerd. De leden van het huishouden (maximaal vier en ouder dan 15 jaar) werd gevraagd een enquête in te vullen. Van de gevraagde huishoudens participeerde 55% in het onderzoek. In deze vierde Gezondheidsenquête waren vragen over de informatievoorkeuren ten aanzien van levenseindezorg opgenomen. Daarbij ging het om zes specifieke aspecten van levenseindezorg, in een hypothetisch scenario met een levensbedreigende ziekte.

Resultaten In dit onderzoek wilde 82% van de ondervraagden altijd worden geïnformeerd over de diagnose, de kans op genezing en de beschikbare behandelingen. Over de levensverwachting wilde 77% geïnformeerd worden, over mogelijkheden van palliatieve zorg 72% en over mogelijkheden om het leven te verlengen of te bekorten 67%. Dat lijkt weinig, maar een flink deel van de ondervraagden wilde wel geïnformeerd worden, maar alléén als zij daar zelf om vroegen (respectievelijk 11%, 14%, 17% en 20%). Slechts een klein deel wilde géén informatie (respectievelijk 2,5%, 5%, 4% en 6%).

Als het ging om het informeren van hun naasten over deze onderwerpen, wilde rond de 45-55% van de ondervraagden dat hun naasten altijd werden geïnformeerd en 30-35% alleen als zij daarom vroegen. Van de ondervraagden wilde 8-11% niet dat hun naasten werden ingelicht.

Jong volwassenen, hoger opgeleiden en mensen met een vaste huisarts, gaven vaker aan altijd geïnformeerd te willen worden. Jong volwassenen en vrouwen wilden minder vaak dat hun naasten geïnformeerd werden.

Conclusie van de auteurs De meerderheid van de Belgische popu-

latie wil altijd geïnformeerd worden over aspecten rond het levenseinde als ze geconfronteerd worden met een levensbedreigende ziekte. Artsen moeten zich bewust zijn van het gewenste niveau van informatie en informatie afstemmen op de individuele voorkeuren.

INTERPRETATIE

Een grote groep ondervraagden wenst alléén informatie als zij daarom zouden vragen. Onduidelijk blijft waar het vragen om informatie van afhankelijk is of door beïnvloed kan worden. Ook in (ander) onderzoek onder patiënten met kanker bleek dat veel patiënten zelf willen bepalen of en wanneer er over met name prognose en levenseindezorg wordt gesproken.

Omdat dit onderzoek onder de algemene bevolking is uitgevoerd met een in meerderheid goede gezondheid, is het de vraag hoe goed een ieder zich in een scenario van een levensbedreigende ziekte kon inleven en zou kunnen voorzien wat dan zijn of haar voorkeuren zouden zijn. In eerder onderzoek is aangetoond dat de informatievoorkeuren kunnen fluctueren in de loop van een ziekbed. Daarnaast speelt ook de leeftijd een rol: de wens geïnformeerd te worden neemt af met de leeftijd.

Dat neemt niet weg dat een ruime meerderheid van de (Nederlandse) bevolking betrokken wil zijn bij de besluitvorming aan het einde van het leven. In een ander onderzoek² in zeven Europese landen, waaronder Nederland en België, wilde 72% van de geënkquêteerde Nederlanders en 63% van geënkquêteerde Belgen betrokken zijn bij de besluitvorming van hun levenseindezorg.

In het Belgische onderzoek bleek dat mensen met een vaste huisarts vaker geïnformeerd wilden worden (in België heeft inmiddels 95% van de bevolking een vaste huisarts). Naar verwachting is dit voor de Nederlandse bevolking niet veel anders.

Dit onderzoek maakt duidelijk dat we ons steeds weer moeten afvragen of en in hoeverre patiënten informatie over levenseindezorg willen krijgen. En dat we hen eerst moeten vragen of en waarover ze informatie willen ontvangen. Dat speelt nog meer als het gaat om het informeren van naasten. Levenseindezorg blijft zorg op maat. ■

LITERATUUR

- 1 De Vleminck A, Pardon K, Roelands M, Houttekier D, Van den Block L, Vander Stichele R, et al. Information preferences of the general population when faced with life-limiting illness. *Eur J Public Health* 2014; sept 22.
- 2 Harding R, Simms V, Calanzani N, Higginson IJ, Hall S, Gysels M, et al. If you had less than a year to live, would you want to know? A seven-country European population survey of public preferences for disclosure of poor prognosis. *Psycho-Oncology* 2013; 22:2298-2305.



Abortus: risico vroeggeboorte bij volgende zwangerschap?

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. J.A.H. Eekhof • Correspondentie: j.eekhof@nhg.org.

Vraagstelling Abortus provocatus lege artis (APLA) kan gepaard gaan met complicaties, zoals weefselbeschadiging met littekenvorming aan cervix of uterus, of infectie. Deze schade zou bij een volgende zwangerschap kunnen leiden tot cervixinsufficiëntie en daarmee vroeggeboorte (zwangerschapsduur < 37 weken). Mogelijk is er een verschil in het voorkomen van vroeggeboortes na chirurgische (zuigcuretage of dilatie/evacuatie) en medicamenteuze APLA's.

Zoekstructuur We zochten in The Cochrane Library, NHG-Standaarden, en richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en het Nederlands Genootschap van Abortusartsen. In februari 2014 zochten we in PubMed met de zoektermen 'pregnant (women)', 'pregnancy', 'premature birth', 'premature obstetric labor' en 'abortion'.

Resultaten In de Cochrane Library en in de richtlijnen vonden we geen informatie. De search in PubMed leverde 79 hits. We excludeerden artikelen waarin geen verschil werd gemaakt tussen spontane of geïnduceerde abortus. Er bleven 36 artikelen over; drie waren relevant voor beantwoording van onze vraagstelling.

Bespreking Shah bekeek in een meta-analyse de associatie tussen APLA in de voorgeschiedenis, een laag geboortegewicht, prematuriteit en dysmaturniteit.¹ Er werden 37 cohort- en patiëntcontroleonderzoeken geïncludeerd met in totaal 268.379 vrouwen. De onderzoeken waren heterogeen van opzet en moeilijk vergelijkbaar. Zo werd op verschillende wijzen vastgesteld of een APLA was gedaan: via databases, medische statusvoering, zelfrapportage of interviews. Uit eerder onderzoek blijkt dat APLA's vaker voorkomen bij ongetrouwde, jonge vrouwen met een laag socio-economische status. Sommige onderzoeken corrigeerden hiervoor. Een voorgeschiedenis met één APLA was geassocieerd met een verhoogd risico op prematuriteit in een volgende zwangerschap (gecorrigeerde OR 1,27; 95%-BI 1,12-1,44). Bij meerdere APLA's was het risico op prematuriteit groter (OR 1,62; 95%-BI 1,27-2,07). De kwaliteit van evidence was laag door het observationele karakter van het onderzoek en brede betrouwbaarheidsintervallen. Funnel plots wezen op publicatiebias.

Liao deed cohortonderzoek onder 18.328 Chinese zwangeren.² Van hen hadden 7478 een APLA ondergaan, van wie 2322 één of meerdere medicamenteuze, 3988 één of meerdere chirurgische en 1168 zowel chirurgisch als medicamenteus. De controlegroep bestond uit 10.546 zwangere vrouwen (nooit een APLA ondergaan). Een APLA gaf een groter risico op een premature partus

(OR 1,4; 95%-BI 1,1-1,8), vooral bij meerdere chirurgische APLA's (> 3 APLA's OR 1,62; 95%-BI 1,27-3,42), maar niet bij medicamenteuze APLA's (OR 1,03; 95%-BI 0,53-1,63). De chirurgische methode werd gemiddeld later in de zwangerschap toegepast. Er werd geen onderscheid gemaakt tussen curettage en dilatie met evacuatie.

Klemetti deed een patiëntcontroleonderzoek waarbij hij gegevens uit nationale geboorteregisters van 300.858 moeders (eerste bevalling tussen 1996-2008) koppelde aan abortusregisters.³ Van deze vrouwen hadden 31.083 (10,3%) één APLA ondergaan, 4417 (1,5%) twee en 942 (0,3%) drie of meer. 88% van de APLA's was chirurgisch. Er werd gecorrigeerd voor leeftijd, huwelijks staat, socio-economische status, urbaniteit, roken, eerdere ectopische zwangerschappen en miskramen. Het AR op vroeggeboorte was 5,6% zonder APLA, 6% na één APLA, 6,3% na twee APLA's en 8,4% na drie APLA's. Het risico op vroeggeboorte was alleen na drie of meer APLA's significant verhoogd (OR 1,35; 95%-BI 1,07-1,71). De correlatie met extreme vroeggeboorte (< 28 weken) leek sterker en gold al na één APLA, hoewel niet-significant verhoogd: OR 1,19; 95%-BI 0,98-1,44. Bij meerdere APLA's nam dit risico toe: OR 1,69 (95%-BI 1,14-2,51) na twee en 2,78 (95%-BI 1,48-5,24) na drie APLA's.

Conclusie Er lijkt een verband tussen APLA's in de voorgeschiedenis en een premature partus in volgende zwangerschappen. De resultaten moeten we echter terughoudend interpreteren vanwege de lage methodologische kwaliteit van de evidence. Er zijn aanwijzingen dat de medicamenteuze methode minder of geen risicoverhoging geeft; de chirurgische methode kan tot meer schade leiden. Waarschijnlijk wordt in China vaker gebruik gemaakt van dilatie met evacuatie met een groter risico op weefselbeschadiging en complicaties. Dit is niet representatief voor onze situatie. In Nederland wordt zuigcuretage (79,4% in 2008) het meest toegepast, 11,8% van de APLA's was medicamenteus en het percentage dilatie en evacuatie was 7,9%.⁴

Betekenis Het risico op een premature partus na een APLA is klein, maar lijkt toe te nemen na meerdere APLA's. Premature bevallingen zijn de belangrijkste oorzaak van perinatale sterfte en complicaties op de lange termijn.⁵ De evidence is echter van lage kwaliteit. Het valt te overwegen om alleen vrouwen met een herhaald abortusverzoek in de huisartsenpraktijk te informeren over het mogelijk verhoogde risico op een premature bevalling. ■

LITERATUUR

- Shah PS, Zao J. Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. BJOG 2009;116:1425-42.
- Liao H, Wei Q, Duan L, et al. Repeated medical abortions and the risk of preterm birth in the subsequent pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2011;284:579-86.
- Klemetti R, Gissler M, Niinimäki M, et al. Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland. Hum Reprod 2012;27:3315-20.
- Rutgers WPF. Rapport landelijke abortusregistratie, 2008.
- Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie. Richtlijn dreigende vroeggeboorte. Utrecht, 2011.

Keuzehulpen effectiever dan traditionele voorlichting

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

Context Bij gedeelde besluitvorming (shared decision making) nemen arts en patiënt samen een beslissing over (onder andere) screening of behandeling. Wetenschappelijke bewijsvoering en aansluiten bij de voorkeuren van de patiënt staan hierin centraal. Keuzehulpen (decision aids; zie bijvoorbeeld via <http://keuzehulpen.thuisarts.nl> en www.med-decs.org) zouden hierin kunnen ondersteunen, maar ze worden in de dagelijkse praktijk nog beperkt gebruikt.

Klinische vraag Wat zijn de effecten van keuzehulpen voor mensen bij de besluitvorming over een behandeling of screening?

Conclusie auteurs Het betreft een update van een eerdere Cochrane-review met een totaal van 115 onderzoeken met 34.444 patiënten. Er is kwalitatief hoog bewijs dat patiënten die keuzehulpen gebruiken meer kennis hebben over hun opties en zich beter geïnformeerd en minder onzeker voelen over hun persoonlijke waarden, vergeleken met reguliere zorg. Er is kwalitatief matig bewijs dat keuzehulpen mensen stimuleren om een actieve rol te spelen in het besluitvormingsproces, en een realistischer verwachting krijgen van voor- en nadelen. Er is kwalitatief laag bewijs dat keuzehulpen zorgen voor meer congruentie tussen de gekozen optie en de persoonlijke waarden.

Beperkingen Sommige onderzoeken introduceerden bias door selectieve rapportage van de uitkomsten of het ontbreken van blinding. Slechts 11 onderzoeken keken naar het effect op hardere gezondheidsuitkomsten, zoals gedrag (keuze, compliance), gezondheidsstatus (kwaliteit van leven, angst, depressie, stress, spijt, vertrouwen) en gezondheidszorgsysteem (kosten, consultduur).

COMMENTAAR

Uit deze review blijkt dat keuzehulpen een positief effect hebben op kennis over de mogelijke opties, en op inzicht in de persoonlijke waarden die van belang zijn bij de keuze. Toch is een algemene conclusie over hét effect van het gebruik van keuzehulpen bij gedeelde besluitvorming niet mogelijk door de grote heterogeniteit in (onder andere) soorten interventies en uitkomstmaten. De 115 onderzoeken betroffen immers 46 verschillende beslissingen, variërend van prostaatkanker-screening (15 onderzoeken), darmkanker (10), hormoontherapie bij vrouwen in de overgang (10), maar ook operatieve ingrepen (mastectomie, hysterectomie, prostatectomie, bariatrische chirurgie). Ook zijn er verschillen in de controle-interventie waarmee wordt vergeleken: geen interventie, 'usual care', algemene informatie of een eenvoudige keuzehulp.

Veel onderzoeken uit deze review hebben betrekking op

onderwerpen die in de huisartsenpraktijk voorkomen, zoals de PSA-test voor prostaatkanker, of hormoontherapie bij de overgang.

Een groot deel van de bevindingen is relevant voor de huisartsenpraktijk. Zo hebben patiënten die via de keuzehulp informatie krijgen over de kansen op uitkomsten van de verschillende opties een betere risicoperceptie dan degenen die deze informatie niet krijgen. Door expliciete aandacht in de keuzehulp voor waardenverheldering, komen mensen vaker tot een keuze die aansluit op hun persoonlijke waarden. Op het gebied van screening draagt de keuzehulp bij aan een hogere deelname bij borstkanker, colonkanker en erfelijke kanker en tot een lager aantal mannen dat kiest voor een PSA-test.

In veel richtlijnen, waaronder enkele NHG-Standaarden, komen onderwerpen aan bod waarbij er meerdere behandelopties zijn en dus gedeelde besluitvorming aan de orde is. Het gebruik van een keuzehulp tijdens het consult of het verwijzen ernaar kan hierbij behulpzaam kan zijn.

De conclusie dat het gebruik van keuzehulpen effectiever is dan traditionele voorlichting en informatie-overdracht is op grond van deze Cochrane-review wel gerechtvaardigd. Keuzehulpen zijn een hulpmiddel om gedeelde besluitvorming bij uitleg en advisering in de spreekkamer te ondersteunen, en patiënten te helpen een geïnformeerde keuze te maken. Dit kan door ze tijdens het consult te bespreken, of door patiënten ernaar te verwijzen en er bij een volgend consult op terug te komen. Hoewel huisartsen aangeven dat ze al aan gedeelde besluitvorming doen, blijkt uit consultobservaties dat dit vaak niet expliciet gebeurt.

De implementatie van keuzehulpen in de dagelijkse praktijk is nog beperkt. De toepassing ervan kan worden bevorderd door ze beter te integreren in richtlijnen over onderwerpen met preferentiegevoelige beslissingen en meer dan één behandeloptie. In enkele NHG-Standaarden (CVRM, Mictieklachten, Overgang, Otitis media) is dit reeds het geval. De overplaatsing van de keuzehulpen (die tot voor kort op kiesBeter stonden) naar Thuisarts.nl maakt het makkelijker voor huisartsen om ernaar te verwijzen. In de toekomst zullen ook keuzehulpen en andere keuze-instrumenten van externe organisaties op Thuisarts.nl en andere veelbezochte gezondheidswebsites komen. Dat kan een impuls geven aan zowel arts als patiënt om gezamenlijk beslissingen te nemen in aansluiting op de voorkeuren van de patiënt. ■

LITERATUUR

- 1 Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2014;1:CD001431.

NHG, afdeling Implementatie, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. A.J.M. Drenthen, teamleider Preventie & patiëntenvoorlichting • Correspondentie: t.drenthen@nhg.org



Primair hyperaldosteronisme en hypertensie

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

PRAKTIJKVRAAG

Wat is de prevalentie van primair hyperaldosteronisme (PHA) als oorzaak van hypertensie in de eerste lijn?

HUIDIG BELEID

De NHG-Standaard CVRM adviseert diagnostiek naar secundaire hypertensie bij: klinische aanwijzingen voor secundaire hypertensie, hypokaliëmie, vermoeden van chronische nier schade of therapieresistente hypertensie.

Voor diagnostiek naar secundaire hypertensie wordt een patiënt verwezen naar de tweede lijn. Hier wordt onder andere het aldosteron en renine in het bloed bepaald, waaruit de aldosteron-renine ratio wordt berekend. Bij afwijkende waarden wordt de diagnose PHA bevestigd of uitgesloten met een zoutbelastingstest. De diagnose PHA staat vast wanneer het aldosteron hoog blijft (en dus niet onderdrukt wordt). Het is belangrijk dat de patiënt tijdens dit biochemisch onderzoek normokaliëmisches is en geen antihypertensieve medicatie gebruikt die de diagnostiek kan verstoren.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Het blijkt dat PHA als onderliggende oorzaak van hypertensie vaker voorkomt dan werd aangenomen (prevalentie < 1%). Huidige schattingen in de eerste lijn liggen tussen de 6-13%, waarbij de prevalentie stijgt naarmate de bloeddruk hoger en/of moeilijker te behandelen is.¹ Daarnaast is PHA, onafhankelijk van de bloeddruk, geassocieerd met een sterk verhoogd risico op cardiovasculaire complicaties (waaronder CVA, myocard infarct, atriumfibrilleren). Zeer waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt door de hoge concentraties van het hormoon aldosteron.² Bovendien is de behandeling van PHA anders dan de behandeling van essentiële hypertensie: bij PHA behoort aandacht te zijn voor zowel bloeddrukregulatie als het antagoneren van de schadelijke effecten van aldosteron.

STAND VAN DE ZAKEN IN DE LITERATUUR

Bij PHA is er sprake van autonome aldosteronproductie door één of beide bijnieren. Een éézijdige afwijking betreft unilaterale hyperplasie of een unilateraal adenoom (voorheen 'morbus Conn'), waarbij een adrenalectomie de aangewezen behandeling is. Afwijkingen aan beide bijnieren wordt bila-

terale hyperplasie genoemd. De behandeling bestaat uit specifieke medicijnen: mineralocorticoïd-receptorantagonisten (bijvoorbeeld spironolacton). Ook wanneer een unilaterale oorzaak niet geopereerd kan worden, bestaat de behandeling uit mineralocorticoïd-receptorantagonisten.

Het resultaat van een adrenalectomie is sterk afhankelijk van de duur van het bestaan van PHA. Daarnaast neemt de cardiovasculaire schade toe naarmate het PHA langer bestaat. Het is dus essentieel deze diagnose zo vroeg mogelijk te stellen. Desondanks bedraagt de tijd tussen het stellen van de diagnose hypertensie en de diagnose PHA gemiddeld acht jaar.

Een bekende alarmbel om essentiële hypertensie te onderscheiden van een mogelijk aanwezige secundaire hypertensie is een hypokaliëmie, wat een symptoom kan zijn van PHA. Echter, grofweg presenteert slechts één op de vier patiënten met PHA zich met een hypokaliëmie (spreiding 9-37%). Behalve een hypokaliëmie, ernstige hypertensie of een moeilijk te behandelen hypertensie heeft de huisarts vooralsnog geen aanknopingspunten om aan PHA te denken. Om deze diagnose toch zo vroeg mogelijk te stellen en de patiënt een adequate behandeling te kunnen bieden, pleit een aantal onderzoekers om screening op PHA in te voeren in de eerste lijn. Hiervoor is accurate kennis over de prevalentie van PHA nodig. Echter, de bestaande prevalentieonderzoeken hebben aanzienlijke methodologische beperkingen, waardoor een betrouwbare schatting van de prevalentie niet mogelijk is. Het nut van screening staat derhalve ter discussie.

CONCLUSIE

Er zijn aanwijzingen dat hypertensie veroorzaakt door PHA in de eerste lijn frequenter voorkomt dan werd gedacht. Het is van belang deze vorm van secundaire hypertensie adequaat te behandelen, aangezien PHA leidt tot cardiovasculaire eindorgaanschade. Het PAGODE-onderzoek (www.pagodestudy.com) tracht duidelijkheid te krijgen in de prevalentie van PHA bij patiënten met nieuw gediagnosticeerde hypertensie in de eerste lijn in Nederland. Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek kan de vraag beantwoord worden: is screening op PHA zinvol en zo ja, onder welke condities?

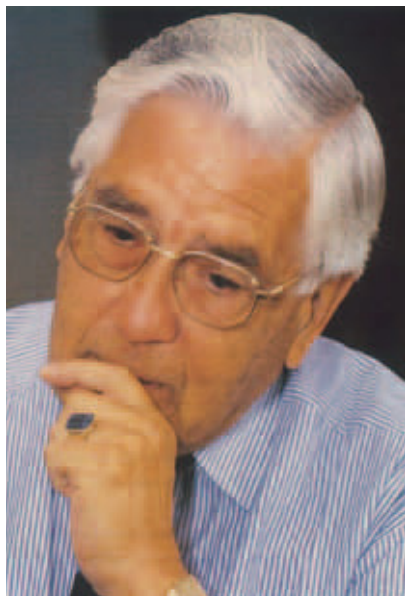
BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAGEN

Wat is de prevalentie van PHA in de huisartsenpraktijk en zijn er bij een vroege detectie van PHA in de huisartsenpraktijk al aanwijzingen voor cardiovasculaire schade? ■

LITERATUUR

- 1 Funder JW, Carey RM, Fardella C, Gomez-Sanchez CE, Mantero F, Stowasser M, et al. Case detection, diagnosis, and treatment of patients with primary aldosteronism: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2008;93:3266-81.
- 2 Milliez P, Girerd X, Plouin PF, Blacher J, Safar ME, Mourad JJ. Evidence for an increased rate of cardiovascular events in patients with primary aldosteronism. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:1243-8.

In Memoriam Karel Gill



Op 5 januari 2015 overleed Karel Gill, 91 jaar oud, in Gorinchem. Karel was van 1953 tot 1995 huisarts in Zwammerdam (bij Bodegraven) en promoveerde in 1973 op *Sociaal Verloskundige Verkenningen* bij Jan van Es in Utrecht. Dat proefschrift was gebaseerd op de eerste 1000 door hemzelf geleide en verslagen thuisbevallingen. In 1978 begon zijn academische carrière met een hoofddocentschap Huisartsgeneeskunde in Utrecht, gevolgd door een lectoraat (1980) en ten slotte een hoogleraarschap Huisartsgeneeskunde (1982-1988) in Leiden. Hij was huisarts in de volle breedte van het vak – met praktijk aan huis, apotheek en thuisbevallingen – en één van de eersten die in en vanuit de eigen praktijk niet alleen intrinsiek vernieuwend was, maar zich ook academisch ontplooiende en het tot hoogleraar bracht.

De praktijk groeide en ontwikkelde zich in de jaren '70 en '80, via een 'home team' en associatie met Lourens Kooij, tot een gezondheidscentrum dat in 1975 werd

geopend en de verzorging van Zwammerdam oversteeg. Daar was Karel Gill ook na zijn emeritaat nog vele jaren actief, al was hij door zijn werkzaamheden in Utrecht en Leiden grotendeels opgevolgd door Frank Ooms. Na een bewogen decennium zijn zowel de opvolgende praktijken in Alphen a/d Rijn (Prelude, Erik Pleij) als die op het inmiddels van asbest gesaneerde oorspronkelijke adres Plein 1 in Zwammerdam (Geert van der Heijden), in hun meest actuele multidisciplinaire vorm stevig aan het LUMC verbonden.

De academische ontwikkeling van Karel Gill bleef ook in Leiden niet onopgemerkt. Hij nam patiënten uit zijn eigen praktijk mee naar college, gebruikte kunst en cultuur om zijn colleges te illustreren en organiseerde een collegecycle over 'de dood', omdat dat voor (huis)artsen zo relevante onderwerp in de opleiding nergens goed aan bod kwam. Karel bleef, ook tijdens de tumultueuze ontwikkelingen in de academische huisartsgeneeskunde in Leiden in de jaren '80, staan voor de basale huisartsgeneeskundige waarden.

Hij was vanaf 1973 redactielid van *Huisarts en Wetenschap* en van 1979 tot 1984 voorzitter van de redactiecommissie, als opvolger van Arthur Hofmans. Zijn voorzitterschap was het begin van een redactionele vernieuwingsfase, waarin *Huisarts en Wetenschap* een meer medisch-wetenschappelijk georiënteerde signatuur kreeg. Zijn bijdrage aan het historische 'paradigmanummer' in 1978 had als titel 'De neus van Cleopatra', een verwijzing naar de fysieke eigenschap die voor Cleopatra, via Caesar, in de oudheid min of meer toevalig de weg naar macht en roem opende. In dat artikel beschreef hij op creatieve en scherpzinnige wijze de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde – die op grond van toevallige kenmerken op een cruciale positie in de

gezondheidszorg is gepositioneerd – via het 'betrekken van het alpha-denken in het beta-denken' naar, ook toen al, de multidisciplinaire samenwerking in praktijk en wetenschap.

Daarnaast was Karel vanaf 1978 ook 12 jaar als enige huisarts lid van de Gezondheidsraad. Verder richtte hij, in 1982, met Theo Voorn en Betty Meyboom *Vademecum* op en bleef daarin tot 2007 actief. In dat goed gelezen nascholingsblad, dat wekelijks verscheen, bracht hij de wetenschap gedurende 25 jaar met plezier dicht bij de praktijk. Het multidisciplinaire redactieteam van *Vademecum* werkte op basis van vragen van huisartsen.

Zijn betrokkenheid bij dilemma's in de laatste levensfase kwam tot uiting in zijn adviesrol bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie, al voordat de wet in 2002 veranderde. In 2007 kwam Karel Gill, inmiddels 84 jaar oud, in het Zaterdag Bijvoegsel van *NRC-handelsblad* nog eens uitgebreid aan het woord in een interview. Naar aanleiding van een persbericht over een in zijn ogen onrechtvaardig verlopen euthanasiebeslissing zette hij in dat interview zijn visie 'over het recht op sterven' nog eens uiteen.

Als academisch huisarts van het eerste uur doorliep Karel Gill een carrière van formaat. Tekenend voor hem is niettemin de eerste vermelding in de landelijk verschenen overlijdensadvertentie: hij was vooral 'Oud-huisarts te Zwammerdam'. Zijn hart lag bij de huisartsenpraktijk van alledag. En dat heeft iedereen gemerkt die in al die jaren met hem samenwerkte. Wij wensen zijn familie en naasten veel sterkte. ■

Prof.dr. Mattijs Numans, huisarts, hoofd afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde LUMC

VEERTIG JAAR NA 'VAN ES': EEN NIEUW LEERBOEK

Van der Horst H, Buntinx F, Knottnerus A, Metsemakers J, De Sutter A, Van Weel C, redactie. *Leerboek Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: de Tijdstroom, 2014. 396 pagina's, € 79,00. ISBN 978-90-5898-213-1.

Doelgroep Huisartsen (-in-opleiding), docenten huisartsopleiding, geneeskundestudenten, zowel in Nederland als in Vlaanderen.

Inhoud De huisartsgeneeskunde heeft zich in de vier decennia die verstreken zijn sinds het verschijnen van het eerste leerboek huisartsgeneeskunde van Jan van Es (*Patiënt en Huisarts*) ontwikkeld tot een volwaardige academische discipline. De plaats die in de tijd van Van Es nog bevochten moest worden, is nu vanzelfsprekend. Huisartsen zijn met hun direct toegankelijke, generalistische en continue zorg een gewaardeerde en onmisbare schakel in de gezondheidszorg met inmiddels een stevig wetenschappelijk fundament. Het *Leerboek Huisartsgeneeskunde* weerspiegelt deze ontwikkelingen. Aan de hand van de zeven kerncompetenties uit het CanMEDS model waarover de huisarts moet beschikken, en waarin elke aios vanaf 2015 moet zijn opgeleid, wordt de huisartsgeneeskunde van nu en van de nabije toekomst



samengevat. Aspecten van elke competentie worden in een aantal hoofdstukken beschreven, meestal door een duo bestaande uit een Nederlandse en Vlaamse auteur. Zo wordt de kerncompetentie 'Medisch Handelen' beschreven in vijf hoofdstukken, beginnend met de reden van komst en eindigend met het behandelplan. De competentie 'Kennis en Wetenschap' krijgt drie hoofdstukken met als thema's wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk, systematische reviews en de wetenschappelijke houding van de huisarts. En de competentie 'Maatschappelijk handelen' wordt in zeven hoofdstukken beschreven, variërend van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg tot juridische aspecten.

Oordeel Het leerboek geeft een inspirerend overzicht van de Vlaamse en Nederlandse huisartsgeneeskunde anno 2014. Door de veelheid aan auteurs (meer dan 50) zijn de hoofdstukken wisselend qua kwaliteit en schrijfstijl. Dat wordt door de redacteurs onderkend en is niet heel storend. Wel twijfel ik aan de toekomstbestendigheid van het boek: nieuwe ontwikkelingen zoals e-health en het gebruik van sociale media en internetbronnen door huisarts en patiënt krijgen nog weinig aandacht in het boek. Ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld patiëntveiligheid, kwaliteitsverbetering en interprofessioneel leren gaan snel en vragen om aanpassing van de competentiebeschrijvingen. Dat overwegend, zou een 'levend document' op internet wellicht een goed alternatief zijn voor een nieuwe druk. Veertig jaar zal dit leerboek het zeker niet uithouden. ■

Janny Dekker

Waardering: ●●●

Uw diagnose

Meneer Van Loon, een 59-jarige man, komt op het spreekuur met plekkjes op de rug en de handrug. Ze zijn schilferig en jeuken niet. Wat is uw diagnose?

- Geneesmiddelenexantheem
- Psoriasis guttata
- Lichen planus
- Constitutioneel eczeem

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



Fotoquiz van de maand maart



Foto: Prudence Rümke-Gemmelé, huisarts in Den Helder

Foto's gezocht

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

Bacteriële conjunctivitis

Graag reageer ik op het artikel van Ter Riet et al. over een nieuwe diagnostische index voor bacteriële conjunctivitis, met als discriminerende symptomen leeftijd en 'beide ogen dichtgeplakt'.¹ Mijn commentaar richt zich niet op het predictiemodel zelf, maar op de relatie met de kliniek. Leidraad zijn de vragen: (1) Wat is het diagnostisch dilemma van de huisarts?; (2) Welke bacteriële conjunctivitis moet (gericht) behandeld worden?; (3) Hoe verschilt de voorgestelde handelswijze van de gangbare?

Bij klachten van het voorste oogsegment gaat het vooral om het uitsluiten van iridocyclitis, keratitis (onder andere ulcus, k. dendritica), en corneabeschaadiging.² Dit zijn potentieel visusbedreigende aandoeningen. De rest is van secundair belang. Om hiervan een indruk te krijgen moet men het oog bekijken, liefst met optische vergroting. Predictiemodellen mogen niet van die hoofdvraag afleiden.

Niet elke bacteriële conjunctivitis behoeft behandeling. Soms is echter snelle verwijzing noodzakelijk (bijvoorbeeld chlamydia).³ Een infectie bij contactlensdragers (cavé pseudomonas, acanthamoeba) vereist gerichte diagnostiek en behandeling en strikte instructie (lens uit). Ook hier zijn kennis en kijken (pus of ingedroogd mucus, corneabeschaadiging) sleutelwoorden.

De gangbare praktijk is dat huisartsen bij een rood oog een antibiotische zelf geven, dus de (blinde) behandeling is gericht op bacteriële conjunctivitis. Meestal gebruikt men fucidine, (geen middel van eerste keus), dus er is eerder sprake van overbehandeling dan van onderbehandeling. Verder is het predictiemodel toch nog behoorlijk onnauwkeurig in de twee genoemde categorieën: onder de 70 jaar zonder dichtgeplakte ogen 75% kans op géén bacteriële infectie en boven de 70 jaar mét dichtgeplakte ogen 70% kans op

wél een bacteriële infectie. Waarom zijn niet de voor huisartsen bekende begrippen voorspellende waarde positief en negatief gebruikt?

Kortom: de (goede) statistische analyse resulteert in een 'artificieel model' dat ondergeschikt is aan de klinische blik en kennis van zaken, gericht op het uitsluiten van potentieel gevaarlijke aandoeningen. ■

Yvonne van Leeuwen,
hoofddocent vakgroep MUMC+

LITERATUUR

- 1 Ter Riet G, Tellegen E, Van Weert HCPM. Een nieuw diagnostische index voor bacteriële conjunctivitis. Huisarts Wet 2014;57:516-8.
- 2 Van Leeuwen YD, Van den Maegdenbergh MCAJ. Oogheelkunde. Prakticum huisartsgeneeskunde. Amsterdam: Reed business Education, 2013.
- 3 Arffa RC. Grayson's Diseases of the Cornea. Londen: Mosby, 1997.

ANTWOORD

Wij danken collega Van Leeuwen voor haar reactie.

Nederlandse huisartsen behandelen conjunctivitis nog te vaak met antibiotica. Doel van ons oorspronkelijke onderzoek^{1,2} en ook van het validatieonderzoek³ is om binnen de patiëntengroep met conjunctivitis *profielen* te onderscheiden waarbij behandeling met antibiotica mogelijk zinnig is. Alle andere door Van Leeuwen genoemde voorste oogsegmentaandoeningen waren uitsluitcriteria in onze onderzoeken. Ons model mag pas worden gebruikt als die ernstiger aandoeningen zijn uitgesloten.

Ook bij een grote kans op een bacteriële verwekker is het nog altijd de vraag of behandeling met antibiotica moet plaatsvinden. Dan is het echter een afweging van patiënt en dokter om de nadelen van antibioticagebruik (mogelijke bijwerkingen, resistentie, lastige toediening) af te wegen tegen eerder aangetoonde vermindering van de duur van de klachten (2 tot 3 dagen). Overigens lijkt ons model geschikter voor het uitsluiten dan voor het aantonen van een bacteriële verwekker.

Er is sprake van overbehandeling.

Een diagnostische index zoals de onze maakt inzichtelijk dat het bij de meeste patiënten niet zinnig is om met antibiotica te behandelen. Eerder toonden we aan dat er veel resistentie is tegen fusidinezuur, dat zeker niet het antibioticum van keuze is.⁴

We zijn het met Van Leeuwen eens dat de voorspelde kansen deels onnauwkeurig zijn. We beschouwen het echter ook als een succesje dat zij door onze manier van rapportage in staat is deze conclusie te trekken. De in onze grafieken vermelde kansen zijn (eenvoudig) de kansen op een bacteriële verwekker, gegeven de leeftijd van de patiënt en het door hem gemelde aantal dichtgeplakte ogen bij ontwaken. Onzes inziens voegt de term *voorspellende waarde* (VW) daar niets aan toe. Het werken met *VW-negatief* en *VW-positief* impliceert een dichotomie in de testuitslagen, die in dit onderzoek niet opgaat en überhaupt in de geneeskunde, wanneer men scherp kijkt, eerder uitzondering dan regel is.

Wij denken dat het model, in het licht van zijn – door ons duidelijk aangegeven – beperkingen, doet wat het claimt te doen: de kans schatten op een bacteriële verwekker bij patiënten met symptomen van infectieuze conjunctivitis. ■

Gerben ter Riet, Ellinore Tellegen,
Henk van Weert

LITERATUUR

- 1 Rietveld RP, Ter Riet G, Bindels PJ, Sloos JH, Van Weert HC. Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis: cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms. BMJ (Clinical research ed) 2004;329:206-10.
- 2 Rietveld RP, Van Weert HC, Ter Riet G, Bindels PJ. Diagnostic impact of signs and symptoms in acute infectious conjunctivitis: systematic literature search. BMJ (Clinical research ed) 2003;327:789.
- 3 Van Weert HC, Tellegen E, Ter Riet G. A new diagnostic index for bacterial conjunctivitis in primary care. A re-derivation study. Eur J Gen Pract 2014;20:202-8.
- 4 Rietveld RP, Ter Riet G, Bindels PJ, Bink D, Sloos JH, Van Weert HC. The treatment of acute infectious conjunctivitis with fusidic acid: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2005;55:924-30.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Juist

Gezien het natuurlijke beloop van de aandoening is bij asymptomatische ganglia afwachten geoorloofd. Ongeveer de helft van de ganglia verdwijnen spontaan. In het algemeen is de niet-chirurgische behandeling minder effectief dan radicale excisie. Aspiratie van de ganglioninhoud met achterlaten van corticosteroïden heeft geen meerwaarde in vergelijking met alleen aspireren. Bij symptomen als pijn, neurologische uitval of mechanische belemmering is verwijzing naar een chirurg aangewezen. Ook bij recidieven kan worden overwogen de patiënt te verwijzen voor excisie.

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W, redactie. *Kleine kwalen in de huisartspraktijk*. 6e druk. Amsterdam: Reed Business, 2013.

Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets JGE, Van der Windt DAWM, Spies MN, Strackee SD, et al. NHG-Standaard Hand- en pols-klachten. www.nhg.org.

3. Onjuist / 4. Onjuist

Als bekkenbodemoefeningen na drie maanden niet tot verbetering leiden, heeft bij goede therapietrouw langer doorgaan geen zin. Toepassing van medicamenteuze therapie bij de behandeling van stressincontinentie in de eerste lijn wordt vooralsnog niet aanbevolen. In de literatuur zijn oestrogenen niet bewezen effectief bij stress- of urgeincontinentie.

Lagro-Janzen ALM, Breedveldt Boer HP, Van Dongen JJAM, Lemain TJJ, Teunissen D, Van Pinxteren B. NHG-Standaard Incontinentie voor urine (eerste herziening). www.nhg.org.

www.farmacotherapeutischkompas.nl.

5. Onjuist / 6. Juist

Voorlichting en uitleg over ontstaan en preventie van reisziekte nemen een belangrijke plaats in. Bij zeeziekte treedt na een aantal dagen gewenning op. Een volledig adequate preventie of behandeling tegen reisziekte bestaat niet. Wordt er gekozen voor een medicament dan verdienen de klassieke antihistaminica de voorkeur. Van de klassieke antihistaminica is slechts het relatief dure dimenhydraat onderzocht. Verondersteld wordt dat stoffen als cinnarizine, cyclizine en meclizine even werkzaam zijn. Bovendien zijn ze veel goedkoper, zodat deze de voorkeur verdienen. Waarschuw

voor centrale bijwerkingen van de klassieke antihistaminica, zoals sedatie. De tweede generatie antihistaminica zijn niet werkzaam bij bewegingsziekte. Scopolamine, een parasympatholyticum, geeft veel bijwerkingen (onder andere een droge mond en slaperigheid) en zijn daarom ongeschikt voor personen jonger dan 18 jaar. Scopolamine is effectiever ter preventie van bewegingsziekte dan een placebo.

www.farmacotherapeutischkompas.nl.

Verheij AAA, Knuistingh Neven A, Eekhof J. Bewegingsziekte. *Huisarts Wet* 2014;57:210-1.

7. Juist / 8. Juist

De indicatie voor palliatieve sedatie wordt gevormd door het bestaan van één of meer onbehandelbare ziekteverschijnselen (refractaire symptomen), die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt. Een symptoom is of wordt refractair als geen van de conventionele behandelingen (voldoende snel) effectief zijn en/of deze behandelingen gepaard gaan met onaangename bijwerkingen. Naast het bestaan van één of meer refractaire symptomen (indicatie) is het een voorwaarde voor continue sedatie dat het overlijden op redelijk korte termijn, dat wil zeggen binnen één tot twee weken wordt verwacht.

KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie, december 2005. www.knmg.artsennet.nl.

Wanrooij BS, Koelewyn M, redactie. *Palliatieve zorg. De dagelijkse praktijk voor huisarts en verpleeghuisarts*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2007.

9. Onjuist / 10. Juist

Syfilis veroorzaakt na een incubatietijd van 10 tot 90 dagen in het eerste stadium een pijnloos ulcus (ulcus durum) op de plaats van de besmetting (urogenitaal, anaal, oraal) met regionale lymfadenopathie, die in 1 tot 3 maanden restloos verdwijnt. Het tweede stadium bestaat uit vluchtige huidafwijkingen palmoplantair en op de romp (roseolen) met algemene klachten als koorts, hoofdpijn en een gegeneraliseerde lymfadenopathie. Ook deze verdwijnen binnen 3 maanden spontaan. Zowel het eerste als het tweede stadium kunnen echter symptoomloos verlopen.

Van Bergen J, Dekker J, Boeke J, Kronenberg E, Van der Spruit R, Burgers J, et al. NHG-Standaard Het soa-consult (eerste herziening). www.nhg.org.

Huisarts en Wetenschap

www.henw.org

Redactie

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

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijkenampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen

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

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

ISSN 0018-7070

mvw
medisch wetenschappelijk
vernieuwing

HOE
KUNSTEN

Vertrouwensbalans

De laatste jaren hebben richtlijnen een almaar belangrijker rol gekregen. Ook ondersteunt de computer ons steeds meer, met richtlijnen binnen het HIS, met SOEP-registratie, met het elektronisch voorschrijfsysteem, met contra-indicaties en medicatiebewaking, en met het coderen van diagnoses. Mochten we dan toch nog iets overslaan, dan helpt NHGDoc ons hieraan herinneren. Prima allemaal! Maar er zit ook een andere kant aan, namelijk dat richtlijnen een andere functie krijgen. Die dienen niet meer alleen als samenvattingen van wetenschap, maar ook als inkoopdocumenten waaraan een uitgebreide registratie ten basis ligt. Vooral in de chronische zorg en bij onze praktijkondersteuners kan dit leiden tot meer aandacht voor het registreren dan voor de patiënt. Er ontstaat als het ware een *performance in-farct*: je komt niet aan je eigenlijke werk toe door alle verplichte secundaire handelingen. En waarom is dat eigenlijk? Om te controleren of we alles wel doen? Of om te voldoen aan onze contractverplichtingen en zorgverzekeraars in staat te stellen onderscheidend in te kopen?



Terwijl de patiënt vóór ons zit, hebben we de kennis uit richtlijnen ergens in ons hoofd, in de kast of in onze computer. Die richtlijnen nemen geen besluiten... dat doet u, samen met de patiënt, op basis van de kennis die u onderling uitwisselt. Een goede registratie van hoofdzaken is dan heus van belang en goede indicatoren zijn prima om inzicht te krijgen in het eigen handelen en voor het verbeteren van de kwaliteit. Maar dit moet wel gebeuren op hoofdlijnen en niet op details; die vult u zelf wel in.

De balans tussen vertrouwen en controle mag wat mij betreft meer naar vertrouwen doorslaan. Maar dat vraagt dan wel van ons om transparant te zijn over de kernelementen van de huisartsenzorg.

Rob Dijkstra

Heeft u zich al opgegeven voor de NHG-Wetenschapsdag?

De abstracts zijn ingezonden, de Critically Appraised Topics zijn verzameld en de inzendingen voor de Jan van Es-prijs worden momenteel beoordeeld door de jury. Er zijn zelfs al huisartsen en aiossen die zich hebben ingeschreven! Kortom, de voorbereidingen van de NHG-Wetenschapsdag 2015 zijn in volle gang. Ook dit jaar kunt u weer in één dag helemaal op de hoogte zijn van het jongste huisartsgeneeskundig onderzoek, ditmaal met de focus op: De cohortstudie: een krachtig design voor huisartsgeneeskundig onderzoek.

Elk Nederlands onderzoek met relevantie voor de huisartsgeneeskunde kan deze dag worden gepresenteerd tijdens voordrachten, postersessies, workshops en CAT-presentaties. Waar mogelijk is

daarbij aansluiting gezocht bij het dagthema: het cohortonderzoek.

De openingslezing over dit thema wordt verzorgd door Lex Burdorf, hoogleraar Determinanten van volksgezondheid, die ook een workshop over hetzelfde onderwerp houdt. Gijsbertus van der Horst, hoogleraar Chronobiologie en gezondheid, neemt de slotlezing over dag- en nachtritmen voor zijn rekening.

Meer weten?

De NHG-Wetenschapsdag 2015 wordt georganiseerd in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum en vindt plaats op **vrijdag 19 juni** in Rotterdam. Op www.nhgwetenschapsdag.nl vindt u meer informatie over het programma. U kunt zich daar ook inschrijven.

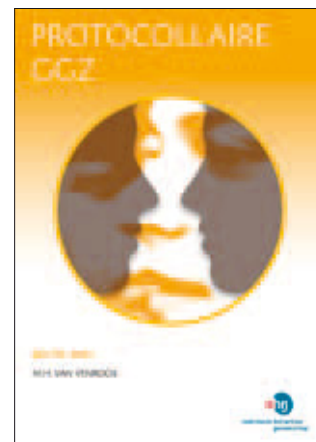
Cadeautje van het NHG:

Het duizendste boek *Protocollaire ggz*

Op 4 februari kwam de bestelling binnen van het duizendste exemplaar *Protocollaire ggz*. Het boek werd besteld door Marion ten Dam, huisarts te Hengelo. Het NHG is verheugd dat de serie boeken rond protocollaire zorgverlening zo succesvol is, en besloot dan ook dit duizendste exemplaar cadeau te doen. Dat kwam goed uit, want Marion ten Dam had twee exemplaren besteld voor beide poh's-ggz in haar praktijk. Een mooi getal van twee halen, één betalen...

Protocollaire ggz biedt zowel de huisarts als de poh-ggz ondersteuning bij de behandeling en begeleiding van pa-

tiënten met psychische klachten, zoals depressie, angst en slapeloosheid. Behalve protocollen bevat het boek ook achtergrondinformatie. De ggz is volop in beweging, zodat het boek eigenlijk in geen enkele huisartsenpraktijk zou mogen ontbreken. Als NHG-lid of poh met NHG-account kunt u het boek voor € 25,13 bestellen op www.nhg.org (niet-leden betalen € 35,90).



Alweer naar de film?

Op Thuisarts.nl is opnieuw een aantal voorlichtingsfilmpjes voor uw patiënten geplaatst. Ditmaal zijn de onderwerpen: ADHD, beroerte, dementie, depressie, etalagebenen, middenoorontsteking, slaapproblemen en stoppen-met-roken. Het aantal filmpjes op Thuisarts.nl groeit dus gestaag en op korte termijn zijn er nog meer te verwachten. We houden u op de hoogte!

Visitatie op een rij

Alle huisartsen ontvingen in januari een brief over de visitatie als onderdeel van de herregistratie-eisen. Dat leidde tot verontruste reacties. Veel huisartsen zien de visitatie als nóg meer extra werk (voor eigen rekening!) en ze betwijfelen bovendien het nut ervan. Die reacties zijn heel begrijpelijk, zeker nu er zoveel onduidelijkheid is over de financiering en taken van de huisartsenzorg. Waarom is dan toch voor die visitatie-eis gekozen? En vooral: hoe moet het nu verder gezien al deze negatieve reacties?

Vrijheid geeft verantwoordelijkheid

Kenmerk van onze professie is dat we invloed hebben op onze eigen opleiding, (her)registratie, tuchtrecht en kwaliteitseisen. Dat geeft ons meteen ook de verantwoordelijkheid transparant te zijn over de waarden die we bij dat alles hanteren en tegemoet te komen aan de maatschappelijke eis om een vormigheid aan te brengen in de herregistratie van alle medische beroepen. De KNMG adviseert het houden van jaarlijkse evaluatiegesprekken met alle artsen, gericht op hun individueel functioneren en met een educatief – dus niet selectief – doel. Andere medische disciplines verzamelen al jaren informatie over het eigen functioneren en het bespreken van de uitkomsten daarvan laat positieve resultaten zien. Daarbij is het een algemeen geaccepteerd uitgangspunt dat visitatie een activiteit door en voor beroepsgenoten is.

Een stukje geschiedenis

Als het gaat om het formuleren van vereisten voor de herregistratie van huisartsen, hebben LHV en NHG een belangrijke rol. Toen de visitatie als herregistratie-eis aan de orde kwam, zijn LHV en NHG daarmee akkoord gegaan mits huisartsen daar in eigen regie een handzaam instrument voor konden ontwikkelen. Het NHG heeft vervolgens het voorstel tot visitatie als herregistratie-eis voorgelegd aan zijn leden: de Algemene Ledenvergadering van december 2007 ging hiermee akkoord. Om huisartsen ruim de tijd te geven een goed instrument te ontwikkelen, ging de visitatie-eis in per 1 januari 2011. Vanaf 1 januari 2016 gaat de RGS de eis ook daadwerkelijk toetsen.

Wie zal dat betalen?

Van enkele kanten kwam kritiek dat het NHG winst zou ma-



ken op het visitatieprogramma, maar als vereniging kent het NHG geen winstoogmerk. Zou er al ooit onverwacht winst op een product of dienst worden gemaakt, dan vloeit die direct of indirect terug naar de leden en daarover beslist dan de Algemene Ledenvergadering. Wel maakt het NHG natuurlijk kosten voor het ontwikkelen van producten en diensten; daar worden de contributies voor aangewend. Helaas bleken de contributiegelden van LHV en NHG ontoereikend om de gemaakte én toekomstige kosten voor de ontwikkeling en uitvoering van het programma te dekken. Maar omdat de NHG-contributies hebben bijgedragen in de ontwikkelingskosten, krijgen leden korting op het tarief voor de visitatie.

Als het gaat om de gespreksleiders: zij zijn niet in dienst van het NHG en er zijn geen afspraken met hen gemaakt over de financiële afwikkeling van hun diensten. Wel moeten zij aan bepaalde eisen voldoen en dat vormt de reden dat een register van gespreksleiders wordt bijgehouden. Maar zij functioneren zelfstandig en het vrijemarktprincipe is dus op hun tarieven van toepassing.

Het programma in herbeschouwing...

In februari besprak de LHV-Ledenraad de visitatie, leidend tot het verzoek aan het LHV-bestuur om het programma nog eens onder de loep te nemen. Weliswaar was de Ledenraad positief over kwaliteitscontrole, maar het voorgestelde visitatieprogramma werd ongewenst gevonden. Het moment van verschijnen, in een tijd waarin werkzaamheden en eisen zich opstapelen, komt ongelegen. Pijnpunten waren ook de afstemming met andere toetsingsinstrumenten en het nut van de huidige vorm van het visitatieprogramma. LHV en NHG nemen de kritiek uiteraard ter harte en gaan met elkaar in gesprek om tot een oplossing te komen. Via de geëigende kanalen van beide organisaties wordt u op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen!

Meer weten?

Op www.mijnvisitatie.nl kunt u uitgebreide informatie over de visitatie vinden, waaronder ook de *Veelgestelde vragen*. Met overige vragen of suggesties kunt u zich wenden tot info@mijnvisitatie.nl.

NHG-AGENDA 2015 data

- PalHAG-symposium 19 maart
- CWO-weekend 27-28 maart
- NHG-Wetenschapsdag 19 juni
- Algemene Ledenvergadering NHG 25 juni
- G-I-N-Conference 7-10 oktober
- NHG-Congres 2015 Onder belicht 13 november



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

Impressie van het LOVAH-congres 2015

Go Viral!

Voor haar zevende congres zocht de LOVAH een bijzondere locatie uit: De Fabrique in Maarssen. Afbrokkelende muren, gebarsten ramen en overal zichtbare pijpleidingen zorgden voor een authentieke sfeer waarin de duizend(!) deelnemers al snel hun weg wisten te vinden. Het werd een zeer geslaagd congres met soms nét weer andere accenten dan het jaarlijkse NHG-Congres. Hieronder vindt u een korte samenvatting van de lezingen. Een iets uitgebreider impressie van de dag is te vinden op www.nhg.org > nieuwsarchief.

Openingslezing *Trust me, I'm a doctor*

De openingslezing wordt verzorgd door Phil Hammond, huisarts en 'comedian, broadcaster, author and commentator'. Zijn boodschappen zijn verpakt in grappen en oneliners, maar stemmen wel degelijk tot nadenken. 'We exist to love and be loved', stelt hij en hij vindt dat we ons vanuit die gedachte vaker zouden moeten afvragen of een behandeling wel áárdig is...

Het zou een medische revolutie ontketenen als we wat vaker honden voorschreven: die zorgen voor meer beweging, eten je voedsel op en houden je soepel. Dus: 'Prescribe dogs, no drugs!'

Om levens niet te medicaliseren moet je als arts dagelijks 'clangers' inzetten: Connect, Learn, (be) Active, Notice, Give back, Eat well, Relax, Sleep.

Win een dokterstas of een iPad!

In de NHG-stand werd deze dag een dokterstas verloot onder degenen die een kaartje invulden met de vraag: *Wat wil je dat het NHG voor jou in de toekomst doet?*

Inmiddels is de prijswinnaar getrokken. De gelukkige is Daan Haverkamp die de vraag beantwoordde met: 'E-learningen gericht op praktische vaardigheden en digitale hulp bij diagnostiek.'



In de HAweb-stand was een iPad te winnen door degene die de leukste of beste vraag kon verzinnen die op HAweb kan worden gesteld. De winnares was Janine Westerk, die vroeg naar de beste tips om je werkdag als huisarts leuk te maken.

Desgevraagd heeft ze zelf ook een dergelijke tip: 'Visites afleggen zonder medische noodzaak, dus gewoon eens langsgaan bij de patiënt om te kijken hoe het gaat.'

Uitreiking prof. Huygenprijs

Er zijn vier genomineerden voor de prof. Huygenprijs, die wordt toegekend voor het beste huisartsgeneeskundige onderzoek uitgevoerd door een aios.

De prijs is gewonnen door Sophie van Blijswijk met haar onderzoek *Ouderenzorg: meten van effect van zorgdoelen*.



Plenaire lezing *Reshape your future!*

Lucien Engelen, directeur Radboud RShape Innovation Center, gaat in op de technologische ontwikkelingen waarmee huisartsen te maken krijgen. Onder het motto '2015 wordt het jaar van de gadgets' toont hij de nieuwste mogelijkheden. Een pleister die alle nodige parameters rond COPD meet. Een apparaatje dat je tegen je voorhoofd of in je hand kunt houden en waarmee je zo je temperatuur, hartslag en allerlei waarden kunt meten. Als de patiënt straks zijn eigen diagnostiek met ongelooflijke accuratesse kan doen, wat wordt dan de rol van de huisarts? 'Je moet de werkelijkheid niet aangaan, je moet hem zelf creëren. Anders gaat een ander ermee aan de haal!'

Slotdebat: Grip op de griepvaccinatie

Henry Verbrugh, emeritus-hoogleraar en voorzitter van de commissie 'Grip op griep', is vóór de griepvaccinatie; tegenstander is Joost Zaat, huisarts en adjunct-hoofdredacteur van het NTvG. Zij debatteren over drie stellingen, waarna de deelnemers hierover stemmen:

- *Adviseer je griepvaccinatie aan je gezonde moeder van 65?* Twee derde van de zaal zou een dergelijk advies niet geven.
- *Moet elke werker in de gezondheidszorg verplicht geïmmuniseerd worden?* Ruim vier vijfde van de zaal is het hier niet mee eens, al plaatst iemand uit de zaal de kanttekening: 'Als je het woord 'verplicht' uit de stelling zou schrappen, zou de uitslag er heel anders uitzien!'
- *Huisartsen doen de griepvaccinatie omdat ze er een financiële vergoeding voor krijgen.* Hiermee is twee derde van de zaal het eens.

Deze antwoorden geven natuurlijk wel te denken! (AS)

‘Huisartsen wilden zelf hun palliatieve zorg verbeteren en zo ontstond PaTz’



In november beloonde ZonMw Bart Schweitzer met een ‘Parel’ vanwege het project ‘Palliatieve Thuiszorg’, oftewel ‘PaTz’. Schweitzer wilde de palliatieve zorgverlening door huisartsen in Nederland verbeteren en introduceerde daartoe een in Engeland ontwikkelde methode. Ook was hij medeauteur van het NHG-Standpunt *Huisarts en palliatieve zorg*. In een interview vertelt Schweitzer over de werkwijze binnen PaTz en waarom deze zo succesvol is.

Wat houdt zo’n ZonMw-paring precies in?
‘Het is een prijs van ZonMw met

de bedoeling projecten te belonen waarin volgens hen uitzonderlijke prestaties worden geleverd. Die parels reiken ze uit op allerlei gebieden, maar dit was de eerste keer dat dit gebeurde op het terrein van de palliatieve zorg. Daartoe waren twee projecten geselecteerd: de signaleringsbox voor wijkverpleegkundigen en het PaTz-project. Dat was dus heel erg leuk!’

En waarom is PaTz zo’n uitzonderlijke prestatie?

‘Het ging echt om een bottom-up initiatief: huisartsen zagen in dat hun palliatieve zorg beter en prettiger kon en wilden dit zelf oppakken. Dat werd dus niet opgelegd van bovenaf. In het project leren we huisartsen en wijkverpleegkundigen om samen te werken rond de palliatieve thuiszorg. Dat doen ze door tweemaandelijks gesprekken te houden, waarbij ook een deskundige op het gebied van de palliatieve zorg aanwezig is. De gegevens van de patiënt worden vastgelegd in een “zorgregister”, samen met diens wensen en omstandigheden. Aan de hand daarvan wordt vervolgens besproken welke zorg het best kan worden verleend en een zorgplan gemaakt.’

Hoe zien de ervaringen met PaTz eruit?

‘We zijn een jaar of vier geleden begonnen met een pilot in Amsterdam, waaraan vier groepen deelnamen. Dat ver-

liep toen heel succesvol: we zagen dat de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen verbeterde, evenals de coördinatie van de zorg. Dat was mooi, want juist die aspecten liepen minder goed bij de palliatieve zorg. Een belangrijke succesfactor is dat het gaat om een vaste club van huisartsen en wijkverpleegkundigen, die elkaar dus goed leren kennen. Vroeger zagen huisartsen door de bomen het bos niet meer, zeker niet in een grote stad waar talloze mensen werkzaam zijn in de zorg. Doordat ze nu altijd met dezelfde wijkverpleegkundigen samenwerken, is dat probleem opgelost. Op dit moment draaien er zo’n tachtig groepen door het hele land heen: van Limburg tot Twente wordt de PaTz-methode opgepakt en dat overal met veel enthousiasme.’

Wat zijn volgens jou de belangrijkste succesfactoren van de PaTz-groepen?

‘Deze werkwijze geeft heel veel grip op je palliatieve zorg. Huisartsen zitten natuurlijk stampvol, maar het gaat om slechts zes bijeenkomsten per jaar van zo’n anderhalf uur, dus dat kan vaak wel tijdens de lunchpauze. En die gesprekken met de wijkverpleegkundigen en een deskundige op het gebied van de palliatieve zorg leveren je veel kennis op. Maar bovenal voel je je als huisarts heel erg gesteund. Vroeger was palliatieve zorg maar een eenzaam avontuur; het is goed dat je nu soms even je hart kunt luchten over de nare dingen die je tegenkomt. Ook goed is dat er nu minder ziekenhuisopnames zijn tijdens de laatste maanden van het leven. Vroeger werden patiënten in die

laatste fase vaak opgenomen omdat de zorg thuis te ingewikkeld werd; nu worden er in de samenwerking vaak goede oplossingen gevonden, bijvoorbeeld omdat de continuïteit van de zorg beter is. En ook wordt gezorgd voor een goede overdracht in de huisartsenpost. Dan weet je zeker dat er niet een onervaren huisarts met je palliatieve patiënt wordt geconfronteerd en niet goed weet wat hij daarmee aan moet. Laatst werd hier een huisarts ziek die zes patiënten met complexe palliatieve zorg had. Maar die patiënten waren al uitgebreid besproken, dus konden we de zorg naadloos overnemen.’

En wat is je hoop voor de toekomst?

‘Dat zijn twee dingen. Allereerst willen we graag een goede financiële regeling. Achmea is tot dusver de enige zorgverzekeraar die de PaTz vergoed, maar eigenlijk zouden alle zorgverzekeraars dat moeten doen. Want we verrichten goed werk en daar moet nu eenmaal voor betaald worden!’

In de tweede plaats streven we ernaar dat alle Nederlandse huisartsen zich in PaTz-groepen gaan organiseren. Dat is dus nogal ambitieus. We hebben een stichting opgericht om dit mogelijk te maken en die wordt goed gesteund door het NHG. Want dat zou ik graag willen zien gebeuren: dat alle huisartsen in Nederland op deze manier gaan werken.’ (AS)

Redactie NHG-nieuws

Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Contact

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