

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Besmetting met wrattenvirus in gezin en schoolklas

ONDERZOEK

Communicatie met patiënten met chronische SOLK

NHG-STANDAARD

Psoriasis

2014
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

- 110 **ONDERZOEK**
Besmetting met wrattenvirus in gezin en schoolklas
Sjoerd Bruggink, Just Eekhof, Paulette Egberts, Sophie van Blijswijk, Pim Assendelft, Jacobijn Gussekloo
- 114 **ONDERZOEK**
Communicatie met patiënten met chronische SOLK
Tim olde Hartman, Eric van Rijswijk, Sandra van Dulmen, Evelyn van Weel-Baumgarten, Peter Lucassen, Chris van Weel
- 120 **BESCHOUWING**
Zelfmanagement bij chronische ziekten
Jaap Trappenburg, Nini Jonkman, Tiny Jaarsma, Harmieke van Os-Medendorp, Helianthe Kort, Niek de Wit, Arno Hoes, Marieke Schuurmans
- 126 **COMMENTAAR**
Misleidende marketing rond vroegtijdige zaadlozing
Peter Leusink

128

NHG-STANDAARD

Psoriasis (derde herziening)

Petra van Peet, Phyllis Spuls, Jan-Willem Ek, Hans Lantinga, Lidian Lecluse, Bert Oosting, Ilona Visser, Jako Burgers, Roeland Geijer, Ben Kolnaar, Wietze Eizenga

- 125 **PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE**
Screening en diagnostiek
Ceert-Jan Dinant, Merijn Godefrooij
- 136 **(VER)STAND VAN ZAKEN**
MRI-diagnostiek bij rugpijn
Evelien de Schepper
- 137 **HUISARTSENZORG IN CIJFERS**
Zorgconsumptie op huisartsenposten
Marleen Smits, Margot Lenos, Paul Giesen
- 138 **NASCHOLING**
Generieke geneesmiddelen: regels en realiteit
Anne Leendertse, Ulrich Oron, Fred Schobben
- 142 **INHALATOREN BIJ ASTMA EN COPD**
Lidewij Broekhuizen, Dirk Nijmeijer, Lisette ten Have-Drenthen
- 148 **KLINISCHE LES**
Opioidgeïnduceerde hyperalgesie: steeds meer pijn
Herman Gerritsen, Manon Bleumink
- 156 **SPREEKuur**
Plotselinge doofheid
Linda Bröker
- 157 **ZWELLING ELLEBOOGPUNT**
Henk Schers
- 158 **CATS**
Maagzuurremmers bij urticaria
Martzen Swierstra, Henk Bosveld, Annette Berendsen
- 159 **PEARLS**
PSA-screening geen effect op sterfte
Marco Blanker
- 160 **CASUÏSTIEK**
Kind met groeiende, streepvormige huidafwijking
Annemarie Uijen, Bert van Bergen

152

INTERVIEW

119, 154

COLUMNS

155

KENNISTOETS

162

BOEKEN

163

INGEZONDEN

9

HET NHG

Geloof en de wetenschap

In een persbericht stond dat driekwart van de Nederlandse hoogleraren vindt dat er geen sprake is van een botsing van geloof en wetenschap. Dit zette mij aan het denken. Geloof en wetenschap zullen juist af en toe met elkaar moeten botsen, lijkt mij. Liever gebruik ik hier het woord overtuiging, het synoniem dat Van Dale geeft, om de associatie met religie te voorkomen. Overtuiging is een belangrijke drijfveer in de wetenschap, maar kan ook een valkuil zijn. Een paar voorbeelden.

Het onderzoeksartikel van Olde Hartman in dit nummer gaat over patiënten met somatisch onverklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Veel huisartsen vinden deze groep patiënten lastig. De arts-patiëntrelatie staat regelmatig onder druk bij SOLK-patiënten. De patiënt voelt zich vaak niet serieus genomen, en huisartsen ervaren (diagnostische) onzekerheid. Olde Hartman had de overtuiging dat de huisarts deze groep patiënten betere zorg zou kunnen leveren. Zijn gedrevenheid, gevoed door zijn overtuiging, leidde ertoe dat hij de ongetwijfeld lange weg heeft kunnen bewandelen om zijn onderzoeksvoorstel door ZonMw gesubsidieerd te krijgen, het onderzoek uit te voeren en er over te publiceren.



In de wetenschap streeft men naar zo groot mogelijke objectiviteit. Voor het onderzoeken van het effect van een nieuw geneesmiddel geldt een randomised controlled trial (RCT) als beste methode. Patiënten worden in een RCT willekeurig toegewezen (randomisatie) aan de behandel- of controlegroep. Dat is om te voorkomen dat de overtuiging van artsen en patiënten dat het ene middel beter is dan het andere het onderzoek beïnvloedt. Ook weten artsen en patiënten tijdens de behandeling niet welk middel patiënten krijgen (blinding). Op die manier probeert de wetenschap het effect van overtuiging binnen een onderzoek te minimaliseren.

Naar zelfmanagement is veel onderzoek gedaan, waardoor er ook diverse meta-analyses over dit onderwerp zijn verschenen. Trappenburg schrijft in zijn beschouwing over de uitkomsten hiervan. Bij veel zorgprofessionals en beleidsmakers is de wens de vader van de gedachte. Zij hebben de overtuiging dat zelfmanagement leidt tot lagere kosten in de zorg omdat alles wat de patiënt zelf doet niet door een arts hoeft te worden gedaan. En dat is goedkoper. Op korte termijn blijkt zelfmanagement effectief te zijn en dat sluit aan bij de overtuiging van de beleidsmakers. Onderzoeken met een langere follow-upduur later echter zien dat de winst van de interventie in veel gevallen op termijn weer verdampt. Ook blijken vrijwel identieke zelfmanagementinterventies in verschillende populaties een zeer verschillend effect te kunnen hebben. De vele onderzoeken leveren geen eenduidige uitkomsten op en dan ligt het voor de hand dat de eigen overtuiging een valkuil kan zijn om de uitkomsten objectief te interpreteren.

De wetenschap leert ons om maatregelen te nemen zodat onze overtuigingen onze waarnemingen niet beïnvloeden. Het zelfreinigend vermogen van de wetenschap ligt in de waarneming. Er zijn ongetwijfeld hoogleraren in vakgebieden waar religie weinig raakvlakken heeft met het onderzoek dat zij doen. Waar wel raakvlakken zijn, zullen ze af en toe botsen. Hopelijk gaat dit dan niet ten koste van de onbevangenheid bij de interpretatie van hun waarnemingen. ■

Just Eekhof

Obesitas: chirurgie of dieet?

Obesitas is geassocieerd met vele problemen, zoals diabetes mellitus type 2, cardiovasculaire aandoeningen, maligniteiten en artrose. Het kostenaspect is dus enorm, reden waarom er naarstig naar oplossingen wordt gezocht. Zo blijkt bariatrische chirurgie op diverse aspecten duidelijk effectiever dan een niet-chirurgische behandeling, al zijn de nodige complicaties te verwachten bij opereren.

Bij de gebruikelijke definitie van obesitas (een BMI > 30) lijdt 10-25% van de volwassenen in westerse landen aan deze kwaal. In de Verenigde Staten is dit zelfs 34%. Viktoria Gloy et al. vergeleken in een meta-analyse bariatrische

chirurgie met overige behandelingen. Zij keken naar gewichtsverlies, cardiovasculaire risicofactoren, bijwerkingen en kwaliteit van leven. Kwalitatief waren 11 onderzoeken geschikt. Deze RCT's waren onder andere afkomstig uit Australië, China, de Verenigde Staten en West-Europa. Ze moesten een follow-up hebben van ten minste 6 maanden. De maximale follow-up was 2 jaar.

Het gewichtsverlies bij bariatrische chirurgie was groter (26 kg; 95%-BI: 21 tot 31). Het maakte statistisch gezien niet uit welke chirurgische techniek toegepast werd. Bij obesitaspatiënten met DM2 bleek de chirurgische benadering veel effectiever om remissie van diabetes te verkrijgen. (RR 22,1; 95%-BI: 3,2 tot 154,3). Ook de kwaliteit van leven

was bij bariatrische chirurgie gunstiger. Verlaging van de bloeddruk was daarentegen gelijk bij chirurgische en niet-chirurgische behandeling. Volledige remissie van hypertensie werd bij geen van beide benaderingen bereikt. Na chirurgische behandeling was er bij 15% ijzergebrekanemie. Bij 8% was een tweede operatie noodzakelijk als gevolg van complicaties. Bij geen van beide behandelingen waren doden te betreuren. ■

Arie Knuistingh Neven

Gloy VL, et al. Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2013;347:f5934.

Een aneurysma abdominale aortae: verwijzen of vervolgen?

Een aneurysma abdominale aortae (AAA) is nog wel eens een toevalsbevinding bij een echografisch onderzoek van de bovenbuik. Meestal gaat het dan om een klein AAA (30-55 mm). Over de vraag hoe vaak patiënten een echografie moeten krijgen, eer ze voor een electieve operatie in

aanmerking komen, wordt nogal verschillend gedacht. Een literatuuronderzoek in de JAMA brengt hierin meer duidelijkheid.

Omdat de ruptuurkans bij kleine AAA's relatief klein is (< 1%) en de operatiemortaliteit hoger (> 2%), is echografisch vervolgen tot een diameter van 55 mm gebruikelijk. Adviezen voor vervolgfrequentie variëren van elke 3 maanden tot eens per 3 jaar. Om tot een eenduidiger advies te komen bekeken onderzoekers van de RESCAN Collaborators 18 onderzoeken, waarin groei- en ruptuurcijfers van kleine

AAA's zijn gepubliceerd. Op basis van groeicijfers en ruptuurrisico's adviseerden zij om de echografie bij mannelijke patiënten met een diameter van 30-39 mm, om de 2 tot 3 jaar te herhalen, van 40 tot 49 mm om de 1 tot 2 jaar en van 50 tot 54 mm om de 6 tot 12 maanden.

Omdat vrouwen al bij 45 mm een ruptuurrisico hebben

van meer dan 1%, is het advies voor hen deze diameter aan te houden als het moment voor een electieve ingreep. Deze aanbeveling is echter nog niet met voldoende onderzoek onderbouwd. Daarom is dit een goed moment om vrouwelijke patiënten al te verwijzen naar de vaatchirurg. Voor mannen is dat wanneer het AAA 55 mm heeft bereikt. Met deze gegevens in de hand is de huisarts goed in staat om kleine AAA's zelf te vervolgen.

In totaal werden de gegevens van 15.471 patiënten geanalyseerd. De gemiddelde groeisnelheid blijkt toe te nemen naarmate de diameter van het AAA toeneemt. Bij een diameter van 30 mm groeit het AAA gemiddeld 1,3 mm per jaar en bij 50 mm loopt dat op naar 3,6 mm per jaar. Bij patiënten die blijven roken, groeit het AAA doorgaans nog sneller. Maar toch is er nog tijd genoeg om die patiënten extra te motiveren het roken te laten. ■

Bèr Pleumeekers

The RESCAN Collaborators. Surveillance intervals for small abdominal aortic aneurysms. A meta-analysis. JAMA 2013;309:806-13.

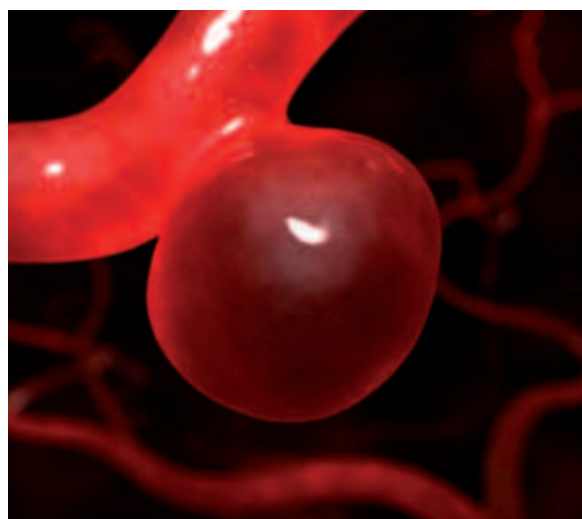


Foto: Emegig/Shutterstock

Verbeteren medicatietrouw na hartinfarct

De huisarts speelt een belangrijke rol in het chronisch cardiovasculair risicomanagement van patiënten met een doorgemaakt hartinfarct. De algemene therapietrouw voor cardiovasculaire medicatie is echter laag. Onderzoek uit Denver laat zien dat deze te verbeteren is met intensieve begeleiding door de apotheker en gestructureerd overleg tussen huisarts, apotheker en cardioloog. Maar er blijkt ook uit dat dit geen verschil oplevert in de klinische uitkomstmaten.

In totaal onderzochten Michael Ho et al. 253 na een hartinfarct uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Zij waren willekeurig ingedeeld voor 'standaardzorg' of een gestructureerde interventie. Deze bestond uit: 1) persoonlijke begeleiding door de apotheker (uitleg, pillendoos, bijwerkingen), 2) overleg tussen huisarts, apotheker en

cardioloog, en 3) automatische telefoonberichten over medicatie-inname en bijvullen. De therapietrouw van patiënten werd 12 maanden gevolgd met bijvolgegevens van de apotheek. Daarnaast werden ook bloeddruk, cholesterolwaarde, recidiefhartinfarct en sterfte geregistreerd.

Patiënten in de gestructureerde interventiegroep hadden een betere therapietrouw (89%) dan degenen die standaardzorg kregen (74%). Maar desondanks waren de bloeddruk- en cholesterolwaarden na 12 maanden in beide groepen hetzelfde. Ook het aantal recidiefhartinfarcten en gevallen van sterfte verschilden niet. Dit gebrek aan klinisch verschil komt wellicht doordat de standaardzorg ook al erg goed was en de interventie dus niet veel meer kon verbeteren op het gebied

van klinische eindpunten. Vooral nog is er dus nog geen reden voor huisartsen, apothekers en cardiologen om in te zetten op intensievere begeleiding ter verbetering van medicatietrouw na een hartinfarct. ■

Tobias Bonten

Ho PM, et al. Multifaceted intervention to improve medication adherence and secondary prevention measures after acute coronary syndrome hospital discharge. JAMA Int Med 2013;113:1-8.



Foto: NEGOUVA/Shutterstock

Antidepressiva waar je niet blij van wordt

Bij het voorschrijven van medicatie is het belangrijk om rekening te houden met de mogelijkheid van bijwerkingen. Wanneer die levensbedreigend zijn, moet de voorschrijver extra op zijn hoede zijn. Een ventriculaire ritmestoornis is een ernstige bijwerking die gelukkig zelden optreedt. Citalopram, escitalopram en imipramine lijken deze levensbedreigende ritmestoornissen te kunnen veroorzaken.

Vanwege lage incidentie van fatale ritmestoornissen is het moeilijk om bij post-marketing surveillance een verband aan te tonen tussen deze medicamenten en het optreden van ventriculaire ritmestoornissen. Daarom wordt de lengte van het QT-interval gebruikt als maat voor het risico op zo'n ritmestoornis. Om dit risico te bepalen bij gebruikers van antidepressiva, deden Victor Castro et al. onderzoek naar het

voorkomen van QT-intervalafwijkingen en de relatie met de voorgeschreven dosis van het antidepressivum.

Uit een grote, tweedelijnsdatabase werden bijna 40.000 ECG's geanalyseerd van patiënten die voor het eerst een antidepressivum voorgeschreven hadden gekregen. Het ECG moest 14 tot 90 dagen na het eerste voorschrift zijn gemaakt. Van alle ECG's bleek in 20,4% sprake te zijn van een abnormaal of verlengd QT-interval. Voor citalopram, escitalopram en imipramine werd niet alleen een verlengd QT-interval gevonden, maar nam dit bovendien nog toe naarmate de dosering hoger werd. Alleen voor bupropion gold een omgekeerd effect: hier nam de lengte van het QT-interval af naarmate de dosis toenam. Voor de overige antidepressiva werd geen relatie gevonden met QT-intervalafwijkingen.

Hoe vaak een afwijkend QT-interval aanleiding is tot het optreden van een ventriculaire ritmestoornis is onduidelijk. Niet alleen bepaalde antidepressiva

zijn van invloed op de lengte van het QT-interval, hetzelfde geldt voor de combinatie met andere medicijnen, een gestoorde lever- of nierfunctie, vrouwelijk geslacht, LVH, hartfalen en hypokaliëmie. Naarmate de dosis hoger is en er meer risicofactoren aanwezig zijn, neemt de kans op ernstige bijwerkingen toe. Op de vraag of alle patiënten die een antidepressivum voorgeschreven krijgen een ECG nodig hebben, geeft het onderzoek geen eenduidig antwoord. De onlangs vernieuwde NHG-Standaard Depressie geeft voldoende mogelijkheden om een veilige keuze te maken bij de prescriptie van antidepressiva. Maar als huisarts is het goed om deze bijwerking in het achterhoofd te houden. ■

Bèr Pleumeekers

Castro VM, et al. QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of electronic health records. BMJ 2013;346:f288

iFOBT vertraagt diagnose bij symptomatische patiënt

De immunological fecal occult blood test, de iFOBT, vervangt al enige tijd de notoir onbetrouwbare guaiac feces occult bloodtest. De nieuwe test is specifiek voor humaan hemoglobine en is zonder dieetinstructies te gebruiken. In diverse onderzoeken is deze nuttig gebleken voor screening. Daarom is het de hoeksteen van het nieuwe Nederlandse bevolkingsonderzoek naar darmkanker. Bij patiënten bij wie een colorectaal carcinoom wordt vermoed, leidt de inzet van de test echter tot flinke vertraging van de diagnostiek.

Dat blijkt uit onderzoek van Cecilia Högberg et al. die in Zweden onderzoek deden naar de vraag of de test ook symptomatisch inzetbaar is. Een logische vraag, nu blijkt dat nieuwe test als screeningsinstrument zo'n grote verbetering is. Het onderzoek vond plaats on-

der 323 patiënten, gediagnosticeerd met coloncarcinoom of een hooggradig dysplastische poliep. Gekeken werd of het al dan niet verrichten van een iFOBT in het diagnostisch traject de tijdsduur tot diagnose beïnvloedde.

Opvallend was dat bij al deze patiënten – zelfs al was de uitslag van de test positief – een kleine (niet-significante) vertraging in de diagnose optrad ten opzichte van patiënten die direct voor coloscopie werden verwezen. Vergelijken bij die laatsten was er een vertraging van meer dan 100 dagen in de diagnose bij patiënten die zich initieel

presenteerden met een veranderd ontlastingpatroon en/of buikpijn en een negatieve iFOBT-uitslag. Bij mensen die het spreekuur bezochten met een onverklaarde anemie was een negatieve iFOBT dusdanig geruststellend dat de vertraging tot diagnose, vergeleken met een coloscopie, gemiddeld 300 dagen was. ■

Jurgen Damen

Högberg C, et al. Immunochemical faecal occult blood tests in primary care and the risk of delay in the diagnosis of colorectal cancer. Scand J Prim Health Care 2013;31:209-14.

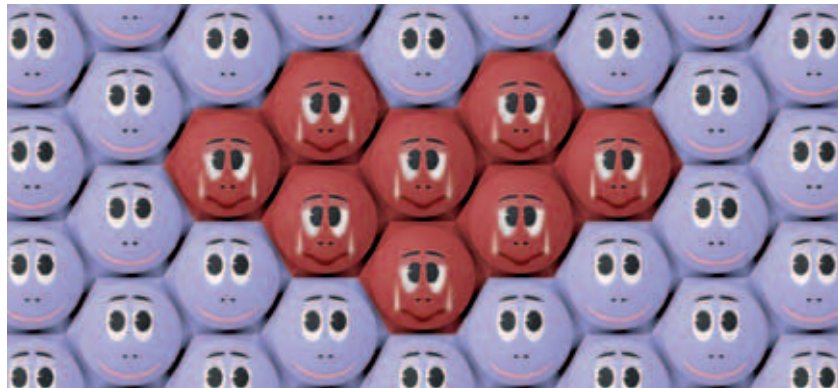


Foto: kornilov007/Shutterstock

Verwijzen van kinderen met koorts

Huisartsen beoordelen regelmatig kinderen met koorts. Om ernstige morbiditeit en mortaliteit te voorkomen, is verwijzing naar de tweede lijn aangewezen bij vermoeden van een ernstige infectie. Rotterdams onderzoek wijst uit dat huisartsen op de huisartsenpost in deze gevallen conservatief zijn in hun verwijsbeleid, soms ondanks de aanwezigheid van alarmsymptomen. Tijd om de indicatie voor verwijzing aan te passen?

De NHG-Standaard Kinderen met koorts geeft aan dat een verwijzing geïndiceerd is voor kinderen jonger dan 1 maand, tussen 1-3 maanden zonder duidelijk focus of aanwezigheid van één of meer alarmsymptomen. Yvette van Ierland et al. wilden weten in hoeverre aanwezigheid van alarmsymptomen een rol speelt bij de keus om wel of niet

te verwijzen. Daarnaast werd gekeken hoeveel kinderen 'terecht' werden verwezen conform de standaard.

Ze includeerden 9794 kinderen die zich op de huisartsenpost meldden met koorts. In totaal werden 794 (8,1%) van de kinderen verwezen naar de tweede lijn. Dit was duidelijk geassocieerd met de aanwezigheid van alarmsymptomen, zoals verminderd bewustzijn of meningeale prikkeling. Opvallend is dat volgens de richtlijn 3424 (35%) kinderen verwezen hadden moeten worden omdat ze één of meer alarmsymptomen hadden. Daarvan werden echter maar 633 (19%) daadwerkelijk verwezen. De alarmsymptomen braken, zieke indruk, verminderde circulatie en tekenen van kortademigheid werden het vaakst door huisartsen 'genegeerd'. Een nadeel van het onderzoek is dat de verwijzindicatie 'behoefte aan diagnostische zekerheid' niet onderzocht is, terwijl dit wel vermeld staat in de NHG-Standaard. Ook werd niet beschreven of de kinderen

uiteindelijk een ernstige infectie hadden. Hiermee zou een inschatting gemaakt kunnen worden van de gevolgen van het conservatieve verwijsbeleid.

Wellicht is dit onderzoek aanleiding om de indicatie voor verwijzing aan te passen. Verwijscriteria gebaseerd op een combinatie van verschillende alarmsymptomen, of het uitsluiten van een ernstige infectie door middel van CRP bepaling, zijn hiervoor wellicht opties. ■

Tobias Bonten

Van Ierland Y, et al. Use of alarm features in referral of febrile children to the emergency department: an observational study. Br J Gen Pract 2014;64:e1-9.

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

Besmetting met wrattenvirus in gezin en schoolklas

Samenvatting

Bruggink SC, Eekhof JAH, Egberts PF, Van Blijswijk SCE, Assendelft WJ, Gussekloo J. Besmetting met wrattenvirus in gezin en schoolklas. *Huisarts Wet* 2014;57(3):110-3.

DOEL Om adviezen over de preventie van wratten te onderbouwen onderzochten we bij schoolkinderen de relatie tussen de mate van blootstelling aan het humaan papillomavirus (HPV) en de incidentie van wratten.

METHODE In dit prospectieve cohortonderzoek hebben we de handen en voeten van alle kinderen op drie Nederlandse basisscholen bij een beginmeting en na een jaar onderzocht op aanwezigheid van wratten. De door ouders bij aanvang ingevulde vragenlijsten leverden informatie op over de blootstelling aan HPV, gemeten door de aanwezigheid van pre-existente wratten, wratten bij gezinsleden en gebruik van openbare voorzieningen zoals zwembaden.

RESULTATEN Aan de beginmeting deden 1099 kinderen mee (respons 97%), aan de vervolgmeting 1001 kinderen (9% lost to follow-up). De incidentie van het ontwikkelen van nieuwe wratten was 29 per 100 persoonsjaren (95%-BI 26 tot 32), ongeacht of er pre-existente wratten waren. Een gezinslid met wratten (hazardratio (HR) 2,08; 95%-BI 1,52 tot 2,86) en de prevalentie van wratten in de klas (HR 1,20 per 10% toename, 95%-BI 1,03 tot 1,41) bleken onafhankelijke risicofactoren voor het ontwikkelen van wratten.

CONCLUSIE Blootstelling aan HPV binnen het gezin en de klas vergroot het risico op het krijgen van wratten bij basisschoolkinderen. Preventieve adviezen kunnen zich beter richten op het beperken van HPV-besmetting binnen gezinnen en schoolklassen, dan binnen openbare gelegenheden.

INLEIDING

Wratten zijn goedaardige huidtumoren die veel voorkomen, vooral bij basisschoolkinderen (prevalentie 4-33%).^{1,3} Hoewel ongeveer tweederde van de wratten binnen twee jaar vanzelf verdwijnt,⁴ gaan kinderen geregeld naar de huisarts omdat hun wratten lichamelijke of psychische klachten veroorzaken.⁵

Wratten worden veroorzaakt door het humaan papillomavirus (HPV). HPV komt vrij uit wratten en transmissie vindt plaats door direct contact met de besmette huid of indirect via voorwerpen.^{6,7} Theoretisch verhoogt een hogere mate van blootstelling aan HPV het risico op het ontwikkelen van wratten.⁸ Op basis van eerdere onderzoeken naar risicofactoren

voor HPV-transmissie^{3,9-16} richten preventieve adviezen zich op het beperken van besmetting in openbare gelegenheden. Het gebruik van openbare douches zou bijvoorbeeld een risicofactor zijn voor het krijgen van voetzoolwratten op grond van de aanname dat natte vloeren een reservoir zijn voor HPV.¹⁰

Met deze veronderstelling als uitgangspunt adviseren informatiefolders onder andere om slippers te dragen in openbare gelegenheden.^{17,18} Onderzoeken naar de risicofactoren voor het ontwikkelen van wratten spreken elkaar echter tegen. Bovendien hebben deze onderzoeken een cross-sectionele opzet, wat het vaststellen van een oorzakelijk verband onmogelijk maakt.

Om onderbouwd advies te kunnen geven over de preventie van wratten hebben we in dit prospectieve cohortonderzoek gekeken naar de incidentie van wratten bij basisschoolkinderen en zijn we nagegaan of de mate van blootstelling aan HPV bijdraagt aan het krijgen van wratten.

METHODE

Populatie

Een getrainde studente geneeskunde onderzocht de handen en voeten van alle kinderen in groep 1 tot en met 7 (4-12 jaar) van drie basisscholen in de omgeving van Leiden op de aanwezigheid van wratten. Over deze beginmeting hebben we al eerder gepubliceerd.³ Een jaar later onderzocht een andere getrainde studente geneeskunde de handen en voeten van dezelfde kinderen (nu in groep 2 tot en met 8) opnieuw. Voorafgaand aan beide onderzoeken vroegen we de ouders om toestemming. Om praktische redenen varieerde de follow-up tussen de 11 en 18 maanden.

De schoolbesturen en de medisch-ethische commissie van het Leids Universitair Medisch Centrum gaven goedkeuring voor het onderzoek.

Ontwikkeling van wratten

Op beide meetmomenten noteerden de onderzoekers aantal en locatie van de wratten op standaardformulieren met een

Wat is bekend?

- Wratten komen veel voor bij basisschoolkinderen en worden veroorzaakt door het humaan papillomavirus (HPV).
- Adviezen om wratten te voorkomen betreffen vaak de openbare ruimten, zoals sportgelegenheden en zwembaden.

Wat is nieuw?

- Bij basisschoolkinderen vindt HPV-besmetting vooral plaats in het gezin en in de klas.
- Adviezen om wratten te voorkomen kunnen zich beter richten op het beperken van besmetting in het gezin en in de klas, dan op het beperken van besmetting in openbare ruimten.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. S.C. Bruggink, huisarts-onderzoeker; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog; P.F. Egberts, huisarts; S.C.E. van Blijswijk, arts; prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde; prof.dr. J. Gussekloo, hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: s.c.bruggink@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Bruggink SC, Eekhof JAH, Egberts PF, Van Blijswijk SCE, Assendelft WJ, Gussekloo J. Warts transmitted in families and schools: a prospective cohort. *Pediatrics* 2013;131:928-34. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

schematische weergave van de handen en voeten. De onderzoekers noteerden leeftijd en geslacht. Ze codeerden het huidtype volgens het systeem van Fitzpatrick, dat onderscheid maakt tussen blanke (huidtypen 1, 2 en 3) en niet-blanke (huidtype 4, 5 en 6) huidtypen.¹⁹ Een ervaren huisarts superviseerde 5% van de metingen, waarbij deze geen verschil in beoordeling waarnam. De onderzoekers waren niet op de hoogte van de antwoorden van ouders op de vragenlijsten (zie hieronder).

Blootstelling aan HPV

We ordenden de mate van blootstelling aan HPV volgens een tevoren ontwikkeld theoretisch model met risicofactoren voor wratten uit de omgeving [figuur].³ Informatie over de volgende potentiële risicofactoren verkregen we uit lichamelijk onderzoek en vragenlijsten die ouders bij de beginmeting hadden ingevuld:

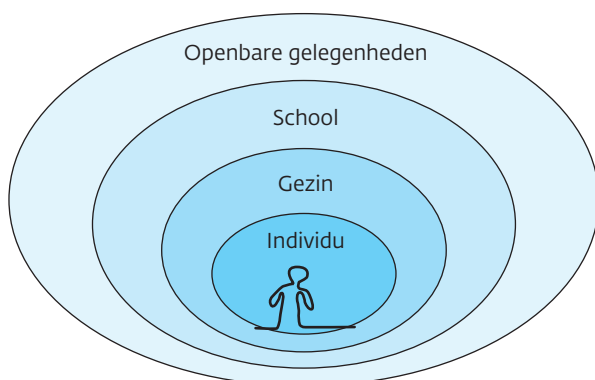
- *individuele factoren*: pre-existente wratten (ja/nee);
- *gezinsfactoren*: gezinslid met wratten (ja/nee), thuis met blote voeten lopen (ja/nee);^{1,3,13-16}
- *schoolfactoren*: school (school A, B of C), prevalentie van wratten bij kinderen in de klas bij de beginmeting (per toename van 10%),³ aanwezigheid van wratten bij ten minste een van de drie beste schoolvrienden (ja/nee);
- *publieke factoren*: gebruik van openbare zwembaden (ja/nee), gebruik van openbare douches (ja/nee), met blote voeten sporten (ja/nee).^{9,12,14-16}

Statistische analyse

We berekenden het incidentiecijfer met het 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) door het aantal nieuwe casus te delen door de som van de persoonsjaren van de kinderen at risk. De definitie van een nieuwe casus was een kind dat tijdens de follow-upperiode een of meer nieuwe wratten had ontwikkeld, ongeacht of er pre-existente wratten waren.

We gebruikten het Cox proportional-hazards-model om risicofactoren voor het ontwikkelen van wratten te bepalen, waarbij we een $p < 0,05$ als significant beschouwden. De

Figuur Conceptueel model voor de blootstelling aan HPV.³ Het onderliggende idee is dat de mate van blootstelling aan HPV vermindert van de kern naar buiten toe.



analyses bevatten alleen de kinderen van wie we informatie over de betreffende risicofactoren hadden. Aan de hand van een univariate analyse berekenden we eerst de hazardratio's (HR's) met een 95%-BI voor alle potentiële risicofactoren. Om onafhankelijke HR's te berekenen, gebruikten we in een multivariate analyse vervolgens de belangrijkste risicofactoren uit de univariate analyse die het voorkomen van wratten binnen het individu, het gezin, de school en de openbare gelegenheden vertegenwoordigen. Deze multivariate analyse bevatte naast leeftijd, geslacht en huidtype de volgende factoren: pre-existente wratten, gezinsleden met wratten, wratten bij klasgenoten en het gebruik van openbare zwembaden. Om een mogelijke dosis-effectrelatie te verkennen vulden we het rekenmodel aan met een totaalscore voor de blootstelling aan HPV, waaraan elk van de vier omgevingsfactoren gelijk, met een gewicht of 1, kon bijdragen (spreiding 0-4).

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie

Aan de beginmeting namen 1099 kinderen deel (respons 97%), van wie er 98 (9%) niet deelnamen aan de follow-up. Redenen hiervoor waren: afwezig van school ten tijde van onderzoek, tussentijds verlaten van school of geen toestemming voor onderzoek. De mediane leeftijd van de 1001 kinderen was 7 jaar (spreiding 4-12), 48% was jongen, 80% had een blank huidtype en 33% had wratten bij de beginmeting. De respons van ouders op de vragenlijsten was 77%.

Ontwikkeling van wratten

De incidentie van nieuwe wratten was 29 per 100 persoonsjaren at risk (95%-BI 26 tot 32). De incidentie was 14 per 100 persoonsjaren (95%-BI 12 tot 16) voor voetzoolwratten, 9 per 100 persoonsjaren (95%-BI 7 tot 11) voor handwratten en 5 per 100 persoonsjaren (95%-BI 4 tot 7) voor de combinatie van hand- en voetwratten.

Relatie met potentiële risicofactoren

Uit de univariate analyse kwam geen relatie met geslacht naar voren, maar een hogere leeftijd en een blank huidtype waren wel gerelateerd aan een hogere incidentie van wratten [tabel 1]. De volgende omgevingsfactoren waren significant gerelateerd aan de ontwikkeling van wratten: pre-existente wratten, een gezinslid met wratten en de prevalentie van wratten in de klas [tabel 1].

De multivariate analyse liet geen relatie met leeftijd of geslacht zien, terwijl een blank huidtype het risico op het ontwikkelen van wratten vergrootte: HR 2,3; 95%-BI 1,3 tot 3,9 [tabel 2]. Kinderen met gezinsleden met wratten (HR 2,1; 95%-BI 1,5 tot 2,9) en kinderen met een hogere prevalentie van wratten in de klas (HR 1,2 per 10% toename, 95%-BI 1,0 tot 1,4) hadden als onafhankelijke omgevingsfactoren een hoger risico op het ontwikkelen van nieuwe wratten na 1 jaar. Pre-existente wratten bleken, na de correctie in het multivariate model, geen onafhankelijke factor meer te zijn (HR 0,9; BI-95% 0,7 tot 1,3). Het gebruik van openbare zwembaden had een kleine, niet-signi-

Tabel 1 Verschillen in incidentie van wratten voor de aanwezigheid van risicofactoren gerelateerd aan de blootstelling aan HPV (n = 1001 kinderen met 1054 persoonsjaren)

Potentiële risicofactor	Aantal casus/ persoonsjaren*	Incidentie per 100 persoonsjaren	Hazardratio† (95%-BI)	P-waarde
Persoonskenmerken				
Leeftijd (per jaar toename)			1,1 (1,0 tot 1,1)	0,003
Geslacht				
■ Meisje	150/507	30	1	
■ Jongen	153/547	28	1,1 (0,8 tot 1,3)	0,66
Huidtype				
■ Niet-blank	38/221	17	1	
■ Blank	265/832	32	1,9 (1,4 tot 2,7)	< 0,001
Blootstelling aan HPV: individuele factoren				
Pre-existente wratten				
■ Nee	177/716	25	1	
■ Ja	126/337	37	1,5 (1,2 tot 1,9)	< 0,001
Blootstelling aan HPV: gezinsfactoren				
Gezinslid met wrat(ten)				
■ Nee	90/396	23	1	
■ Ja	74/155	48	2,1 (1,5 tot 2,9)	< 0,001
Thuis met blote voeten lopen				
■ Nee	23/76	30	1	
■ Ja	216/731	30	1,0 (0,7 tot 1,5)	0,97
Blootstelling aan HPV: schoolfactoren				
School				
■ A	198/730	27	1	
■ B	21/92	23	0,7 (0,4 tot 1,0)	0,07
■ C	86/232	37	1,2 (0,9 tot 1,5)	0,23
Prevalentie wratten in klas				
■ < 40%	163/668	24	1	
■ ≥ 40%	140/386	36	1,5 (1,2 tot 1,9)	< 0,001
■ per toename van 10%	–	–	1,2 (1,1 tot 1,3)	< 0,001
Goede schoolvrienden met wratten				
■ Nee	108/335	32	1	
■ Ja	132/440	30	0,9 (0,7 tot 1,2)	0,54
Blootstelling aan HPV: publieke factoren				
Gebruik van openbare zwembaden				
■ Nee	37/162	23	1	
■ Ja	202/645	31	1,4 (1,0 tot 2,0)	0,065
Gebruik van openbare douches				
■ Nee	190/651	29	1	
■ Ja	33/111	30	1,0 (0,7 tot 1,5)	0,86
Met blote voeten sporten				
■ Nee	182/634	29	1	
■ Ja	55/163	34	1,1 (0,9 tot 1,6)	0,39

* De som van persoonsjaren per potentiële risicofactor is ≤ 1054, omdat het responspercentage voor specifieke vragen op de vragenlijst voor ouders varieerde van 68 tot 100%.

† Berekend met univariaat Cox proportional-hazards-model. Analyses in de subgroep van kinderen met voetzoolwratten en de subgroep zonder wratten bij de beginmeting leverden vergelijkbare resultaten op.

ficante invloed (HR 1,2; 95%-BI 0,75 tot 1,8). De totaalscore voor blootstelling aan HPV liet een duidelijke dosis-effectrelatie zien: het risico op wratten nam toe met een factor 3,5 (95%-BI 2,9 tot 4,2) voor elke extra aanwezige risicofactor.

BESCHOUWING

De incidentie van het ontwikkelen van nieuwe wratten bij basisschoolkinderen was 29 per 100 persoonsjaren. Blootstelling aan HPV in het gezin en in de klas bleek belangrijker voor

het ontwikkelen van nieuwe wratten, dan blootstelling aan HPV uit aanwezige wratten op de eigen huid of blootstelling in openbare gelegenheden, zoals zwembaden.

Sterk punt in dit onderzoek is het onderliggende biologische model van blootstelling aan HPV met onderscheid tussen het individu, het gezin, de school en openbare gelegenheden. Met iedere extra aanwezige risicofactor stijgt het risico. Deze duidelijke dosis-effectrelatie ondersteunt het oorzakelijke verband tussen de risicofactoren en het ontwikkelen van

Tabel 2 Risicofactoren voor het ontwikkelen van wratten, onder andere gerelateerd aan de blootstelling aan HPV bij basisschoolkinderen (n = 525)

Factor	Hazardratio* (95%-BI)	P-waarde
Persoonskenmerken		
Leeftijd (per jaar toename)	1,0 (0,91 tot 1,1)	0,99
Geslacht	1,2 (0,9 tot 1,6)	0,34
Blank huidtype	2,3 (1,3 tot 3,9)	0,003
Blootstelling aan HPV		
Pre-existente wratten	0,91 (0,7 tot 1,3)	0,58
Gezinsleden met wratten	2,1 (1,5 tot 2,9)	< 0,001
Wratten in de schoolklas [†]	1,2 (1,0 tot 1,4)	0,02
Gebruik openbare zwembaden	1,2 (0,8 tot 1,8)	0,48
Totaalscore voor blootstelling [‡]	3,5 (2,9 tot 4,2)	< 0,001

* Berekend met een multivariate Cox proportional hazards-model, met daarin leeftijd, geslacht, huidtype en de vier belangrijkste risicofactoren die het individu, het gezin, de school en openbare gelegenheden vertegenwoordigen. Analyses in de subgroep van kinderen met voetzoolwratten en die zonder wratten bij de beginmeting leverden vergelijkbare resultaten op.

[†] Hazardratio per 10% toename van de prevalentie van wratten in de schoolklas.

[‡] Hazardratio voor elke extra aanwezige risicofactor voor blootstelling aan HPV (spreiding 0-4 risicofactoren).

wratten. Met een deelname van 97% en een niet-blank huidtype bij 20% van de kinderen is de onderzoekspopulatie vergelijkbaar met de algemene Nederlandse basisschoolpopulatie.²⁰

Een beperking van het onderzoek is dat we niet alle omgevingsbepaalde risicofactoren hebben onderzocht omdat deze moeilijk te meten zijn, bijvoorbeeld het contact met kinderen met wratten tijdens hobby's. Verder kan een verschil in het diagnosticeren van wratten tussen de twee onderzoekers en de (mogelijk onnauwkeurige) rapportage van risicofactoren door ouders het gevonden effect hebben verdund.

Op basis van huisartsenregisters uit Groot-Brittannië en Nederland heeft men de jaarincidentie van wratten bij 5- tot 14-jarigen berekend op 3 tot 5 per 100 kinderen.^{21,22} Het verschil met ons veel hogere incidentiecijfer (29 per 100 persoonsjaren) kan zijn ontstaan doordat kinderen en ouders zich vaak niet bewust zijn van de wratten³ en doordat veel kinderen en ouders wratten niet aan de huisarts melden.

Bestaande onderzoeken naar risicofactoren voor wratten spreken elkaar tegen.^{3,9-16} Dit is het eerste onderzoek met een prospectieve opzet en dat analyse van oorzakelijke verbanden mogelijk maakt. De geïdentificeerde risicofactoren bevestigen gedeeltelijk ons theoretische model over de mate van blootstelling aan HPV: een gezinslid met wratten was een belangrijkere risicofactor dan de prevalentie van wratten in de klas, die weer belangrijker was dan de publieke risicofactoren [figuur].³ De aanwezigheid van pre-existente wratten was echter niet onafhankelijk geassocieerd met de ontwikkeling van wratten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het immuunsysteem van een kind met wratten al is geactiveerd tegen het reeds aanwezige specifieke HPV-type.⁸ Ook zouden genetische aspecten een rol kunnen spelen in gezinnen. De rol van de prevalentie van wratten in een klas als risicofactor bevestigt echter de betekenis van blootstelling aan HPV.

Onderzoeken naar HPV-typering binnen gezinnen en klassen zullen in de toekomst meer bewijzen opleveren over de vatbaarheid voor specifieke HPV-types. Waarschijnlijk was de blootstelling aan HPV in openbare gelegenheden of via specifieke vriendjes te laag om mogelijke transmissie te meten.

CONCLUSIE

Besmetting met het wrattenvirus vindt vooral plaats via gezins- en klasgenoten met wratten. Preventieve adviezen zouden zich meer kunnen richten op het voorkomen van besmetting binnen gezinnen en schoolklassen, dan op het dragen van slippers in openbare gelegenheden.

DANKWOORD

De auteurs bedanken alle basisschoolkinderen en hun ouders voor hun enthousiaste deelname, en Femke van Haalen (destijds studente geneeskunde) voor het verzamelen van de gegevens tijdens de beginmeting. ■

LITERATUUR

- Williams HC, Pottier A, Strachan D. The descriptive epidemiology of warts in British schoolchildren. *Br J Dermatol* 1993;128:504-11.
- Kilkenny M, Merlin K, Young R, Marks R. The prevalence of common skin conditions in Australian school students: 1. Common, plane and plantar viral warts. *Br J Dermatol* 1998;138:840-5.
- Van Haalen FM, Bruggink SC, Gussekloo J, Assendelft WJ, Eekhof JA. Warts in primary schoolchildren: prevalence and relation with environmental factors. *Br J Dermatol* 2009;161:148-52.
- Massing AM, Epstein WL. Natural history of warts. A two-year study. *Arch Dermatol* 1963;87:306-10.
- Androphy EJ, Lowy DR. Warts. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. Seventh ed. USA: McGraw-Hill; 2008.
- Bernard HU, Burk RD, Chen Z, Van Doorslaer K, Hausen H, De Villiers EM. Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments. *Virology* 2010;401:70-9.
- Jablonska S, Majewski S, Obalek S, Orth C. Cutaneous warts. *Clin Dermatol* 1997;15:309-19.
- Reeves G, Todd I. Antigen recognition. In: Reeves G, Todd I, eds. *Lecture notes on immunology*. Third edition. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1997.
- Gentles JC, Evans EG. Foot infections in swimming baths. *Br Med J* 1973;3:260-2.
- Johnson LW. Communal showers and the risk of plantar warts. *J Fam Pract* 1995;40:136-8.
- Vaile L, Finlay F, Sharma S. Should verrucas be covered while swimming? *Arch Dis Child* 2003;88:236-7.
- Rigo MV, Martinez-Campillo F, Verdu M, Cilleruelo S, Roda J. [Risk factors linked to the transmission of papilloma virus in the school environment. Alicante, 1999]. *Aten Primaria* 2003;31:415-20.
- Kilkenny M, Marks R. The descriptive epidemiology of warts in the community. *Australas J Dermatol* 1996;37:80-6.
- Van der Werf E. Een onderzoek naar het voorkomen en verloop van wratten bij schoolkinderen. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1959;103:1204-8.
- Doeglas HM, Nater JP. Epidemiologisch onderzoek bij patiënten met wratten. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1973;117:216-20.
- Benz U, Gilliet F. [Possible causative factors in epidemic incidence of plantar warts]. *Schweiz Med Wochenschr* 1976;106:666-71.
- Nederlands Huisartsen Genootschap. Patiënteninformatie over wratten 2013. <http://www.thuisarts.nl/wratten/ik-heb-last-van-wratten>.
- British Association of Dermatologists. Patient information leaflet on plantar warts. <http://www.bad.org.uk/site/859/default.aspx>.
- Fitzpatrick TB. The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. *Arch Dermatol* 1988;124:869-71.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking naar afkomst. <http://www.cbs.nl/en-GB/menu/cijfers/kerncijfers/default.htm>.
- Schofield J, Grindlay D, Williams HC. Skin conditions in the UK: a health care needs assessment. Nottingham: Centre of Evidence Based Dermatology, 2009.
- Westert GP, Schellevis FG, De Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, Van der Zee J. Monitoring health inequalities through general practice: the Second Dutch National Survey of General Practice. *Eur J Public Health* 2005;15:59-65.

Communicatie met patiënten met chronische SOLK

Samenvatting

Olde Hartman TC, Van Rijswijk E, Van Dulmen S, Van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, Van Weel C. *Communicatie met patiënten met chronische SOLK. Huisarts Wet* 2014;57(3):114-8.

DOEL Het onderzoeken van de arts-patiëntcommunicatie in consulten met patiënten met chronische somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

METHODE We voerden een explorerende kwalitatieve analyse uit van transcripten van twintig videoconsulten.

RESULTATEN De deelnemende patiënten vertoonden veel verschillende klachten waarover ze op een ongestructureerde manier vertelden, terwijl huisartsen bijna geen structurerende technieken gebruikten. Patiënten met chronische SOLK kregen veel ruimte om hun verhaal te vertellen, maar konden de reden van hun komst, hun ideeën en zorgen niet systematisch bespreken. Hoewel deze onderwerpen tijdens de consulten aan de orde kwamen, waren het meestal de patiënten zelf die het gesprek erover begonnen. De uitgebreide uitleg die huisartsen gaven over het ontstaan van klachten liet meestal geen ruimte voor de eigen ideeën en zorgen van patiënten.

CONCLUSIE Doordat patiënten verscheidene klachten hebben en de huisartsen het gesprek niet structureren, verlopen consulten met patiënten met chronische SOLK vaak chaotisch. Wel krijgen patiënten ruim de gelegenheid om hun verhaal te vertellen.

INLEIDING

Huisartsen krijgen op het spreekuur veel patiënten die somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) hebben.^{1,2} Onlangs bleek uit twee onderzoeken dat de communicatie van huisartsen tijdens een consult waarin voor het eerst SOLK aan de orde komen te wensen over laat.^{3,4} Huisartsen gaan onvoldoende in op de reden van de komst, de ideeën, verwachtingen en zorgen van patiënten met SOLK, en nemen te weinig tijd voor hen.^{3,4} Toch ontwikkelt slechts een minderheid (2,5%) van de patiënten uiteindelijk chronische SOLK.⁵ Communicatie tussen huisartsen en patiënten met chronische SOLK is vaak nog complexer.⁶ Huisartsen voelen zich vaak onzeker over de behandelwijze van deze patiënten.⁷ Patiënten willen de verschillende facetten van hun klachten en problemen benoemen, en hun ongerustheid uiten, en dat allemaal in een 10-minutenconsult.⁸⁻¹⁰ Het is nog steeds niet

duidelijk hoe patiënten en huisartsen binnen zo'n kort tijdsbestek hun doelen bereiken en op welke onderdelen van het consult ze de nadruk leggen. Daarom is het doel van dit onderzoek te analyseren 1) hoe patiënten SOLK presenteren, 2) hoe huisartsen deze klachten onderzoeken en 3) op welke onderdelen van het consult huisartsen en patiënten de nadruk leggen.

METHODE

We hebben met een kwalitatieve methode 20 op video opgenomen huisartsconsulten met patiënten met chronische SOLK geanalyseerd. Deze videoconsulten waren afkomstig uit de 2784 videoconsulten uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk (NS-2).¹¹ Alle videoconsulten waarbij er mogelijk sprake was van SOLK hebben we geselecteerd [figuur]. We hebben consulten geselecteerd 1) met patiënten die hun eigen huisarts bezochten, 2) die lichamelijke klachten betroffen waarvoor de patiënt de huisarts al eerder had bezocht en waarbij volgens de huisarts de klachten gerelateerd waren aan psychosociale factoren, 3) waarbij de leeftijd van de patiënt ≥ 18 jaar was en 4) waarbij er niet gelijktijdig sprake was van een psychiatrische diagnose en/of een sociale diagnose. Exclusiecriteria waren slechte geluidskwaliteit en consulten door een van de auteurs. Wanneer onze selectie van één huisarts meer videoconsulten bevatte, hebben we alleen het eerst opgenomen consult geïncludeerd. Twee onderzoekers hebben de consulten onafhankelijk van

Wat is bekend?

- Huisartsen vinden de communicatie met patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) lastig.
- De communicatie van huisartsen tijdens een eerste consult bij SOLK kan beter.
- Slechts een minderheid van de patiënten ontwikkelt persistente SOLK.
- Een 10-minutenconsult voor SOLK is voor zowel de patiënt als de huisarts vaak onvoldoende.

Wat is nieuw?

- Huisartsen geven patiënten met chronische SOLK veel ruimte om hun verhaal te vertellen.
- Patiënten presenteren meer klachten kriskras door het consult heen.
- Huisartsen gaan niet in op de reden van komst en geven weinig structuur aan de consulten.
- De gegeven uitleg sluit vaak niet aan op de ideeën en zorgen van patiënten.
- Huisartsen en patiënten nemen veel tijd voor het gesprek over SOLK.

Radboud UMC, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. T.C. olde Hartman, huisarts-onderzoeker; dr. E. van Rijswijk, huisarts-onderzoeker; dr. E. van Weel-Baumgarten, huisarts-onderzoeker; dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker; prof.dr. C. van Weel, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde. NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), Utrecht: prof.dr. S. van Dulmen, hoogleraar communicatie in de gezondheidszorg • Correspondentie: t.oldehartman@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door middel van een ZonMw-subsidie, nummer 920-03-339.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Olde Hartman TC, Van Rijswijk E, Van Dulmen S, Van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, Van Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Educ Couns* 2013;90:354-60. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

elkaar bekeken en hebben aan de hand van wat de huisarts en patiënt tijdens het consult hebben verteld, bepaald of de klachten van de patiënt strikt somatisch te verklaren waren. We hebben alleen consulten geïnccludeerd als beide onderzoekers het hierover eens waren dat dit niet het geval was. Wanneer we niet tot overeenstemming konden komen, hebben we het consult uitgesloten.

Gegevensanalyse

Bij de kwalitatieve gegevensanalyse hebben we het biopsychosociale model als theoretisch kader gebruikt.^{12,13} De analyse van de gegevens vond plaats volgens de vigerende richtlijnen voor kwalitatieve gegevensanalyse. Voor een uitgebreidere beschrijving van de kwalitatieve analyse en de selectie van de video's verwijzen we naar het oorspronkelijke artikel.¹⁴

RESULTATEN

Videoconsulten

Acht (40%) van de patiënten in de uiteindelijk geïnccludeerde videoconsulten was man; de leeftijd varieerde van 25 tot 80 jaar (mediaan = 47). Van de 20 huisartsen waren 15 (75%) man, met een leeftijd van 34 tot 61 jaar (mediaan = 45) en met gemiddeld 15,7 jaar werkervaring als huisarts (spreiding 3-30). De gemiddelde (mediane) duur van de consulten was 13,5 (12,1) minuten, met een spreiding van 8,1 tot 37,0 minuten.

Klachtpresentatie

De meeste (95%) patiënten met chronische SOLK vertoonden tijdens het beoordeelde consult meer dan één symptoom. Driekwart van de patiënten had zowel SOLK als verklaarde lichamelijke klachten. Het gemiddelde aantal klachten waarmee patiënten op het spreekuur kwamen was 3,6 (spreiding 1-5). Het gemiddelde aantal SOLK waarmee ze kwamen was 2,4 (spreiding 1-5). De meest voorkomende klachten waren klachten van het bewegingsapparaat (n = 15), het maag-darmkanaal (n = 8) en andere algemene klachten (n = 11), zoals zich ziek voelen, moeheid, zweten of oedemen.

Chronische SOLK-patiënten hadden verschillende klachten en leken gedurende alle onderdelen van het consult van de ene op de andere klacht over te gaan. Daarbij vertelden de patiënten vaak over nieuwe klachten en zorgen nadat de huisarts klaar was met de anamnese, het lichamenlijk onderzoek of het geven van informatie over de klachten (citaat 1; P11 116-12;023-111).

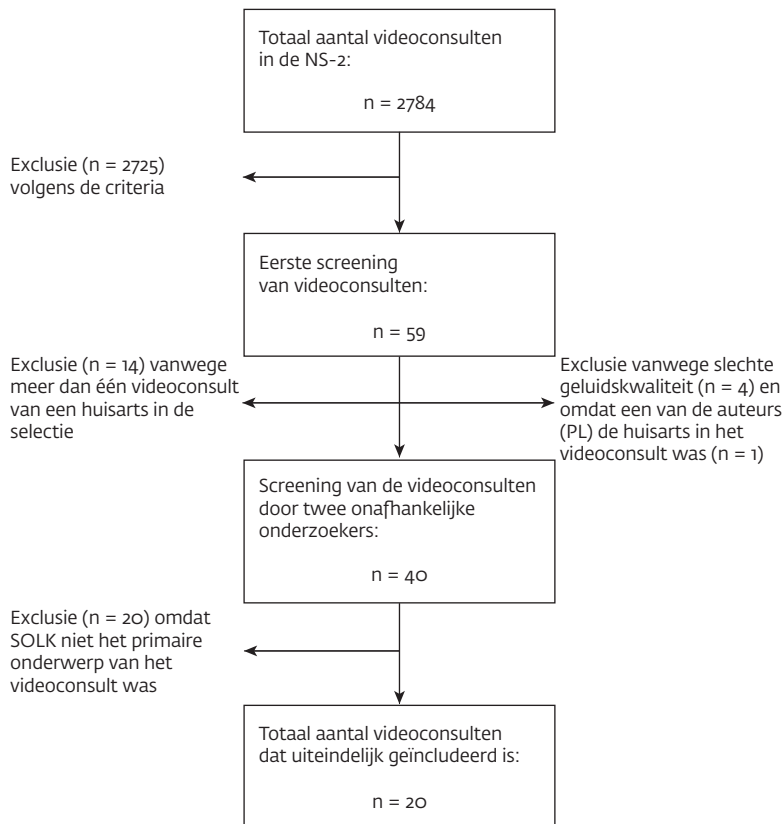
[Verhaal van de patiënt, klacht 1]

P: Want het zijn pijnlijke winden of het is evengoed pijn in mijn buik. En de ontlasting komt wel of niet en ziet er een beetje raar uit. Maar het gaat weer over, het is altijd weer overgegaan.

A: Precies, dus u heeft al jarenlang van deze klachten.

[Onderzoek van de klacht]

Figuur Selectie van videoconsulten met patiënten met chronische SOLK



A: *Vreemde ontlasting. Geen bloed of slijm erbij?*

P: *Nee, nee*

A: *Vast en brijig, geen diarree?*

P: *Nee, die heb ik niet.*

[Geen lichamenlijk onderzoek]

[Uitleg]

A: *Ja, als ik het zo bekijk, dan lijkt het inderdaad op het prikkelbaredarmsyndroom. Dus een gevoelige darm. En dat kan krampen geven. Ongeveer 20% van de mensen heeft daar in meer of minder mate last van. Het is niet kwaadaardig en er is geen ontsteking, maar het functioneren van de darm is onvoldoende. Het is daarom belangrijk om veel vezels te gebruiken en die poeders (movicolon) in te nemen.*

[Verhaal van de patiënt, klacht 2]

P: *En die jeuk, die blijft alleen maar, het is afschuwelijk.*

A: Dan zitten we nog met uw jeuk.

P: Ja, het is idioot, maar af ten toe in mijn gezicht heel erg en mijn rug is het ergst, altijd dezelfde plek die jeukt. Dat heb ik nou al heel lang, hoor.

Reden van komst

Hoewel het belangrijk is voor huisartsen om duidelijkheid te verkrijgen over de reden van de komst van de patiënt, om zo tot een meer gerichte communicatie te komen, vond in 13 consulten (65%) geen verdere uitdieping naar de reden plaats. Mogelijk beginnen patiënten daarom daar zelf een gesprek over. In de videoconsulten waarin de huisarts en de patiënt de reden van komst wel bespraken (n = 7), namen de patiënten in de meeste gevallen (n = 5) het initiatief (citaat 2; P8 C10208;24-31).

P: En ik heb toch als ik ga slapen een onrustig gevoel, beetje last van hartkloppingen.

D: Ja.

P: Dus ik vraag me af, ik heb ook gelijk gelezen, dat er zoiets bestaat als bètablokkers, ik weet niet of dat voor mij van toepassing is of iets dergelijks.

D: Hmm.

P: Iemand vertelde mij over propranol. Ik vroeg me af of dat voor mij van toepassing is.

D: Ja, oké.

In slechts twee consulten vond er geen bespreking van de ideeën en zorgen van de patiënt plaats. In deze twee consulten probeerden patiënten het gesprek daarover wel aan te zwengelen, maar reageerde de huisarts er niet op (citaat 3; P1 C2601;132-140). In de consulten waarin de bespreking wel plaatsvond begon de patiënt meestal het gesprek over deze onderwerpen: in 16 consulten (89%) startten patiënten het gesprek over hun ideeën en zorgen, en in 9 consulten (50%) begon de huisarts dat gesprek.

Het is opmerkelijk dat in de meerderheid van de consulten (10 van de 18) waarin de ideeën en zorgen van patiënten aan de orde kwamen, deze alleen voor een gedeelte van de klachten werden besproken.

P: Volgens mij deugt het voor geen meter, hoor. Ik voel me eigen zo aftakelen als ik weet niet wat.

A: Dit is voor de neuroloog. Dan kun je een afspraak maken. Dan zal ik een verwijsbrief maken, die leg ik bij de assistente klaar. Maar je benen, dat vind je ook wel een punt?

P: Ja, ik weet wel, ik moet een heleboel kilo's dragen, maar jeetje, dat gaat ook niet zomaar. Het lijkt wel of er iets kapot is in

mijn hoofd. Ik denk elke keer, ik moet afvallen, ik moet afvallen, en op hetzelfde moment sta ik mijn eigen vol te douwen. Het werkt hier (P wijst naar eigen hoofd) niet gewoon op die manier.

A: Je moet afvallen, maar je eet ook.

Gesprekken over de gevolgen van de klachten voor het dagelijks leven van patiënten en hun sociale omgeving, en ziektegedrag vonden nauwelijks plaats. In negen consulten (45%) spraken huisarts en patiënt hier zelfs in het geheel niet over.

Waar ligt de nadruk in het SOLK-consult?

Huisartsen gaven patiënten met chronische SOLK ruim de gelegenheid om hun verhaal te vertellen en patiënten maakten hier goed gebruik van (21,8% (spreiding 5,1-80,7) van de tekst in de transcripten). In 50% van de consulten (n = 10) werden de klachten juist helemaal niet verder onderzocht. En in de helft van de consulten waarin dat wel gebeurde, ging de huisarts niet dieper in op alle SOLK die in het consult naar voren kwamen.

Uit de videoconsulten bleek dat huisartsen bijna geen structurerende technieken gebruikten, zoals het vaststellen van de agenda, het aankondigen en uitvoeren van lichamelijk onderzoek, en het samenvatten van de informatie die ze tijdens de consulten hadden verkregen. Slechts in één consult stelde de huisarts expliciet de agenda vast. In acht consulten vond lichamelijk onderzoek plaats en in één consult gaf de huisarts een samenvatting van zijn bevindingen.

Wel gaven de huisartsen in nagenoeg alle consulten uitleg over de klachten van de patiënt. Hoewel bijna een vijfde van de tekst in de transcripten over het uitleggen van de klachten ging, maakten veel patiënten nieuwe opmerkingen over hun klachten, ideeën en zorgen wanneer de huisarts de klachten probeerde uit te leggen.

Meestal sloot de uitleg van de huisarts over de klachten niet aan bij de ideeën en zorgen waarover de patiënten in het consult hadden verteld. Bovendien waren de pogingen die de huisarts deed om patiënten gerust te stellen meestal niet gericht op hun specifieke zorgen (citaat 4; P4 C077-04:4-9;21-26; 80-85; 109-11).

[Zorgen van de patiënt]

P: Ik heb het weer zo in mijn keel, slokdarm zitten als ik me inspan. Heeft toch niks met het hart te maken, hè? Het is iedere keer als ik me 's nachts omdraai.

A: Ja.

P: Ik weet het niet, maar het zit dieper, net alsof er een brok zit.

[Reden van komst en zorgen van de patiënt]

P: Ik heb ook pijn in mijn borst gehad, dus ik wou u vragen of

u er even naar wou kijken. Ik maak me er toch een beetje ongerust over. Als ik nou maar zeker weet dat er niks is.

A: Als we maar weten dat het de keel is en niet het hart, dan is het goed.

P: Ja.

[Uitleg]

P: Van de week had ik het ook nogal druk. Ik ben de laatste tijd erg gejaagd. Toen heb ik zo'n tabletje seresta genomen en toen ging de pijn in mijn keel ook weg.

A: Ja, nou dat zou kunnen betekenen dat de spanningen die u voelt van binnen ook een beetje op de keel slaan, dat die keel letterlijk dichtgeknepen wordt.

P: Ja, zo'n gevoel heb ik wel.

[Reactie van de patiënt]

P: Maar mijn hart heeft er niks mee te maken?

A: Nee, dit heeft niks met het hart te maken.

BESCHOUWING

Belangrijkste bevindingen

Patiënten met chronische SOLK vertoonden tijdens het consult verschillende klachten (zowel lichamelijk verklaarde als onvoldoende verklaarde klachten). Daarbij gingen ze gedurende het consult van de ene op de andere klacht over.

In de meerderheid van de SOLK-consulten vond geen bespreking van de reden voor de komst plaats. En als deze al aan de orde kwam was het meestal de patiënt die hierover het gesprek begon. In de meerderheid van de SOLK-consulten vond wel een exploratie plaats van de ideeën en zorgen van de patiënt. Maar ook dan was het meestal de patiënt die hiervoor de eerste aanzet gaf.

Huisartsen en patiënten nemen veel tijd voor het gesprek over de SOLK. Huisartsen besteden daarnaast veel aandacht aan het uitleggen van de klachten. Toch sloot deze uitleg vaak niet aan bij de ideeën en zorgen van de patiënt.

Vergelijking met de literatuur

Onze bevindingen komen overeen met die van anderen.³ Huisartsen laten in consulten juist zaken na die patiënten belangrijk vinden. Bijna alle SOLK-patiënten geven hun huisarts de gelegenheid om de emotionele kanten van hun klachten aan te snijden.⁴⁻⁵ Deze bevindingen zijn belangrijk omdat een gesprek over de ideeën en zorgen van patiënten, en een gedeeld inzicht in en duidelijkheid over de reden voor het bezoek bijdragen aan een grotere patiënttevredenheid.¹⁶

Sterke en zwakte punten

Dit is het eerste onderzoek met videoconsulten van patiënten met heterogene ongedifferentieerde chronische SOLK in de huisartsenpraktijk. Noch de dokter, noch de patiënt was zich tijdens het consult bewust van het onderwerp van het onderzoek. De vastgelegde arts-patiëntcommunicatie is dan ook representatief voor de gang van zaken in de dagelijkse praktijk. Omdat het consulten van patiënten met hun 'eigen' huisarts betreft, gaat het om reeds bestaande arts-patiëntrelaties. Toch is het goed om te benadrukken dat een enkel consult niet het hele verhaal vertelt. Tijdens elk nieuw consult spelen herinneringen aan vorige consulten een rol. Deze herinneringen kunnen het videoconsult beïnvloeden hebben.¹⁷ Dit zou kunnen verklaren waarom we zo'n beperkte exploratie van de klachten vonden en zagen dat de huisartsen in de meeste consulten geen lichamelijk onderzoek deden. Toch vonden we geen woorden of zinnen die verwezen naar eerdere consulten waarin de klacht(en) aan bod was (waren) gekomen.

Videoconsulten zouden de beste methode zijn om de arts-patiëntcommunicatie te onderzoeken.¹⁸ Volgens sommigen zijn er weinig aanwijzingen dat video-opnamen het gedrag van patiënten of huisartsen beïnvloeden (i.e. het Hawthorne-effect), maar zouden ze wel participatiebias kunnen veroorzaken met betrekking tot het soort dokters en patiënten dat mee wil doen met het onderzoek.¹⁹ Toch lijkt deze vorm van participatiebias in ons onderzoek minimaal omdat de NS-2 een responspercentage van 89% had. Bovendien vonden we dat 2,1% (59 van de 2784) van het totale aantal videoconsulten in de NS-2 consulten met patiënten met chronische SOLK betrof. Dit percentage strookt met bevindingen uit ander onderzoek, waarbij de onderzoekers vonden dat 2,5% van de patiënten in de huisartsenpraktijk chronische SOLK hebben.⁵

Omdat het hier om een kwalitatief onderzoek gaat zijn onze bevindingen niet generaliseerbaar. Ze moeten dan ook worden bevestigd in een groter, prospectief onderzoek dat de arts-patiëntcommunicatie bij patiënten met SOLK in de loop van de tijd analyseert.

CONCLUSIE

Ons onderzoek laat zien dat de arts-patiëntcommunicatie over chronische SOLK verbeterd kan worden door meer nadruk te leggen op de exploratie van de ideeën en zorgen van patiënten. Hoewel het belangrijk is om tijd te maken voor en aandacht te schenken aan het verhaal van patiënten met chronische SOLK, hebben deze patiënten mogelijk meer baat bij een gerichtere communicatie, waarbij huisartsen het consult structureren en de verwachtingen, ideeën en zorgen van patiënten exploreren en hun bevindingen direct verwerken in hun uitleg aan hun patiënten. Scholing op dit gebied binnen het medisch curriculum en de vervolopleiding kan resulteren in een gerichtere arts-patiëntcommunicatie die de gezondheid van patiënten met SOLK kan bevorderen. ■

LITERATUUR

- 1 Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989;86:262-6.
- 2 Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985;29:563-9.
- 3 Epstein RM, Shields CG, Meldrum SC, Fiscella K, Carroll J, Carney PA, et al. Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 2006;68:269-76.
- 4 Kappen T, Van Dulmen S. General practitioners' responses to the initial presentation of medically unexplained symptoms: a quantitative analysis. *Biopsychosoc Med* 2008;2:22.
- 5 Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract* 2006;23:414-20.
- 6 Innes AD, Campion PD, Griffiths FE. Complex consultations and the 'edge of chaos'. *Br J Gen Pract* 2005;55:47-52.
- 7 Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, Van Spaendonck KP, Van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract* 2009;10:68.
- 8 Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, et al. What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med* 2009;24:443-9.
- 9 Stuarts MR, Lieberman JA. *The fifteen minute hour: therapeutic talk in primary care*. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd, 2008.
- 10 Van Dalen J, Prince CJ, Scherpbier AJ, Van der Vleuten CP. Evaluating communication skills. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 1998;3:187-95.
- 11 Westert G, Jabaaij L, Schellevis F. *Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage*. Oxford: Radcliff publishing, 2006.
- 12 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
- 13 Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ. *Raamplan 2001 artsenopleiding; bijgestelde eindtermen van de artsopleiding*. Nijmegen: Mediagroep Nijmegen, 2001.
- 14 Olde Hartman TC, Van Rijswijk E, Van Dulmen S, Van Weel-Baumgarten E, Lucassen PL, Van Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Educ Couns* 2013;90:354-60.
- 15 Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004;54:171-6.
- 16 Arborelius E, Bremberg S. What can doctors do to achieve a successful consultation? Videotaped interviews analysed by the 'consultation map' method. *Fam Pract* 1992;9:61-6.
- 17 McWhinney IR. *A textbook of family medicine*. New York; Oxford: Oxford University Press, 1989.
- 18 Inui TS, Carter WB. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Med Care* 1985;23:521-38.
- 19 Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Fam Pract* 2000;17:422-7.

 Nico van Duijn

Goede dokters zijn nederig

Experts falen vaak (Daniel Kahneman, *Ons feilbare denken*, 2013). Beleggings-experts halen resultaten die in niets verschillen van het toeval. Radiologen herbeoordelen dezelfde röntgenfoto in 20% van de gevallen anders. Studieadviseurs zitten er meestal naast. Wijnkenners voorspellen de wijnprijs slechter dan de regel 'Hoe natter de lente + hoe warmer en droger de zomer = hoe beter en duurder de wijn later.'

Hoe komt het dan dat u beter af bent met een huisarts die een mogelijke

blindedarmonsteking ziet en verwijst naar de chirurg bij buikpijn rechtsonder? Hoe komt het dan dat een chirurg de operatie-indicatie van mijn verwezen patiënten succesvoller inschat dan de beleggingsexpert of de wijnkenner? Dat komt omdat we algoritmen gebruiken, simpele rekenregels, mentale software eigenlijk. Dokters zijn beter als ze minder op hun klinisch oordeel vertrouwen. In de meerderheid van de gevallen doet een rekenregel het beter dan een expertoordeel. Goede dokters gebruiken hun intuïtie alleen aan het eind, als er twijfel is, als er eigenaardigheid is. Intuïtie werkt alleen goed na het verzamelen van objectieve gege-

vens. Intuïtie verliest het van rekenregels in de meerderheid van de gewone gevallen. We hebben meer trucjes, zoals afwachten. Dan maakt het tijdsverloop je wijzer, en vaak nederiger. Bovendien maken we 'Wat-te-doen-als-afspraken'. Dat zijn afspraken voor het geval we ongelijk hebben met de eerste inschatting, de voorlopige beslissing.

Dokters vormen een nederig volkje. We weten als geen ander hoe vaak we ernaast zitten. De rest is logistiek, 'Wat-als-afspraken' en protocollen. Veel saaiere protocollen en nederige dokters, dat is het recept. ■

Frisse industrie

‘Het huidige bewijsmateriaal toont niet overtuigend aan dat consumptie van gesuikerde frisdranken een eigen bijdrage levert aan overgewicht, noch dat een vermindering van de consumptie van die frisdranken de queteletindex in het algemeen zal verlagen.’

Meteen maar weer de vraag: geloof u dit? Het was wel de conclusie die onderzoeker Richard Mattes van Purdue University trok in een 37 pagina’s tellende meta-analyse en systematische review van de literatuur in 2011 in *Obesity Reviews*, bepaald niet het minste blad.¹ Volgens de vuistregels van de evidence-based medicine moet u uitkomsten van zo’n meta-analyse en systematische review erg serieus nemen: ze zijn de hoogst denkbare vorm van bewijs op openbaring na.

En als u weet dat het onderzoek werd betaald door de Coca-Cola Company en PepsiCo? Geloof u het dan nog steeds?

Waarschijnlijk al wat minder – en daar blijkt u groot gelijk in te hebben. Op de laatste dag van het vorige jaar publiceerde *PLOS Medicine* een aardig onderzoek van Maira Bes-Rastrollo en collega’s waarin zij nagingen hoe het zat met de conclusies van systematische reviews over het verband tussen frisdranken en overgewicht: maakte het uit wie het onderzoek had betaald?²

Lezers van dit blad weten natuurlijk allang dat ze op hun hoede moeten zijn bij onderzoek dat is gesponsord door de farmaceutische industrie (en de tabaksindustrie, en de energie-industrie). De aanwijzingen zijn overweldigend dat dergelijke onderzoeken met een extra portie scepsis moeten worden gelezen; Bes-Rastrollo laat zien dat waarschijnlijk niet minder opgaat voor de voedingsonderzoek. Kort en goed: ‘Systematische reviews met financiële belangenconflicten melden vijf keer zo vaak geen positief verband tussen consumptie van gesuikerde frisdranken en overgewicht als studies zonder zulke conflicten.’

De nadere details zijn toch wel verba-

zend, en de moeite waard om even door te nemen. Ze laten zien dat ook systematische reviewers niet meer op hun blauwe ogen geloofd kunnen worden.

Een zoektocht door PubMed, Cochrane en Scopus leverde de onderzoekers 405 mogelijk interessante artikelen op. Daarvan bleken er 17 aan de criteria te voldoen: 12 gingen over volwassenen en jongeren samen, 4 over alleen jongeren, 1 over alleen volwassenen, en 1 over jongeren en volwassenen apart – 18 reviews in totaal. Zes onderzoeken melden financiële belangen, de rest niet.

De belangenconflicten werden afgeplakt, en twee andere onderzoekers kregen de artikelen om de conclusie te beoordelen: kwam er een verband tussen frisdrankgebruik en overgewicht uit of niet. Veel moeite hadden ze daar zo te zien niet mee: kappa = 0,86.

De artikelen werden gedeblindeerd, en ingedeeld in positief, negatief, gesponsord of vrij. Zo ontstonden vier stapeltjes, oftewel vier cellen in een tweebijweetabel.

Van de 12 onderzoeken die geen belangenconflict meldden, kwamen 10 tot de conclusie dat er een positief verband was. Van de 6 onderzoeken gesponsord door de industrie, kwam er 1 tot die conclusie. Relatief risico: 5,0, met een 95%-betrouwbaarheidsinterval van 1,3 tot 19,3. Het maakte weinig uit als de stapeltjes op jaartal werden gesorteerd of op impactfactor van het tijdschrift waarin ze waren gepubliceerd. Ook het aantal citaties scheelde niets.

Opmerkelijk was dat de onderzoekers slechts twee systematische reviews boven water haalden die volgens de regels van de kunst, dus volgens de PRISMA-richtlijnen, waren uitgevoerd. Negen onderzoeken waren van voor 2010, dus voor PRISMA, maar die volgden geen van alle de voorloper daarvan, MOOSE. En van de 17 reviews gaven er maar drie een net overzicht van de zoek- en selectieprocedure.

Toen de onderzoekers gingen kijken hoe het kwam dat de resultaten zo uiteenliepen, zagen zij ‘grote heterogeniteit in de selectie van de oorspronkelijke studies die waren geïncludeerd.’ Met andere woorden – helemaal verrassend

is het niet – de output hing nogal af van de input. Vier onderzoeken (waarvan twee gesponsord) lieten artikelen buiten beschouwing die al ruimschoots waren gepubliceerd of zelfs al in eerdere reviews waren meegenomen.

Niet alleen de tabaksindustrie en de energie-industrie gebruiken wetenschap om twijfel te zaaien over de *evidence*, ook de voedingsindustrie blijkt van deze strategie gebruik te maken. Dat de wetenschap er maar niet in slaagt hiertegen een stevige dam op te werpen, is zorgwekkend. ■

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

LITERATUUR

- 1 Mattes RD, Shikany JM, Kaiser KA, Allison DB. Nutritively sweetened beverage consumption and body weight: a systematic review and meta-analysis of randomized experiments. *Obes Rev* 2011;12:346-65.
- 2 Bes-Rastrollo M, Schulze MB, Ruiz-Canela M, Martinez-Gonzalez MA. Financial conflicts of interest and reporting bias regarding the association between sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review of systematic reviews. *PLoS Med* 2013;10:e1001578.





Zelfmanagement bij chronische ziekten

Samenvatting

Trappenburg J, Jonkman N, Jaarsma T, Van Os-Medendorp H, Kort H, De Wit N, Hoes A, Schuurmans M. Zelfmanagement bij chronische ziekten. *Huisarts Wet* 2014;57(3):120-4.

Zelfmanagement is trendy: algemeen is het een erkend onderdeel van de behandeling van chronische aandoeningen en de verwachtingen zijn torenhoog. Toch stuit brede invoering van zelfmanagementprogramma's op beletsels. Er is veel wetenschappelijk onderzoek gedaan, maar er is nog geen eenduidig bewijs voor de effectiviteit van zelfmanagementprogramma's, onder andere door grote verschillen in terminologie. Er zijn zeker indicaties dat zelfmanagement potentie heeft, maar lang niet alle patiënten reageren op de interventies. De variatie tussen programma's en patiëntenpopulaties is enorm en daardoor is moeilijk te bepalen wat nu precies werkt en bij wie. De begripsverwarring, ook bij zorgverleners, beleidmakers en publiek, herbergt het risico dat 'zelfmanagement' een nietszeggend containerbegrip wordt.

Deze beschouwing verduidelijkt de terminologie en evalueert de bewijskracht voor de effectiviteit van zelfmanagementprogramma's. Overduidelijk is dat niet alle patiënten profiteren van de huidige one-size-fits-all-benadering. Er is dus behoefte aan zorg-opmaat, afgestemd op de individuele patiënt. Dat vergt nader onderzoek naar de succesfactoren: welk type interventie, met welke inhoud, in welke vorm en in welke intensiteit is het kansrijkst bij welk type patiënt? Het onderzoeksconsortium Tailored Self-management & Ehealth (TASTE) probeert deze factoren systematisch te ontrafelen en op maat gesneden interventies te ontwikkelen. Vooralsnog doen eerstelijnszorgverleners er goed aan, de geschiktheid van een zelfmanagementinterventie voor iedere patiënt goed af te wegen.

INLEIDING

Chronische ziekten zijn de belangrijkste oorzaken van sterfte, ze zijn goed voor 60% van alle sterfgevallen wereldwijd.¹ Ruim een kwart van de Nederlandse bevolking is chronisch ziek, wat neerkomt op ongeveer 5,3 miljoen patiënten. Ongeveer 11% van de bevolking (1,8 miljoen patiënten) heeft zelfs meer dan één chronische aandoening. Met het stijgen van de leeftijd stijgt de prevalentie van multimorbiditeit aanzienlijk, en van de

75-plussers in Nederland heeft ongeveer 79% één en ongeveer 50% meer dan één chronische aandoening.² Deze aantallen nemen toe als gevolg van het ouder worden van de bevolking, vroegtijdiger opsporing, betere behandelingsmogelijkheden en langere overleving: simulaties laten zien dat bijvoorbeeld het aantal astmapatiënten, rekening houdend met demografische verschuivingen, leefstijl, medische vooruitgang enzovoort, de komende twintig jaar met naar schatting 28% zal toenemen en het aantal COPD-patiënten zelfs met 70%.³ Het is voor ons toch al zwaarbelaste gezondheidszorgsysteem een enorme uitdaging om te kunnen blijven voldoen aan de behoeften van dit groeiende aantal patiënten.⁴ Daartoe zal een paradigmaverschuiving nodig zijn, waarbij de patiënt vanuit zijn traditionele rol van passieve zorgontvanger moet evolueren tot een actieve partner.^{5,6}

Een belangrijke strategie om deze paradigmaverschuiving te verwezenlijken is het bevorderen van zelfmanagement met als doel de patiënt meer verantwoordelijkheid te laten nemen in beslissingen rondom zijn ziekte. In de jaren negentig werd in de Verenigde Staten het chronic care model (CCM) ontwikkeld als correctie op een zorgsysteem dat bijna 80% van het totale budget aan chronische ziekten besteedde, nadat simpele aanpassingen ontoereikend waren gebleken. Het CCM bracht veranderingen teweeg in de totale zorgorganisatie, met als belangrijk uitgangspunt dat geïnformeerde en geactiveerde patiënten betere gezondheidsuitkomsten en een lagere zorgconsumptie hebben. In de twintig jaar daarna is het CCM wereldwijd de blauwdruk gaan vormen voor allerlei innovatieve zorgmodellen waarin zelfmanagement vooropstaat.⁷

PERSPECTIEVEN OP ZELFMANAGEMENT

Zelfmanagement is actueel en trendy, anno 2013 is de term 'zelfmanagement', of variaties daarop zoals patient empo-

De kern

- Het toenemende aantal chronisch zieken noodzaakt tot het zoeken naar (kostendrukkende) strategieën die de patiënt een grotere verantwoordelijkheid geven in beslissingen rond zijn ziekte.
- Het enthousiasme voor zelfmanagement houdt geen gelijke tred met het wetenschappelijke bewijs voor de effectiviteit ervan.
- De grote heterogeniteit van interventies en patiëntenpopulaties kan er in het publieke debat gemakkelijk toe leiden dat zelfmanagement een nietszeggend containerbegrip wordt.
- Zelfmanagementprogramma's gaan nog te veel uit van een one-size-fits-all-benadering.
- Om zelfmanagement-op-maat te kunnen ontwikkelen, moet beter uitgezocht worden welk type interventie het beste werkt bij welk type patiënt. Het TASTE-onderzoeksconsortium probeert dat te doen.

UMC Utrecht, afdeling Revalidatie, Verplegingswetenschap en Sport, Postbus 85500, huispost Wo1.121, 3508 GA Utrecht: dr. J.C.A. Trappenburg, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper en post-doc onderzoeker; N.H. Jonkman, promovendus; prof.dr. M.J. Schuurmans, hoogleraar Verplegingswetenschap, Universiteit van Linköping, Norrköping (Zweden); prof.dr. T. Jaarsma, hoogleraar Verplegingswetenschap, UMC Utrecht, afdeling Dermatologie; dr. H. van Os-Medendorp, verplegingswetenschapper en epidemioloog. Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Innovatie van Zorgverlening, Utrecht; prof.dr. H.S.M. Kort, lector Vraaggestuurde Zorg en hoogleraar Building Healthy Environments for Future Users. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht; prof.dr. N.J. de Wit, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. A.W. Hoes, hoogleraar Klinische Epidemiologie en Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: j.c.a.trappenburg@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstremming: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Trappenburg J, Jonkman N, Jaarsma T, Van Os-Medendorp H, Kort H, De Wit N, et al. Self-management: one size does not fit all. *Patient Educ Couns* 2013;92:134-7. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

werment, eigen regie of zelfzorg, opgenomen in zo'n beetje elk beleidsstuk inzake chronische zorg, en in bijna elke richtlijn. Op zichzelf is dit niet zo vreemd, want de druk om tot een oplossing te komen is buitengewoon hoog en de nadruk op grotere autonomie voor de patiënt past geheel in de tijdgeest. Beleidsmakers en gezondheidseconomen rekenen simpel: alles wat een patiënt zelf kan doen, drukt de kosten. Hun enthousiasme voor zelfmanagement houdt echter geen gelijke tred met de wetenschappelijke bewijsvoering voor de effectiviteit ervan. In het publieke debat is de begripsverwarring soms groot. 'Zelfmanagement' dreigt een populair containerbegrip te worden met verschillende interpretaties en invullingen: waar hebben we het nu eigenlijk over?

Zelfmanagement als paradigmaverschuiving

Beleidsmakers en politici benaderen zelfmanagement in de zorg veelal als een paradigmaverschuiving van een paternalistisch model naar een participatiemodel. Regie en verantwoordelijkheden verschuiven zoveel mogelijk van de zorgverlener naar de patiënt, met als tussenvorm gezamenlijke besluitvorming (shared decision making). Niet het aanbod van de zorgverlener, maar de vraag van de patiënt moet leidend zijn en de patiënt moet zoveel mogelijk zelf de verantwoordelijkheid nemen in het zorgverleningstraject.

Zelfmanagement als vaardigheid

In het zorgverlenersjargon duidt de term 'zelfmanagement' echter niet zozeer op de autonome positie van de patiënt in het zorgproces en de besluitvorming, maar vooral op diens vermogen goed om te gaan met zijn chronische ziekte. Een goede zelfmanager neemt, zodra het kan, zelf de regie over de zorg in handen en beschikt over voldoende vaardigheden om zijn ziekte in de best denkbare banen te leiden. Zorgverleners vergeten dat laatste aspect weleens: niet alle patiënten die de regie willen nemen, hebben automatisch ook de vereiste vaardigheden. Die vaardigheden zijn hoofdzakelijk generiek en slechts voor een deel ziektespecifiek. Men onderscheidt de volgende zes.⁸

- Probleemoplossend vermogen – het inschatten van situaties en het vinden van oplossingen voor nu en in de toekomst.
- Besliskundig vermogen – het nemen van de juiste beslissingen of maatregelen op het juiste moment in de juiste volgorde.
- Hulpbronnen gebruiken – het tijdig zoeken, vinden en gebruiken van de juiste hulpbronnen, bijvoorbeeld het opheffen of verlagen van de medicatie, contact opnemen met een zorgverlener enzovoort.
- Relatie met de zorgverlener onderhouden – het opbouwen en onderhouden van een goede relatie met de zorgverlener. Patiënt is een actieve partner in het zorgproces, rapporteert trends in zijn gezondheidstoestand, neemt geïnformeerde beslissingen en bespreekt deze met de zorgverlener.
- Plannen – het opstellen en uitvoeren van een concreet actieplan voor de korte termijn.

- Self-tailoring – het monitoren van het verloop van de ziekte en tijdig inzetten van de opgedane zelfmanagementvaardigheden.

Zelfmanagement als interventie

Wanneer men zegt dat 'zelfmanagement werkt', wordt daarmee meestal bedoeld dat de interventie 'zelfmanagement', als therapeutische stimulus dus, positieve effecten heeft. Zelfmanagement is hier een behandelvorm, uitgevoerd door zorgverleners, die tot doel heeft de patiënt meer zelfmanagementcompetenties bij te brengen. In de wetenschappelijke literatuur wordt een groot aantal zelfmanagementinterventies onderscheiden, waarvan inhoud, vorm en intensiteit zeer verschillend zijn en die vaak moeilijk te onderscheiden zijn van patiënteducatie, revalidatie of psychologische interventie. Het onderzoeksconsortium Tailored Self-management & Ehealth (TASTE) heeft een operationele definitie opgesteld om duidelijkheid te scheppen:⁹

'Een zelfmanagementinterventie is gericht op het patiënten toerusten met competenties om actief te participeren in het omgaan met hun chronische aandoening met als doel zo optimaal mogelijk te functioneren in het dagelijks leven. Een interventie bestaat ten minste uit kennisoverdracht en een combinatie van minimaal twee van de volgende componenten: actief stimuleren van symptoommonitoring, medicatiemanagement, besliskunde gericht op zelfbehandeling of additioneel contact met zorgverleners, veranderen van fysieke activiteit of voedingsgewoonten of rookgedrag.'

Abstract

Trappenburg JCA, Jonkman N, Jaarsma T, Van Os-Medendorp H, Kort H, De Wit NJ, Hoes AW, Schuurmans M. Self-management and chronic disease. *Huisarts Wet* 2014;57(3):120-4.

Self-management is trendy: it is a recognized component of the treatment of chronic disorders and expectations are high. Even so, there are barriers to the introduction of self-managements programmes. Despite considerable research, there is still no hard evidence of the efficacy of self-management programmes, in part because of differences in terminology. There are indications that self-management has potential, but not all patients respond to these interventions. Differences between programmes and patient populations make it difficult to establish which programme works for which patient group. Terminological confusion, also among care providers, policy makers, and the public, harbours the risks that 'self-management' may become a meaningless concept.

This article clarifies terminology and evaluates the strength of evidence for the efficacy of self-management programmes. It is clear that not all patients benefit from the 'one size fits all' approach and that there is a need for tailored care, based on the individual patient. This requires further investigation of determinants of success; which type of intervention, and with what content, form, and intensity, has the greatest likelihood of success in specific patient groups. The research consortium Tailored Self-management & Ehealth (TASTE) is trying to unravel these factors and to develop tailored interventions. For the moment, primary care practitioners would do well to evaluate the suitability of self-management programmes for individual patients.



Foto: Ronald van den Heerik/HHT

Zelfmanagement wordt vaak verward met traditionele patiënteducatie. Patiënteducatie beperkt zich tot kennisoverdracht, vanuit de verwachting dat ziektespecifieke kennis op zichzelf al leidt tot gedragsverandering. Zelfmanagementinterventies richten zich eveneens op gedragsverandering, maar op een wezenlijk andere manier.¹⁰ Om te beginnen is het de bedoeling dat de patiënt niet alleen kennis verwerft maar ook zelfmanagementvaardigheden aanleert. Daarna moet de patiënt het vertrouwen in eigen kunnen vergroten via positieve en negatieve ervaringen (lees: met vallen en opstaan). De grotere self-efficacy bestendigt de gedragsverandering en leidt op den duur tot gezondheidswinst, meer kwaliteit van leven, minder zorggebruik (en zorgkosten) en grotere patiënttevredenheid.¹¹

Er zijn talloze methodieken om patiënten zelfmanagementvaardigheden aan te leren. Voorbeelden zijn het stellen van individuele doelen (SMART-interventies), motiverende gesprekstechnieken, rolmodellen en zelfmonitoring van symptomen of van specifiek gedrag. En er zijn allerlei vormen, van face-to-facecontacten en groepsbijeenkomsten met of zonder expertpatiënten tot ehealth-toepassingen.

IS ZELFMANAGEMENT EFFECTIEF?

De groeiende populariteit van zelfmanagementinterventies is goed terug te zien in het almaar toenemende aantal onderzoeken naar de effectiviteit van zelfmanagementprogramma's. Alleen al in 2011 werden de resultaten gepubliceerd van maar liefst 24 kwalitatief goede gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) over zelfmanagement bij COPD, hart-

falen of type-2-diabetes. Er is zoveel onderzoek beschikbaar dat meta-analyses mogelijk zijn voor een aantal veelvoorkomende chronische ziekten. De [tabel] toont de belangrijkste uitkomsten van een achttal meta-analyses voor diverse patiëntenpopulaties.¹²⁻³⁹ Het beeld is weliswaar niet voor iedere aandoening eenduidig, maar de meta-analyses geven wel aan dat zelfmanagement voor verbetering kan zorgen in ziektespecifieke uitkomsten, kwaliteit van leven en zorggebruik.

Gegeven deze bemoedigende resultaten zou men kunnen denken dat beleidmakers en zorgprofessionals niets in de weg staat om snel over te gaan tot grootschalige implementatie, maar die gedachte lijkt iets te voorbarig. Onderzoeken met een langere follow-upduur laten zien dat de winst van de interventie in vele gevallen op termijn weer verdampt.^{20,21} Zelfmanagementvaardigheden verbeteren lijkt op het eerste gezicht zinvol en onschadelijk, maar vier grote, recente trials (één vooral gericht op telemonitoring) rapporteerden geen^{22,23} of zelfs nadelige^{24,25} resultaten, zoals hogere sterftecijfers in de interventiegroep. Op elk van deze RCT's is kritiek mogelijk, en de negatieve resultaten kunnen voor een deel ook worden toegeschreven aan andere factoren dan de onderzochte interventie, maar de conclusie blijft dat zelfmanagementprogramma's niet per definitie risicoloos zijn.

Moet dit ons enthousiasme voor zelfmanagementondersteuning temperen? Als men de sterk uiteenlopende resultaten van alle beschikbare RCT's bij elkaar optelt, zijn die licht in het voordeel van zelfmanagementondersteuning. De enorme verschillen in gevonden effectiviteit maken het echter haast onmogelijk om tot implementatie over te gaan. De geëvalueerde interventies worden gekenmerkt door een grote heterogeniteit – in inhoud, in wijze van implementatie en in intensiteit van de ondersteuning. Deze heterogeniteit verklaart mogelijk de wisselende effectiviteit. Ons inzicht in de effectiviteit van zelfmanagement wordt ook gehinderd door de heterogeniteit van de onderzochte patiëntenpopulaties. Een vrijwel identieke zelfmanagementinterventie blijkt in verschillende populaties een zeer verschillend effect te kunnen hebben. Illustratief is het programma Living Well With COPD, dat in 2003 in een Canadees ziekenhuis een spectaculaire reductie in zorggebruik en verbetering van de kwaliteit van leven teweegbracht.²⁶ Dit programma voorziet voor elke patiënt in een case-manager, een verpleegkundige, die in twee tot vier face-to-facecontacten de volgende onderwerpen behandelt: educatie over COPD, inhalatietechnieken, ademhalingsoefeningen, medicatie, gezonde leefstijl, omgaan met stress en bewegingsoefeningen voor thuis. Dit gebeurt aan de hand van een werkboek en waar mogelijk worden individuele doelen gesteld. Daarnaast bevat het programma een actieplan voor het vroegtijdig herkennen en behandelen van acute exacerbaties, waarvoor de patiënt de beschikking krijgt over een kuur antibiotica en prednison. Ditzelfde programma is in 2012 onderzocht in een Nederlandse eerstelijns populatie die jonger was, hoger opgeleid en met mildere COPD, maar leidde ditmaal niet tot minder zorggebruik, meer kwaliteit van leven of betere gezondheidswinsten.²⁷ De verwarring werd nog

Tabel De effectiviteit van zelfmanagementprogramma's bij chronische aandoeningen, vergeleken met reguliere zorg⁹

Aandoening	Meta-analyse	Interventie	RCT's n	Patiënten n	Belangrijkste significante verschillen		
					ziektespecifiek	patiëntgerapporteerd	zorggebruik
Artritis/chronische musculoskeletale pijn	Du 2011 ¹²	zelfmanagement-ondersteuning	19	?	pijn na 4, 6 en 12 maanden ↓	beperkingen na 12 maanden ↓	
Astma	Gibson 2003 ¹³	zelfmanagement-ondersteuning +/- frequente consultaties	36	4593	nachtelijke astmaklachten ↓ peak flow ↑	ziektegerelateerde kwaliteit van leven ↑	ziekenhuisopnames ↓ spoedeisende hulpbezoeken ↓ ziekteverzuim ↓
Chronisch hartfalen	Jovicic 2006 ¹⁴	zelfmanagement-ondersteuning	6	857			ziekenhuisopnames in 12 maanden ↓
COPD	Effing 2007 ¹⁵	zelfmanagement-ondersteuning	15	2239	kortademigheid (borgschaal) ↓	ziektegerelateerde kwaliteit van leven (SGRQ) ↑	ziekenhuisopnames in 12 maanden ↓
Type-2-diabetes	Deakin 2005 ¹⁶	zelfmanagement als groepsinterventie	11	1532	HbA1c na 4, 6 en 24 maanden ↓ nuchter bloedglucose na 12-14 maanden ↓ gewicht na 12-14 maanden ↓ systolische bloeddruk na 4-6 maanden ↓	diabetesgerelateerde ziektekennis ↑	diabetesgerelateerd medicatieverbruik ↓
Type-2-diabetes zonder insuline	Malanda 2012 ¹⁷	zelfmonitoring van bloedglucose	12	3259	HbA1c na 6 maanden ↓		
Hypertensie	Chodosh 2005 ¹⁸	zelfmanagement-ondersteuning	13	?	systolische en diastolische bloeddruk ↓		
Levenslang orale antistolling	Garcia-Alamino 2010 ¹⁹	zelfmonitoring +/- zelfmanagement-ondersteuning	18	4723	trombo-embolische events ↓ mortaliteit (alle oorzaken) ↓		

SGRQ= Saint George Respiratory Disease Questionnaire.

vergroot door een RCT met hetzelfde programma in een populatie van hoofdzakelijk mannelijke Amerikaanse veteranen met ernstige COPD. Deze RCT werd voortijdig stopgezet vanwege verhoogde sterfte in de zelfmanagementgroep.²⁵

ONE SIZE DOES NOT FIT ALL

Het is evident dat een zelfmanagementinterventie niet hetzelfde is als het voorschrijven van een medicijn. Het is een klassiek voorbeeld van een 'complexe interventie', een behandelstrategie met verschillende componenten die een samenwerking aangaan. Subtiële variaties in de inrichting van de interventies en subtiële verschillen in de doelpopulatie kunnen leiden tot substantiële verschillen in effect. De grote variatie in effectiviteit, methodieken en doelpopulaties kan maar tot één conclusie leiden: one size does not fit all. De bijdrage van elke programmacomponent aan de effectiviteit is nog niet precies bekend, en ook over de optimale timing van een zelfmanagementinterventie en de minimale competenties van de zorgverlener is de literatuur niet eensluidend.

Vanuit didactisch oogpunt lijkt het zinvol de patiënt zo vroeg mogelijk te bewapenen met ziektespecifieke vaardigheden, omdat dat op termijn het grootste netto-effect oplevert. Zelfmanagementondersteuning in de eerste lijn door praktijkondersteuners of praktijkverpleegkundigen is inderdaad haalbaar gebleken, maar het succes, afgemeten aan patiëntgebonden uitkomsten en zorggebruik, is wisselend.^{15,16} Het is onduidelijk of dit komt doordat patiënten in het vroege stadium van een ziekte nog te weinig openstaan voor gedragsverandering, of doordat te lage ziektelast op de korte termijn te weinig ruimte

biedt voor verbetering van gezondheidsuitkomsten (plafondefect). Tot nu toe is er weinig bekend over de karakteristieken van patiënten bij wie zelfmanagement wel of juist geen effect sorteert, of mogelijk zelfs schadelijk is. Voor sommige patiënten is een klein beetje ondersteuning al voldoende om hun ziekte adequaat te managen, anderen profiteren alleen van intensieve zelfmanagementondersteuning, case-management of zelfs surveillance op afstand (bijvoorbeeld telemonitoring).

PRIORITEIT: SUCCESFACTOREN ONTRAFELLEN

Zelfmanagement is een algemeen erkend onderdeel van de zorg voor chronische patiënten. Niet alle patiënten lijken echter te profiteren van de huidige one-size-fits-all-benadering. Daarom zijn dynamische interventies noodzakelijk, afgestemd op individuele patiënten: zorg-op-maat. Om zulke zorg te kunnen ontwikkelen, is meer kennis nodig over de programma- en patiëntspecifieke succesfactoren van zelfmanagementinterventies. Welke inhoud, vorm en intensiteit van zelfmanagementondersteuning is het kansrijkst, bij welk type patiënt?

In 2011 heeft het Universitair Medisch Centrum Utrecht, met een subsidie van ZonMw, het initiatief genomen voor een internationaal onderzoeksconsortium, genaamd Tailored Self-management & E-health (TASTE). In dit consortium werken onderzoekers uit Utrecht nauw samen met onderzoekers van de Universiteit Twente, het Leids Universitair Medisch Centrum en de universiteiten van Linköping (Zweden), Stanford en Pace (VS), McGill (Canada), Warwick (UK), Taipei (Taiwan) en Leuven (België). TASTE stelt zich tot doel systematisch de lacune te dichten in de kennis die nodig is voor het ontwik-

kelen van interventies op maat voor de individuele patiënt, inclusief e-healthtoepassingen.

De TASTE-onderzoekslijn gaat uit van een generieke, niet-ziektespecifieke benadering. Het onderzoek start met het zorgvuldig heranalyseren van de reeds beschikbare kennis. Met behulp van metaregressietechnieken en meta-analyse van individuele patiëntgegevens (individual patient data, IPD)²⁸ trachten de onderzoekers programma- en patiëntspecifieke determinanten te identificeren die bepalend zijn voor het succes van zelfmanagement. Het IPD-project verzamelt de originele data van alle RCT's die het effect van een zelfmanagementprogramma hebben geëvalueerd, zodat de onderzoekers de karakteristieken van alle individuele patiënten kennen en weten aan welke inhoud, vorm, intensiteit zij zijn blootgesteld en wat het individuele effect was op kwaliteit van leven, zorggebruik en mortaliteit. Door alle onderzoeksgegevens bij elkaar te voegen moet het mogelijk worden de succesfactoren van zelfmanagement in een model onder te brengen, en ze te analyseren als een functie van de variatie in blootstelling aan verschillende interventies en van de invloed van effectmodificatoren zoals patiënt en omgeving. Deze analyse zou dan antwoord moeten kunnen geven op de vraag welk type interventie het beste werkt, en bij wie.

TOT BESLUIT

Zelfmanagementinterventies bieden een perspectief op betaalbare zorg voor het toenemende aantal chronisch zieken in de samenleving. Noodzakelijke voorwaarden om dit perspectief tot ontplooiing te laten komen, zijn helderheid in de terminologie, een realistisch verwachtingspatroon ten aanzien van de effectiviteit en met name het vergroten van onze kennis over de werkzaamheid van deze interventies. Samenwerking tussen patiënten, zorgverleners, zorgorganisaties en kennisinstituten is noodzakelijk om te voorkomen dat de verwachte winst van zelfmanagement verdampt voordat we in de gaten hebben hoe deze te verzilveren.

Voor de onderzoekers binnen het TASTE-consortium ligt er de uitdaging die factoren te ontrafelen die het succes van zelfmanagement bepalen. Zij hopen binnen afzienbare tijd het veld te kunnen informeren over hoe, in hoeverre en aan wie zelfmanagement-op-maat aangeboden kan worden. Totdat daar meer over bekend is, doen huisartsen, praktijkondersteuners en praktijkverpleegkundigen er goed aan om initiatieven op het gebied van zelfmanagement en e-health voor chronische patiënten niet kritiekloos te omarmen, maar hun geschiktheid en kansrijkheid voor iedere patiënt afzonderlijk zorgvuldig af te wegen. ■

LITERATUUR

- Mathers CD, Stevens G, Mascarenhas M. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization, 2009.
- Gijsen R, Van Oostrom SSH, Schellevis FC, Hoeymans N. Chronische ziekten en multimorbiditeit. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2010 [update 2013]. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit>.

- Suijkerbuijk AWM, Hoogveen RT, De Wit GA, Hoogendoorn EJI, Rutten-van Mölken MPMH, Feenstra TL. Maatschappelijke kosten voor COPD, astma en respiratoire allergie. Bilthoven: RIVM, 2012. http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2013/maart/Maatschappelijke_kosten_voor_astma_COPD_en_respiratoire_allergie.
- Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1:2-4.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288:1775-9.
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002;48:177-87.
- Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly* 1996;4:511-44.
- Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26:1-7.
- Trappenburg J, Jonkman N, Jaarsma T, Van Os-Medendorp H, Kort H, De Wit N, et al. Self-management: one size does not fit all. *Patient Educ Couns* 2013;92:134-7.
- Adams K, Greiner AC, Corrigan JM. The 1st annual crossing the quality chasm summit: A focus on communities. Washington (DC): National Academies Press, 2004.
- Bourbeau J, Nault D, Dang-Tan T. Self-management and behaviour modification in COPD. *Patient Educ Couns* 2004;52:271-7.
- Du S, Yuan C, Xiao X, Chu J, Qiu Y, Qian H. Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2011; 85:e299-310.
- Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD001117.
- Jovicic A, Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Cardiovasc Disord* 2006;6:43.
- Effing T, Monnikhof EM, Van der Valk PD, Van der Palen J, Van Herwaarden CL, Partidge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD002990.
- Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD003417.
- Malanda UL, Welschen LM, Riphagen II, Dekker JM, Nijpels G, Bot SD. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(1):CD005060.
- Chodosh J, Morton SC, Mojica W, Maglione M, Suttrop MJ, Hilton L, et al. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med* 2005;143:427-38.
- Garcia-Alamino JM, Ward AM, Alonso-Coello P, Perera R, Bankhead C, Fitzmaurice D, et al. Self-monitoring and self-management of oral anticoagulation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(4):CD003839.
- Khunti K, Gray LJ, Skinner T, Carey ME, Realf K, Dallosso H, et al. Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DEMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomised controlled trial in primary care. *BMJ* 2012;344:e2333.
- Trento M, Passera P, Borgo E, Tomalino M, Bajardi M, Cavallo F, et al. A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes Care* 2004;27:670-5.
- Bucknall CE, Miller G, Lloyd SM, Cleland J, McCluskey S, Cotton M, et al. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:e1060.
- Kennedy A, Bower P, Reeves D, Blakeman T, Bowen R, Chew-Graham C, et al. Implementation of self management support for long term conditions in routine primary care settings: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:f2882.
- Takahashi PY, Pecina JL, Upatising B, Chaudhry R, Shah ND, Van Houten H, et al. A randomized controlled trial of telemonitoring in older adults with multiple health issues to prevent hospitalizations and emergency department visits. *Arch Intern Med* 2012;172:773-9.
- Fan VS, Gaziano JM, Lew R, Bourbeau J, Adams SG, Leatherman S, et al. A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2012;156:673-83.
- Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beupré A, Bégin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003;163:585-91.
- Bischoff EW, Akkermans R, Bourbeau J, Van Weel C, Vercoulen JH, Schermer TR. Comprehensive self management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: randomised controlled trial. *BMJ* 2012;345:e7642.
- Simmonds MC, Higgins JP, Stewart LA, Tierney JF, Clarke MJ, Thompson SC. Meta-analysis of individual patient data from randomized trials: a review of methods used in practice. *Clin Trials* 2005;2:209-17.



Screening en diagnostiek

PRAKTIJKPROBLEEM

Een patiënt zonder klachten vraagt zijn huisarts of deze hem wil screenen op coeliakie. De patiënt heeft gelezen dat daarvoor een test bestaat: de tissue transglutaminase antistof test (tTGA). In de dagelijkse praktijk gebruikt de huisarts deze test wanneer hij vermoedt dat een patiënt coeliakie heeft. Maar is de test ook geschikt voor het screenen van patiënten zonder klachten?

ACHTERGROND

Huisartsen worden regelmatig gevraagd te screenen op bepaalde aandoeningen, dat wil zeggen het aantonen van een ziekte die er (nog) niet is. De epidemiologische principes van screening verschillen echter wezenlijk van die van de spreekkamerdiagnostiek. Een diagnostische test die in de spreekkamer zinvol is, is niet per definitie geschikt voor het screenen van grote groepen mensen. Aan de hand van de test op coeliakie (tTGA) zullen wij dit illustreren.

UITWERKING

In Europa wordt de prevalentie van coeliakie geschat op 1%. Om op bevolkingsniveau 10 patiënten met coeliakie te traceren, moeten bij screening op deze ziekte dus 1000 mensen worden onderzocht. De sensitiviteit en specificiteit van de tTGA worden geschat op respectievelijk 95% en 98%. Met gebruikmaking van deze getallen laat [tabel 1] zien dat tegenover 9 met de test opgespoorde patiënten er meer dan twee keer zoveel (20) ten onrechte van de ziekte worden verdacht. Bewijs voor aanwezigheid van de ziekte is vlokatrofie van de dunne darm, dus ondergaat tweederde van alle patiënten met een afwijkende tTGA (20/29) mogelijk ten onrechte een enteroscopie. Het laat zich raden dat deze vorm van screening waarschijnlijk nooit geïmplementeerd wordt.

Wanneer een huisarts op basis van de anamnese en het lichamenlijk onderzoek denkt aan de diagnose coeliakie is de voorafkans op deze aandoening veel hoger, misschien wel 25%. Als de sensitiviteit en specificiteit van de tTGA dezelfde blijven, dan zien de getallen in [tabel 1] er ineens heel anders uit [tabel 2].

Nu ondergaat nog slechts 6% van de patiënten met een afwijkende tTGA mogelijk ten onrechte een enteroscopie (een niet risicoloos onderzoek). Tegenover iedere patiënt bij wie ten onrechte een afwijkende tTGA wordt gevonden, staat maximaal 1 patiënt die met de test wordt gemist. Dat laatste is in

Tabel 1 Voorspellende waarde van tTGA voor screening op coeliakie

	Coeliakie aanwezig	Coeliakie niet aanwezig	Totaal
tTGA afwijkend	9	20	29
tTGA niet afwijkend	1	970	971
Totaal	10	990	1000

Tabel 2 Voorspellende waarde van tTGA voor het diagnosticeren van coeliakie

	Coeliakie aanwezig	Coeliakie niet aanwezig	Totaal
tTGA afwijkend	238	15	253
tTGA niet afwijkend	12	735	747
Totaal	250	750	1000

de daagse praktijk van de huisarts geen groot probleem omdat twee andere bloedtests (EMA en HLA-DQ2 en -DQ8) als vangnet voor deze patiënten klaarstaan. tTGA is dus alleszins een waardevolle test bij de diagnostiek van patiënten bij wie de anamnese (en het lichamenlijk onderzoek) de huisarts doen denken aan de aanwezigheid van coeliakie.

BETEKENIS VOOR DE PRAKTIJK

De twee benaderingen hierboven laten zien hoe de voorafkans op een ziekte in sterke mate bepalend is voor de voorspellende waarde van een test. De voorbeelden laten tevens zien hoe juist de huisarts, die in de regel relatief gezonde populaties bedient, zich van dit principe bewust moet zijn. Bovenstaand voorbeeld illustreert voorts hoe de huisarts de juiste patiënten selecteert voor aanvullend onderzoek. tTGA is een zinvolle diagnostische test, maar moet niet worden gebruikt voor screening op coeliakie. Screening en diagnostiek verschillen immers essentieel. ■

LITERATUUR

- 1 Damoiseaux J, Damoiseaux R. Coeliakiediagnostiek bij de huisarts. *Huisarts Wet* 2005;48:24-27.
- 2 Dinant GJ, Spigt MG, Knottnerus JA. *Praktische epidemiologie - in de serie Practicum huisartsgeneeskunde*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2008.
- 3 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Richtlijn Coeliakie en Dermatitis Herpetiformis*. CBO: Haarlem, 2008.
- 4 Lucassen PLBJ, Albeda FW, Van Reisen MT, Silvius AM, Wensing C, Luning-Koster M. NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid. *Huisarts Wet* 2010;53:537-53.
- 5 Nijeboer P, Mulder CJJ, Bouma G. Glutensensitiviteit hype of nieuwe epidemie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2013;157:1080-2.
- 6 Van der Voort van der Kleij O, Knuistingh Neven A, Manrique LM. Coeliakie komt vaker voor dan u denkt! *Huisarts Wet* 2010;53:167-9.

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

Caphri School for Primary Care and Public Health, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht University, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: prof.dr. G.J. Dinant, hoogleraar huisartsgeneeskunde; M. Codefrooij, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: geertjan.dinant@maastrichtuniversity.nl

Misleidende marketing rond vroegtijdige zaadlozing

Sinds kort is er een nieuw medicijn (dapoxetine) dat als eerste en enige een registratie heeft voor de indicatie vroegtijdige zaadlozing. Het is echter de vraag of medicatie voor deze klacht op zijn plaats is. De actuele Richtlijn Vroegtijdige zaadlozing geeft uitsluitel.¹ De richtlijn biedt genuanceerde en evidence-based informatie over de epidemiologie, diagnostiek en behandeling van deze seksuologische aandoening. Daarmee beschikt ook de huisarts over een betrouwbaar alternatief voor de eenzijdige, soms zelfs onjuiste, informatie van de fabrikant.

RICHTLIJN VROEGTIJDIGE ZAADLOZING

In de huisartsenpraktijk komt de klacht niet vaak voor: in de periode 2003-2008 was de incidentie 6,8 per 100.000 mannen.² In de Nederlandse populatie echter zou 10% van de mannen tussen 15-71 jaar ooit last hebben gehad van vroegtijdige zaadlozing.³ Net als bij andere seksuele disfuncties is er een groot verschil tussen het vóórkomen van een klacht en ermee naar de huisarts gaan. Niet alle mensen met een seksuele stoornis hebben een zorgbehoefte^{4,5} en huisartsen hebben waarschijnlijk moeite seksualiteit ter sprake te brengen. De richtlijn biedt huisartsen daartoe goede handvatten. De belangrijkste elementen van de richtlijn zijn:

- de anamnese is het belangrijkste diagnostische hulpmiddel;
- lichamelijk onderzoek is zelden noodzakelijk;
- het vaststellen van het subtype vroegtijdige zaadlozing kan richting geven aan de behandeling;
- medicamenteuze monotherapie is slechts op de primaire vorm van toepassing;
- een gecombineerde behandeling heeft de voorkeur bij de secundaire vorm en voor de twee additionele subtypes is farmacotherapie gecontraïndiceerd.

Het is dus van belang dat de huisarts binnen de groep mannen met vroegtijdige zaadlozing subgroepen kan onderscheiden. De – internationaal geaccepteerde – definitie van *primaire* vroegtijdige zaadlozing is: 1) een ejaculatie die altijd of bijna altijd optreedt voor of binnen ongeveer één minuut na vaginale penetratie, en 2) onvermogen de zaadlozing te vertragen bij alle of bijna alle vaginale penetraties, en 3) negatieve persoonlijke gevolgen, zoals spanning, ergernis, frustratie en/of het vermijden van seksuele intimiteit.¹ Daarnaast zijn er nog drie andere subtypes: de secundaire vorm die later in het leven ontstaat door bijvoorbeeld erectieproblemen, prostatitis, angst of relationele factoren en twee vormen waarbij de intra-

vaginale ejaculatielatentietijd (IELT) erg variabel is (natuurlijk variabele vroegtijdige zaadlozing) of waarbij de IELT meer dan gemiddeld is, maar de man zichzelf labelt als iemand die te snel klaarkomt (vroegtijdigachtige zaadlozingsstoornis).

In de richtlijn heeft medicatie een beperkte en goed omschreven plaats in de behandeling, namelijk slechts (levenslang) geïndiceerd bij de primaire vorm van vroegtijdige zaadlozing die per definitie maar bij 2 tot 3% van de mannelijke bevolking voorkomt. Van de beschikbare medicatie is het gebruik van paroxetine (dagelijks 20 mg) het meest effectief gebleken (8- tot 11-voudige toename van de IELT) en voor deze indicatie *off label*. Dapoxetine kan ‘zo nodig’ worden voorgeschreven, maar dit middel is minder effectief (2,5- tot 3-voudige toename van de IELT) en wordt niet vergoed. De secundaire vorm van vroegtijdige zaadlozing dient causaal te worden behandeld en de andere twee vormen kunnen met psychoeducatie of psychologische behandeling worden behandeld.

De behandeling kan in de eerste lijn plaatsvinden. Alleen bij comorbide urologische problemen (zelden) verwijst de huisarts naar een uroloog. Indien psychologische of relationele behandeling noodzakelijk is (meestal), verwijst de huisarts naar een seksuoloog van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie.

MISLEIDING

De hier kort geschetste wetenschappelijke nuancering en seksuologische werkelijkheid wordt momenteel door de fabrikant van dapoxetine geweld aangedaan door publieksreclame en ‘educatie’ van de huisarts. De producent van dapoxetine staat daarin overigens niet alleen. Uit een (niet-gesponsorde) review van tien onderzoeken naar de invloed van farmaceutische informatie op de kwaliteit van het voorschrijven door artsen, blijkt dat onder invloed van die informatie de kwaliteit van voorschrijven verslechterde bij vijf onderzoeken, onduidelijk was bij vier onderzoeken en gemengde resultaten had bij één onderzoek.⁶ De belangrijkste nadelen van publiekscampagnes zijn het onterecht bombarderen van niet-zieke burgers tot patiënten met een probleem en het fout informeren of misleiden van patiënten en dokters.^{7,8} Beide negatieve factoren zijn nadrukkelijk aanwezig in de publiekscampagne van de fabrikant van dapoxetine die in najaar 2012 is gestart met een factsheet, een nieuwsbericht in het *Algemeen Dagblad* en de website www.meeroverpe.nl (pe staat voor premature ejaculatie). Ik geef enkele citaten uit die campagne als voorbeeld.

Citaat 1

Eén op de vijf mannen heeft last van PE.

Onjuist. De richtlijn vermeldt in de epidemiologische paragraaf duidelijk dat de prevalentie een spreiding heeft van 3% (prevalentie van primaire vroegtijdige zaadlozing) tot 30% (prevalentie van de som van de prevalenties van de vier typen

Praktijk de Huisarts en Groene Hart Ziekenhuis, W. Barentszlaan 32, 2803 XP Gouda; P.M. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS • Correspondentie: leusinkp@knmg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de afgelopen vijf jaar werd vergoeding ontvangen voor diverse nascholingsactiviteiten door Eli Lilly, Bayer, MSD en Menarini.

vroegtijdige zaadlozing) met een level of evidence 3b. De prevalentie waarop de fabrikant zich baseert, komt uit één onderzoek die niet in de epidemiologische paragraaf van de richtlijn staat.⁹ De spreiding in prevalentie heeft dus niet alleen met de aard van de definitie te maken, maar ook met de methodiek van onderzoek. Met name de zelfrapportageonderzoeken scoren hoger dan onderzoeken die de IELT meten. Er zijn geen betrouwbare prevalentiecijfers te geven, de reclameslogan '1 op de 5' is zeker niet evidence-based.

Citaat 2

Veel van deze mannen komen binnen 3 minuten na de penetratie klaar. Zo'n 3 tot 4 procent van de gevallen zelfs binnen 30 seconden.¹⁰

Deze mededeling in een landelijk dagblad (gecheckt door een prominent neuropsychiater) is per definitie onjuist. De gemiddelde IELT varieert van 5,4 tot 6 minuten met een afkapwaarde rond het tweede percentiel van 1 minuut. De farmaceut rekt deze tijd graag op: *Bij enquêtes die zijn gehouden onder de mannelijke bevolking (...) gaven mannen zonder PE gemiddeld ongeveer 7 minuten op.* In elk geval heeft per definitie 2% van de mannelijke populatie een IELT van 1 minuut of minder. In de ogen van de farmaceut staat echter elke vroegtijdige zaadlozing gelijk aan de primaire vorm, zoals ook blijkt uit de volgende farmaceutische mededeling.

Citaat 3

PE werd oorspronkelijk enkel beschouwd als een psychologisch probleem. Tientallen jaren zijn patiënten uitsluitend behandeld met gedragstherapie en cognitieve therapie. Echter, onderzoek wijst uit dat PE een lichamelijke medische aandoening is.

Ook deze bewering is pertinent onjuist. Conform de richtlijn kan serotoninedisregulatie als etiologische hypothese voor de vroegtijdige zaadlozing slechts een klein percentage (2 tot 5%) van de klachten van vroegtijdige zaadlozing in de algemene bevolking verklaren, namelijk alleen voor de primaire vorm. De andere twee groepen worden op de educatieve site van de farmaceut nooit genoemd, terwijl deze groepen juist behandeld moeten worden met psycho-educatie, normaliseren en zo nodig psychologische begeleiding. Bij deze patiënten is het geven van medicatie gecontra-indiceerd.

De farmaceut leert de mannelijke bevolking echter: *Voor een correcte diagnose en behandeling wordt hoe dan ook met klem een medisch consult aanbevolen. En: Alleen een arts kan vaststellen of er sprake is van PE en indien nodig een goede behandeling voorschrijven.* Ook dit is onjuist. Er is zelden een medische reden voor en medicatie is zelden noodzakelijk. De beste diagnostiek en behandeling komt van een seksuoloog die de totale biopsychosociale omvang van het probleem bekijkt.

Citaat 4

Mocht de man dan nog niet overtuigd zijn van de noodzaak naar een arts te gaan en mocht hij toch niet de primaire vorm van vroegtijdige zaadlozing hebben, dan heeft de website tot slot nog iets in petto om de man te verleiden medicatie te gaan gebruiken.

Een vrouw krijgt pas een orgasme na gemiddeld 10 tot 20 minuten seks. (..) Daarvoor zal hij zijn opwinding zolang onder controle moeten houden dat de vrouw lang genoeg tijd voor genot heeft beleefd.

Waarom mannen daarvoor naar een arts moeten? Overigens komt slechts eenderde van de vrouwen tot een clitoraal orgasme via coïtus (want een vaginaal orgasme bestaat niet, het is de achterzijde van de clitoris die vaginaal wordt geprikkeld).

CONCLUSIE

De huisarts en het publiek worden bewust niet goed geïnformeerd, zo erkent de farmaceut ook zelf. De website vermeldt: 'Menarini Farma Nederland N.V. spant zich in redelijkheid in om correcte, actuele informatie op te nemen, maar biedt geen garantie of verklaring met betrekking tot de juistheid ervan.' Dat de farmaceut die garantie niet kan geven is onmogelijk met een adviesraad waarin vooraanstaande experts zitten, die nota bene een actuele richtlijn tot hun beschikking hebben. Sommige informatie op de site is dan ook niet anders dan bewuste misleiding. ■

LITERATUUR

- 1 Leusink P, Waldinger M, Laan E, Van Lankveld J, Meuleman E, Reisman C, et al. Richtlijn Vroegtijdige zaadlozing. Ned Tijdschr Geneesk 2012;156:A5344.
- 2 Kedde H, Donker G, Leusink P. Incidentie van seksuele functieproblemen. Huisarts Wet 2013;56:62-5.
- 3 Kedde H. Seksuele disfuncties in Nederland: prevalentie en samenhangende factoren. Tijdschr Seksuol 2012;36:98-108.
- 4 Picavet C, Tonnon S, Franssens D, Wijsen C. Hulpzoekgedrag en route naar zorg bij seksuele problemen. Tijdschr Seksuol 2012;36:3-11.
- 5 Vanwesenbeeck I, Zaagsma M, Bakker F. Seksuele gezondheid, zorgbehoefte en zorggebruik in perspectief. In: Bakker F, Vanwesenbeeck I, redactie. Seksuele gezondheid in Nederland. Delft: Eburon; 2007.
- 6 Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Oltman D, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. PLoS Med 2010;7:1-22.
- 7 Frosch DL, Grande D, Tarn DM, Kravitz RL. A decade of controversy: balancing policy with evidence in the regulation of prescription drug advertising. Am J Public Health 2010;100:24-32.
- 8 Murray E, Lo B, Pollack L, Donelan K, Lee K. Direct-to-consumer advertising: physicians' views of its effects on quality of care and the doctor-patient relationship. J Am Board Fam Pract 2003;16:513-24.
- 9 Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. Eur Urol 2007;51:816-23; discussion 824.
- 10 [Http://www.ad.nl/ad/nl/4560/Gezond/article/detail/3520536/2013/10/03/Nieuw-pilletje-voorkomt-vroegtijdige-zaadlozing.dhtml](http://www.ad.nl/ad/nl/4560/Gezond/article/detail/3520536/2013/10/03/Nieuw-pilletje-voorkomt-vroegtijdige-zaadlozing.dhtml).

NHG-Standaard Psoriasis (derde herziening)

Petra van Peet, Phyllis Spuls, Jan-Willem Ek, Hans Lantinga, Lidian Lecluse, Bert Oosting, Ilona Visser, Jako Burgers, Roeland Geijer, Ben Kolnaar, Wietze Eizenga

Belangrijkste wijzigingen

- De invloed van psoriasis op de kwaliteit van leven en het bespreken van de behandeldoelen krijgen meer aandacht.
- Het stappenplan bij de behandeling is aangepast, omdat calcipotriol als monopreparaat anno 2014 niet meer verkrijgbaar is. Ditranol wordt voor gebruik in de eerste lijn niet meer aanbevolen.
- Patiënten bij wie > 5% van het lichaamsoppervlak is aangedaan worden verwezen (in de vorige versie > 10%).
- De samenwerking tussen huisarts en dermatoloog krijgt meer aandacht.
- De gevolgen van de tweedelijns systemische behandeling waar de huisarts rekening mee moet houden worden besproken.

Kernboodschappen

- Bij de bepaling van de ernst van psoriasis spelen zowel de uitgebreidheid van de huidafwijkingen als de invloed op de kwaliteit van leven een rol. Stel samen met de patiënt het behandel-doel vast waarin beide elementen tot uiting komen.
- Geen enkele behandeling geeft definitieve genezing. Lokale behandeling geeft een (bijna) volledige – maar meestal tijdelijke – remissie bij maximaal de helft van de patiënten.
- Behandel volgens een stappenplan; bij volwassenen: start bij laesies op de romp of extremiteiten met een klasse-3-corticosteroïd en bij laesies in lichaamsplooiën of gelaat met een klasse-2-corticosteroïd. Combineer dit bij onvoldoende effect met een vitamine-D-analoog.
- Geef bij psoriasis altijd een indifferent middel als basisbehandeling.
- Als een remissie of het maximaal haalbare behandel-doel is bereikt, zal minder frequente of minder intensieve

onderhoudsbehandeling vaak nodig blijven.

- Bij onvoldoende effect van lokale behandeling kan in de tweede lijn intensievere lokale behandeling, lichttherapie of systemische behandeling worden toegepast.

INLEIDING

De NHG-Standaard Psoriasis geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van psoriasis bij volwassenen en kinderen. Psoriasis is een chronische huidaandoening die gepaard kan gaan met nagelafwijkingen en/of gewrichtsklachten. De standaard bespreekt tevens de diagnostiek van nagelafwijkingen en gewrichtsklachten, maar de behandeling hiervan valt buiten het bestek van de standaard. Voor de behandeling van gewrichtsklachten wordt verwezen naar de NHG-Standaard Artritis.

De uitgebreidheid van psoriasis varieert van enkele solitaire laesies tot een (zeldzaam voorkomende) uitgebreide erythrodermie. De invloed op de kwaliteit van leven is vaak groot en is niet altijd gerelateerd aan de objectief vastgestelde ernst van de aandoening.¹

Diagnostiek en behandeling kunnen veelal in de eerste lijn plaatsvinden. De huisarts kan patiënten met een lichte vorm van psoriasis in het algemeen goed behandelen met lokale middelen. Adequate voorlichting en begeleiding zijn essentieel voor het welslagen van

de behandeling. De standaard stelt een stapsgewijze behandeling voor. De behandeladviezen sluiten aan op de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie.²

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Psoriasis kent verschillende verschijningsvormen.

Psoriasis en plaque (psoriasis vulgaris) is zowel bij kinderen als bij volwassenen de meest voorkomende uitingsvorm van psoriasis (bij naar schatting 90% van de patiënten) die wordt gekenmerkt door meestal symmetrisch verdeelde rode, scherp begrensde, plaques met zilvergrijze schilfers die zich gemakkelijk laten verwijderen. De plaques variëren in grootte en kunnen confluëren. Jeuk treedt vooral op bij het ontstaan van de laesies. Bij kinderen zijn de plaques vaak dunner en jeuken meer dan bij volwassenen. Bij een donkere huid is de roodheid minder goed waarneembaar, maar zijn de andere klinische kenmerken hetzelfde. Voorkeurslokalisaties zijn de strekzijden van de ellebogen en knieën, de behaarde hoofdhuid en de lumbosacrale regio. Soms ontstaan plaques, veelal zonder schilfering, in de liezen, oksels, in de anogenitale regio of (bij vrouwen) in de submammarie regio (*psoriasis inversa*). De plaques komen zelden in het gelaat voor. Naast de lokalisatie en de impact op de kwaliteit van

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

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

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

Delegeren van taken

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

Van Peet PG, Spuls PH, Ek JW, Lantinga H, Lecluse LLA, Oosting AJ, Visser HS, Burgers JS, Geijer RMM, Kolnaar BGM, Eizenga WH. NHG-Standaard Psoriasis (derde herziening). Huisarts Wet 2014;57(3):128-35.

De NHG-Standaard Psoriasis is geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (Lantinga H, Ek JW, Nijman FC, Wielink G, Kolnaar BGM. Huisarts Wet 2004;47: 304-5).

Psoriasisgerelateerde aandoeningen

Artritis psoriatica. Psoriasis kan gepaard gaan met artritis. Schattingen over het voorkomen lopen uiteen van 5 tot 40%. Artritis psoriatica manifesteert zich meestal als een asymmetrische oligoartritis van de vingers, de tenen of de knieën. Bij een deel van de patiënten leidt deze artritis tot progressieve gewrichtsbeschadiging, met fysieke beperkingen tot gevolg.⁵

De huisarts informeert bij psoriasis daarom naar de aanwezigheid van gewrichtsklachten of pijn rond de gewrichten (welke gewrichten, beloop in de tijd, ochtendstijfheid).

Bij aanwezigheid van gewrichtsklachten onderzoekt de huisarts de betreffende gewrichten en let daarbij op de aanwezigheid van roodheid en zwelling, op bewegingsbeperking en op pijnlijkheid bij palpatie van de

aanhechting van pezen of ligamenten in het bot.

Er is vermoedelijk sprake van artritis psoriatica bij asymmetrische oligo- of polyarticulaire gewrichtspijn in rust, gewrichtszwelling, warmte, roodheid, bewegingsbeperking en ochtendstijfheid langer dan een uur, die meestal in de vingers, de tenen of de knieën voorkomt. De artritis kan daarbij niet door een andere oorzaak verklaard worden (zie de NHG-Standaard Artritis).

Er is sprake van artralgie bij pijn rond (een) gewricht(en) als er (nog) geen aanwijzingen zijn voor een artritis.

Patiënten met (een vermoeden van) een artritis worden uiterlijk binnen 4 weken verwezen naar de reumatoloog. Patiënten met een artralgie, bij wie een NSAID na 4 weken onvoldoende effect heeft, worden eveneens verwezen naar de reumatoloog. De reuma-

toloog kan de juiste diagnose stellen en kan, wanneer er sprake is van artritis psoriatica, behandelen met systemische middelen waardoor toename van gewrichtsschade wordt vertraagd.

Nagelafwijkingen. Naar schatting 25 tot 50% van de patiënten met psoriasis heeft nagelafwijkingen zoals leukonychia (witte vlekken in de nagel), putjesnagels, subunguale hyperkeratose, distale onycholyse, splinterhemorrhagieën of bruine verkleuring van het nagelbed ('olievlekfenomeen'). Deze nagelafwijkingen kunnen lastig te behandelen zijn.⁶ Behandeling met systemische middelen door de dermatoloog kan tot duidelijke verbetering leiden, maar heeft vanwege de bijwerkingen een beperkte plaats. Voor patiënten met nagelpsoriasis die grote invloed heeft op de kwaliteit van leven is een verwijzing te overwegen.

leven bepaalt de uitgebreidheid van de huidafwijkingen of er sprake is van een lichte, een matig ernstige of een ernstige vorm, waarbij respectievelijk < 5%, 5 tot 10% of > 10% van het lichaamsoppervlak is aangedaan.³

Een zeldzame vorm van psoriasis is *erythrodermie*, een diffuse, gegeneraliseerde roodheid met al dan niet uitgebreide schilfering.⁴ Na genezing van een psoriasislaesie ontstaat een gehyperpigmenteerd of gehypopigmenteerd gebied, dat langzaam weer normaliseert.⁴

Psoriasis guttata is een acute, (gegeneraliseerde) vorm van psoriasis, gekenmerkt door erythematosquameuze papels met een diameter van maximaal 1 cm, vooral op de romp en de proximale delen van de extremiteiten. Deze vorm komt vaker voor bij kinderen en bij jongvolwassenen.

Psoriasis pustulosa is een relatief zeldzame vorm van psoriasis met steriele pustels die kunnen confluëren. Deze vorm komt zowel lokaal (met name op handpalmen en voetzolen) als gegeneraliseerd voor, in het laatste geval soms vergezeld van koorts en algehele malaise.

Epidemiologie

De incidentie in de huisartsenpraktijk is ongeveer 2 per 1000 patiënten per jaar, en de prevalentie 7,6 per 1000 patiënten (LINH 2011). Bij jonge kinderen is de prevalentie laag (ongeveer 0,4 per 1000 patiënten per jaar).⁷ Er is geen relevant verschil in voorkomen tussen mannen en vrouwen. Psoriasis komt vaker voor

bij blanken van Europese afkomst dan bij mensen van Afrikaanse of Aziatische afkomst. Psoriasis kan op iedere leeftijd ontstaan.

Etiologie en pathofysiologie

Over de etiologie en pathogenese van psoriasis bestaat nog veel onduidelijkheid. Verondersteld wordt dat het om een T-celgemedeerde aandoening gaat.⁸ Daarnaast spelen genetische en omgevingsfactoren een rol.⁹ Psoriasis

kan geïnduceerd worden of verergeren door een verwonding, bijvoorbeeld op het werk; zeven tot veertien dagen na een verwonding kan op de aangedane plek een laesie ontstaan (*Köbner-fenomeen*).¹⁰ Zonlicht heeft in het algemeen een gunstige invloed.¹¹

Geneesmiddelen zoals lithium, bètablokkers, RAS-remmers, terbinafine, antimalaria middelen of NSAID's kunnen een (zeer beperkte) rol spelen in de inductie of verergering van psoriasis.¹²

NHG Guideline Psoriasis

Van Peet PG, Spuls Phi, Ek JW, Lantinga H, Lecluse LLA, Oosting AJ, Visser HS, Burgers JS, Geijer RMM, Kolnaar BGM, Eizenga WH. Dutch College of General Practitioners' guideline Psoriasis (third revision). Huisarts Wet 2014;57(3):128-35. The Dutch College of General Practitioners' guideline "Psoriasis" provides recommendations for the diagnosis and treatment of psoriasis in general practice. The guideline also covers the diagnosis of the nail abnormalities and arthritis that can accompany psoriasis.

Psoriasis is a chronic disorder that can have a major impact on quality of life.

The treatment of plaque psoriasis and guttate psoriasis is symptomatic. Patients with a mild psoriasis can often be treated adequately with a topical cream or ointment. In shared decision making the patient and the general practitioner should draw up a care plan detailing treatment preferences and treatment aims.

The guideline recommends that emollients should be used continuously in patients with psoriasis. A step-wise treatment, using topical creams or ointments, is recommended once the scaly patches have cleared.

In adults with body and scalp psoriasis (except the face and skin folds), once daily treatment with a class 3 corticosteroid is the first step in the treatment. If this proves insufficiently effective, the next step is to combine a vitamin D analogue with a class 3 corticosteroid, both administered once daily. The third step is a class 4 corticosteroid once daily.

In adults with inverse (flexural) or facial psoriasis and in children, the first treatment step is a class 2 corticosteroid once daily, followed by combined treatment with a vitamin D analogue and a class 2 corticosteroid, both once daily, if a class 2 corticosteroid alone is insufficiently effective. The guideline provides recommendations and advice about long-term treatment if the disease goes into remission. It also provides indications when patients should be referred to a dermatologist.

If treatment aims are not or poorly achieved with topical treatment given according to the treatment plan, the patient should be referred for specialist treatment. The guideline also addresses aspects that the general practitioner should bear in mind if the patient receives systemic treatment in secondary care.

Streptokokkeninfecties kunnen een rol spelen bij het optreden van psoriasis guttata.¹³

Er lijkt een verband te bestaan tussen stress en het manifest worden en verergeren van psoriasis.¹⁴

Er is een epidemiologisch verband tussen roken en psoriasis en tussen alcoholgebruik en psoriasis; bij beide komt psoriasis vaker voor. Of roken en alcoholgebruik het risico op het ontstaan of verergeren van psoriasis verhogen, en of stoppen met roken of alcoholgebruik leidt tot verbetering van psoriasis, is nog onvoldoende onderzocht.¹⁵

Beloop

De huidafwijkingen bij psoriasis en plaque kunnen enkele weken tot levenslang aanwezig blijven. Een spontane remissie kan optreden, bij een klein aantal een totale remissie, maar het is onduidelijk hoe vaak dit voorkomt; de duur van de remissie valt niet te voorspellen.¹⁶ Ook de invloed van zwangerschap op het beloop van psoriasis is onvoorspelbaar.¹⁷

Psoriasis guttata geneest bij kinderen in de regel spontaan binnen enkele weken; bij volwassenen heeft deze vorm meestal een chronisch beloop, en gaat daarbij over in psoriasis en plaque.

Op psoriasis een risicofactor is voor hart- en vaatziekten is een onderwerp van discussie. Tot op heden is er onvoldoende bewijs voor een onafhankelijk oorzakelijk verband tussen psoriasis en hart- en vaatziekten.¹⁸

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

De huisarts gaat de volgende punten na:

- de uitgebreidheid en lokalisatie van de huidafwijking(en) en nagelafwijkingen;
- jeuk, branderigheid, pijn;
- het beloop;
- huidige behandeling en effect/ervaringen van eerdere behandelingen;
- de invloed van trauma's, zonlicht en een mogelijk verband met medicijngebruik, zoals bètablokkers, lithium, chloroquine/nivaquine, RAS-remmers, terbinafine of NSAID's;

- het voorkomen van psoriasis in de familie;
- aanwezigheid van gewrichtsklachten of pijn rond de gewrichten, zie [**kader Psoriasisgerelateerde aandoeningen**].

Daarnaast informeert de huisarts naar de invloed van de klachten of beperkingen ten gevolge van de huidafwijkingen op:¹⁹

- dagelijkse bezigheden (huishoudelijk werk);
- werk of school/studie (beperkingen, verzuim);
- persoonlijk vlak (omgang met relatie, vrienden, seksualiteit);
- vrijetijdsbesteding.

Lichamelijk onderzoek

De huisarts bekijkt de door de patiënt aangegeven plekken, gaat na of er pustels aanwezig zijn, schat de totale uitgebreidheid van de afwijkingen in – de grootte van de handpalm komt ongeveer overeen met 1% van het huidoppervlak – en controleert:

- de behaarde hoofdhuid (aanwezigheid schilfering en ernst schilfering) en de gehoorgangen; de strekzijden van de ellebogen en knieën;
- de lumbosacrale, anogenitale en submammarie regio;
- lichaamsplekken (oksels, bilnaad, liezen, navel).

Ook controleert de huisarts de nagels en onderzoekt bij gewrichtsklachten de betreffende gewrichten, zie [**kader Psoriasisgerelateerde aandoeningen**].

Bij twijfel aan de diagnose krabt de huisarts met een spatel over de laesie. Uit ervaring blijkt dat als de hoornlaag hierdoor witter wordt ('kaarsvetfenomeen') dit de diagnose psoriasis ondersteunt.

Een biopsie, als aanvullend onderzoek, om de diagnose te bevestigen wordt niet aangeraden, omdat door beschadiging van de huid de psoriasis kan verergeren.

Evaluatie

- Stel de diagnose psoriasis en plaque bij rode, scherp begrensde, verheven plek-

ken met een zilvergrijze schilfering op de strekzijden van de knieën of ellebogen, het behaarde hoofd of in de lumbosacrale regio. Bij plaques (meestal zonder schilfering) in de liezen, oksels, in de anogenitale regio of (bij vrouwen) in de submammarie regio is sprake van psoriasis inversa.

- Stel de diagnose psoriasis guttata bij acuut opgetreden en gegeneraliseerde erythematosquameuze papels met een diameter van maximaal 1 cm, vooral op de romp en de proximale delen van de extremiteiten.
- Bepaal aan de hand van de uitgebreidheid van de huidafwijkingen of er sprake is van lichte (< 5% van het totale huidoppervlak), matig ernstige (5 tot 10%) of ernstige (> 10%) psoriasis; de grootte van de handpalm komt ongeveer overeen met 1% van het huidoppervlak. Bespreek met de patiënt tevens de invloed van de huidafwijkingen op de kwaliteit van leven.
- Bij twijfel kunnen aanwezigheid van het Köbner-fenomeen (zeven tot veertien dagen na een verwonding ontstaan van een laesie op de aangedane plek), het kaarsvetfenomeen (witter worden van de hoornlaag na krabben met een spatel over de laesie) of nagelafwijkingen de diagnose psoriasis waarschijnlijker maken.
- Nagelafwijkingen of gewrichtsklachten kunnen gerelateerd zijn aan psoriasis, zie [**kader Psoriasisgerelateerde aandoeningen**].

Differentiaaldiagnostisch zijn de volgende aandoeningen van belang:

Pityriasis rosea: ovale, lichtrode erupties met een fijne schilfering. De erupties verschijnen meestal in een patroon dat de huidlijnen volgt.

Seborrhoïsch eczeem: meestal scherp begrensde roodheid met vettige, gelige schilfering, vooral op plaatsen waar veel talgklieren aanwezig zijn (behaarde hoofd, haargrens, nasolabiale plooien), bij jonge kinderen voornamelijk de behaarde hoofdhuid.

Nummulair eczeem: eczematieuze huid-aandoening die zich manifesteert met ronde ('nummulair', ter grootte van een munt), matig scherp begrensde plekken.

Constitutioneel eczeem: eczematuze huidaandoening op kenmerkende, leeftijdsafhankelijke plaatsen bij een droge huid en atopische constitutie.

Dermatomyose: zich centrifugaal uitbreidende, scherp begrensde roodheid met schilfering en randactiviteit, met meestal centrale genezing in gelaat, hals, romp, extremiteiten.

Onychomycose: witgele verkleuring van de nagelplaat, meestal vanuit de zijkant van de nagel naar proximaal uitbreidend, subunguale hyperkeratose, geen putjes.

Lichen planus: gekenmerkt door hoe-kige vlakke papeltjes, die meer op de buig- dan op de strekzijden gelokaliseerd zijn; soms zijn witte veldjes en fijne witte streepjes zichtbaar (striae van Wickham). Er is in eerste instantie geen schilfering aanwezig.

Cutane discoïde lupus erythematosus: huidafwijking bestaande uit vrij scherp begrensde, rode plekken met vastzittende schilfers meestal op de aan de zon blootgestelde huid (gezicht, armen en coeur).

Secundaire syfilis: vluchtige huidafwijkingen palmoplantair en op de romp (roseolen) met algemene klachten als koorts, hoofdpijn en een gegeneraliseerde lymfadenopathie; deze verschijnselen verdwijnen binnen drie maanden spontaan (zie de NHG-Standaard Het soa-consult).

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting

De huisarts geeft informatie over de volgende aspecten.

- *Aandoening*. Psoriasis is een chronische huidziekte met een genetische predispositie, waarvan de huidafwijkingen uitgelokt kunnen worden door omgevingsfactoren. Bij psoriasis is sprake van een versnelde verhoorning van de opperhuid door een onderliggend ontstekingsproces. Beschadiging van de huid en zonlicht zijn beïnvloedende factoren. Van sommige geneesmiddelen zijn er meldingen van een ongunstige werking op psoriasis. Het beloop van psoriasis gaat gepaard met exacerbaties en remissies. Psoriasis kan gepaard gaan met gewrichtsklachten

en nagelafwijkingen. Psoriasis is geen besmettelijke aandoening, zoals sommige patiënten denken.

- Bij *psoriasis guttata* wordt uitgelegd dat de aandoening bij kinderen soms spontaan binnen vier tot zes weken geneest. Recidieven komen zelden voor. Bij volwassenen heeft deze aandoening in de regel een meer chronisch beloop.
- *Roken en alcoholgebruik* zijn geassocieerd met een verhoogd risico op psoriasis.
- *Erfelijkheid*. Het risico op het krijgen van psoriasis is circa 10% als één ouder psoriasis heeft en ongeveer 50% als beide ouders psoriasis hebben.
- *Therapeutische mogelijkheden*. Geen enkele behandeling geeft definitieve genezing. Indifferente middelen, lokale corticosteroiden en vitamine-D-analogen die op de aangedane huid worden aangebracht zijn in het algemeen de eerste stap in de behandeling en zijn effectief en veilig. Bij maximaal de helft van de patiënten treedt hiermee een aanzienlijke verbetering op of verdwijnen de afwijkingen, maar dit effect is meestal tijdelijk.
- Bij onvoldoende effect kunnen in de tweede lijn intensievere vormen van lokale behandeling, lichttherapie of systemische middelen worden toegepast.²⁰ Als een acceptabele remissie is bereikt, zal minder frequente of minder intensieve onderhoudsbehandeling vaak nodig blijven.
- *Kwaliteit van leven*. In de dagelijkse praktijk bestaat een enorme variatie tussen de uitgebreidheid van psoriasis en de invloed op de kwaliteit van leven. De ernst van psoriasis wordt niet alleen bepaald door het percentage van het lichaamsoppervlak dat is aangetast, maar ook door de plaats waar de psoriasis zich manifesteert. Lokalisatie op met name handen, voeten, gelaat of genitale regio kan grote negatieve invloed hebben op het sociale functioneren (sportbeoefening, relaties) en kan invloed hebben op de beroepskeuze.
- Sommige patiënten gaan op zoek naar alternatieve behandelmethoden. Het effect hiervan is onvoldoende onderzocht en onvoorspelbaar. Complementaire of alternatieve geneeswijzen

kunnen ook bijwerkingen hebben.²¹

De huisarts wijst de patiënt op het bestaan van de Psoriasis Vereniging Nederland en de Psoriasis Federatie Nederland.²² In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over psoriasis op de NHG-publiekswaarsite www.thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven (via het HIS). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Niet-medicamenteuze behandeling

Wanneer de huidafwijkingen grote invloed hebben op de kwaliteit van leven van de patiënt, bespreekt de huisarts met de patiënt de mogelijkheden voor psychosociale ondersteuning (bijvoorbeeld praktijkondersteuner GGZ, maatschappelijk werk of psycholoog).

Medicamenteuze behandeling

De medicamenteuze behandeling van psoriasis en plaque en psoriasis guttata is symptomatisch en heeft tot doel om een aanzienlijke verbetering of verdwijnen van de huidafwijkingen te bewerkstelligen.

Er is voldoende bewijs voor de werkzaamheid van lokale behandeling met corticosteroiden en vitamine-D-analogen bij volwassenen. Veel praktische adviezen, zoals het verwijderen van de schilferlaag of het gebruik van indifferente middelen, berusten daarentegen op ervaring. Er is beperkt bewijs voor werkzaamheid van corticosteroiden en vitamine-D-analogen bij kinderen. Ook voor werkzaamheid van corticosteroiden en vitamine-D-analogen bij langer durend gebruik is het bewijs beperkt.

- De therapiekeuze hangt af van de ernst, uitgebreidheid en lokalisatie van de laesies, van de leeftijd van de patiënt en van de door de patiënt ervaren last. Vanwege het chronische karakter van psoriasis bepalen eerdere ervaringen van de patiënt met de genoemde middelen mede de keuze.
- Geef bij psoriasis en plaque altijd een indifferent middel als basisbehandeling en volg verder het stappenplan.
- Wanneer een vermoeden van inductie

of verergering van psoriasis door een geneesmiddel bestaat, beslist de huisarts in overleg met de patiënt of het betreffende geneesmiddel (op proef) wordt gestaakt of wordt gecontinueerd.

Voorkeursmiddelen

Voor de lokale behandeling zijn in Nederland de volgende middelen geregistreerd: ditanol, koolteer, lokale corticosteroiden²³ en vitamine-D-analogen.²⁴ Voor gebruik in de eerste lijn gaat de voorkeur uit naar lokale corticosteroiden en vitamine-D-analogen. Vanwege de geur, de verkleuring van kleding en linnengoed en de voorzorgsmaatregelen die men moet treffen voor applicatie, worden teerpreparaten in de eerste lijn niet aangeraden, behalve de shampoo met koolteer voor de behaarde hoofdhuid.²⁵

Ditanol wordt vanwege de bijwerkingen en de bewerkelijkheid van de toepassing in de eerste lijn niet meer aanbevolen.²⁶ Topicale calcineurineremmers (tacrolimus en pimecrolimus) zijn effectief gebleken bij de behandeling van psoriasis, maar zijn in Nederland hiervoor niet geregistreerd. Dermatologen passen calcineurineremmers – off-label – vooral toe bij psoriasis in het gelaat en in lichaamspleoien. Gebruik in de huisartsenpraktijk wordt afgeraden vanwege onzekerheid over de veiligheid op lange termijn.²⁷

Applicatievorm

Bij de lokale behandeling heeft een zalfbasis de voorkeur omdat een zalf werkzaam lijkt te zijn dan andere bases, maar sommige patiënten vinden het prettiger een crème of gel te gebruiken. De voorkeur voor een zalfbasis is gebaseerd op ervaring. Naast het feit dat zalf minder snel intrekt, is die ook minder

goed met water afwasbaar, dit in tegenstelling tot een crème. Voor toepassing op de behaarde hoofdhuid is een lotion of emulsie of gel het meest geschikt.²⁸

Stapsgewijze behandeling

- De huisarts stelt samen met de patiënt de behandelvoorkeur en de behandeldoelen op, waarbij aan de orde komen: ernst van de huidafwijkingen, invloed op de kwaliteit van leven, controles, de verwachtingen en de eigen inzichten van de patiënt en verandering van behandeling (ander therapierégime, verandering dosering) bij onvoldoende effect.
- Na afweging van de voor- en nadelen van de behandeling kan de patiënt ook besluiten daarvan af te zien.
- Als de patiënt instemt met behandeling, dan is uitleg en mondelinge en schriftelijke instructie over het smeren belangrijk voor een optimaal effect. Voor een hulpmiddel ter bepaling van de hoeveelheid te gebruiken zalf/crème per lichaamsdeel,²⁹ uitgedrukt in het aantal vingertopeenheden, zie [tabel 1]. Voor de maximale weekdosering van vitamine-D-analogen en corticosteroiden, zie [tabel 2].
- Volg vervolgens het onderstaande stappenplan [tabel 3],³⁰ waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen:
 - volwassenen met erupties op andere lokalisaties dan het gelaat of lichaamspleoien.
 - volwassenen met erupties in het gelaat of lichaamspleoien, en kinderen.

Basisbehandeling

Geef altijd een indifferent middel, zoals cetomacrogolzalf FNA, lanettezalf FNA, vaselinecetomacrogolcrème FNA, vaselinlanettecrème FNA, koelzalf FNA of cetomacrogolcrème FNA.³¹ De voorkeur van de patiënt speelt een belangrijke rol

in de keuze van het indifferente middel. Uit ervaring blijkt dat een indifferent middel bij psoriasis een gunstig effect op de huid heeft (vermindering schilfering, versterking barrièrefunctie, hydratatie en vermindering irritatie). Breng het indifferente middel niet tegelijkertijd met een eventueel lokaal corticosteroid of vitamine-D-analoog aan, maar bijvoorbeeld één uur of langer erna. Behandeling ter verwijdering van een schilferlaag is raadzaam, maar dient voorzichtig te gebeuren om beschadiging van de huid en daarmee een verhoogd risico op verergering van psoriasis te voorkomen.

Schilferlaag behaarde hoofdhuid

- Bij lichte vormen van psoriasis op de behaarde hoofdhuid van volwassenen en kinderen kan de huisarts de behandeling beperken tot het voorschrijven van een koolteershampoo. De shampoo dient als volgt te worden toegepast: het haar natmaken, de shampoo inmasseren, ten minste dertig seconden laten inwerken, uitspoelen; dit aansluitend nog eenmaal herhalen. Dit dient de eerste tien dagen iedere twee dagen te gebeuren, daarna ten minste twee of drie maal per week, totdat het resultaat minder frequente behandeling toelaat. Tijdens een dergelijke behandeling kan een gewone shampoo gebruikt worden om het haar te wassen.
- Gebruik bij een dikke schilferlaag op de behaarde hoofdhuid salicylzuur 10% in lanettesmeersel FNA, 's avonds aanbrenge, totdat de schilferlaag is verdwenen (meestal binnen 2 tot 3 dagen); 's ochtends de schilfers door kammen voorzichtig verwijderen en daarna het haar uitwassen met gewone shampoo en vervolgens wassen met koolteershampoo.
- Pas bij zeer dikke schilferlagen op de behaarde hoofdhuid een basisvet als cetomacrogolzalf FNA met 25% cetiol V toe om de schilferlaag te verweken, 's avonds aanbrenge en 's ochtends de schilfers door kammen voorzichtig verwijderen en daarna het haar uitwassen met gewone shampoo en ten slotte wassen met koolteershampoo.

Tabel 1 Hoeveelheid te gebruiken crème of zalf per applicatie

Aantal vingertopeenheden* per keer smeren						
Leeftijd	Hoofd en hals	Arm en hand	Been en voet	Romp (voorkant)	Rug en billen	Hele lichaam
> 10 jaar	2,5	4 (alleen hand: 1)	8 (alleen voet: 2)	7	7	40,5 [†]
6-10 jaar	2	2,5	4,5	3,5	5	24,5
3-5 jaar	1,5	2	3	3	3,5	18

* een vingertopeenheid komt ongeveer overeen met 0,5 gram.

† komt overeen met 140 gram zalf per week bij 1 dd smeren.

Tabel 2 Maximaal toe te passen hoeveelheid corticosteroiden en vitamine-D-analoog per week bij langdurig gebruik

Leeftijdsgroep	Klasse 2	Klasse 3	Vit-D-analoog	Klasse 4
Volwassenen en kinderen > 10 jaar	100 g	100 g	100 g	50 g
Kinderen 2-10 jaar	60 g	50 g	50 g (< 6 jaar 30 g)	Niet toepassen

Schilferlaag elders op het lichaam

- Gebruik bij een dikke schilferlaag elders op het lichaam bijvoorbeeld salicylzuur 10% in vaselinanettecrème FNA.

Volwassenen met erupties op andere lokaliteiten dan gelaat of lichaamspleoien.

Dit stappenplan kan ook worden toegepast bij psoriasis op de behaarde hoofdhuid.

Stap 1

- Start met een klasse-3-corticosteroid als monotherapie gedurende 4 weken, *eenmaal daags* dun aan te brengen, bijvoorbeeld betamethasonvaleraat 0,1% zalf, crème, emulsie of lotion, of een ander klasse-3-preparaat.

Stap 2

- Kies bij onvoldoende effect van stap 1 (ondanks goede therapietrouw) voor een *combinatiebehandeling* van een klasse-3-corticosteroid met een vitamine-D-analoog gedurende 4 weken. Geef een vitamine-D-analoog, *eenmaal daags* 's ochtends, bijvoorbeeld calcitriolzalf 3 microg/g en een klasse-3-corticosteroid *eenmaal daags* 's avonds.
- Eventueel kan deze combinatiebehandeling in de vorm van een (duurder) *combinatiepreparaat* calcipotriol/betamethasondipropionaat, *eenmaal daags* dun aan te brengen gel of zalf, gegeven worden als dit meerwaarde voor de patiënt heeft. De gel is ook geschikt voor toepassing op het behaarde hoofd.

Stap 3

- Ga bij onvoldoende effect van stap 2 (ondanks goede therapietrouw) over op een klasse-4-corticosteroid gedurende 4 weken, *eenmaal daags* dun aan te brengen, bijvoorbeeld clobetasolpropionaat 0,05% zalf, crème, lotion, shampoo of schuim.
- Bij een enkele hardnekkige laesie kan gebruikgemaakt worden van een klasse-3-corticosteroid onder occlusie. Breng dit (bijvoorbeeld onder een hydrocolloïd verband) om de 3 dagen aan gedurende maximaal 2 weken.

Volwassenen met erupties in het gelaat en/of in de lichaamspleoien, en kinderen**Stap 1**

- Start met een klasse-2-corticosteroid als monotherapie gedurende 4 weken, eenmaal daags dun aan te brengen, bijvoorbeeld triamcinolonacetonidezalf 0,1%, crème, vaselinecrème of smeersel, of hydrocortisonbutyraatcrème 0,1%, vetcrème, emulsie, gel of lotion.

Stap 2

- Ga bij onvoldoende effect van stap 1 over op een combinatiebehandeling van een klasse-2-corticosteroid met een vitamine-D-analoog gedurende 4 weken. Geef een vitamine-D-analoog, zoals calcitriol zalf 3 microg/g, eenmaal daags 's ochtends en het klasse-2-corticosteroid eenmaal daags 's avonds.

Vervolgbehandeling en adviezen na (acceptabele) remissie

- Adviseer niet te lang en te heet te douchen of te baden en weinig zeep te gebruiken.

Tabel 3 Basisbehandeling en stappenplan**Basisbehandeling**

- Behandel continu met een indifferent middel. Houd rekening met de voorkeur van de patiënt.
- Breng het indifferent middel niet tegelijkertijd met een eventueel lokaal corticosteroid of vitamine-D-analoog aan, maar bijvoorbeeld 1 uur of langer erna.
- Verwijdering van de (dikke) schilferlaag is wenselijk. Week de schilfers met een vette zalf en verwijder de schilfers door voorzichtig te kammen, omdat beschadiging van de huid de psoriasis kan verergeren. Meestal verdwijnt de schilferlaag in 2 tot 3 dagen.

Stappenplan. Lokale medicamenteuze behandeling

Volwassenen met erupties op het behaarde hoofd of andere lokaliteiten dan gelaat en/of lichaamspleoien

Stap 1

- Klasse-3-corticosteroid, eenmaal daags, gedurende 4 weken.

Stap 2

- Bij onvoldoende effect stap 1: combinatiebehandeling met vitamine-D-analoog in de ochtend en een klasse-3-corticosteroid in de avond gedurende 4 weken.
- Overweeg of het (duurdere, eenmaal daags aan te brengen) combinatiepreparaat meerwaarde heeft voor de patiënt.

Stap 3

- Bij onvoldoende effect stap 2: klasse-4-corticosteroid, eenmaal daags, gedurende 4 weken.
- Bij hardnekkige schilfering: overweeg een klasse-3-corticosteroid onder occlusie.

Volwassenen met erupties in het gelaat en/of in de lichaamspleoien, en kinderen

Stap 1

- Klasse-2-corticosteroid, eenmaal daags, gedurende 4 weken.

Stap 2

- Bij onvoldoende effect stap 1: combinatiebehandeling met vitamine-D-analoog in de ochtend en een klasse-2-corticosteroid in de avond gedurende 4 weken.

- Handhaaf het dagelijks gebruik van indifferente middelen, zie [tabel 3].
- Ga bij voldoende resultaat door met het betreffende medicamenteuze middel op 'zo nodig'-basis. Kies daarom bij voldoende resultaat met een corticosteroid na maximaal 4 weken voor een intermitterende behandeling, tot het minimale aantal dagen, waarbij het resultaat voldoende blijft.
- Als leidraad kan het op consensus gebaseerde basisafbouwschema corticosteroiden dienen [tabel 4].
- Wijs de patiënt bij verzoek om een herhaalrecept op de onwenselijkheid van continu dagelijks gebruik van corticosteroiden vanwege de kans op bijwerkingen en het relatief ongevoelig worden van de psoriasisplekken voor deze middelen. Over het effect van toepassing van vitamine-D-analogen op lange termijn is weinig bekend.

CONTROLE EN VERWIJZING**Controle**

- Maak vier weken na de start van de behandeling een controleafspraak, bij gebruik van een corticosteroid onder occlusie of bij gebruik van middelen ter ontschilfering na twee weken; bij onvoldoende ontschilfering kan toepassing van het ontschilferingsmiddel nog

Tabel 4 Basisafbouwschema corticosteroiden, bij een eenmaal daagse applicatie

	Week 1	Week 2	Week 3	Week 4	Week 5	Week 6	Week 7
Zaterdag	i	i	i	i	i	i	i
Zondag	c	i	i	i	i	i	i
Maandag	c	c	i	i	i	i	i
Dinsdag	c	c	c	i	i	i	i
Woensdag	c	c	c	c	i	i	i
Donderdag	c	c	c	c	c	i	i
Vrijdag	c	c	c	c	c	c	i

c: insmeren met corticosteroidzalf of -crème.

i: insmeren met indifferente middelen.

een week worden voortgezet.

- Ga bij onvoldoende resultaat en voldoende therapietrouw over op een volgende stap. Spreek daarna steeds een vierwekelijkse controle af, en stel zo nodig de behandelwijze bij tot het behandeldoel is bereikt.
- Ga bij de controle na of het behandeldoel is bereikt en vraag naar de tevredenheid over de behandelwijze en de therapietrouw. Indien werk een rol speelt bij het beloop van de psoriasis, dan is overleg met de bedrijfsarts gewenst.
- Ga na of het de patiënt lukt de lokale middelen op alle aangedane delen van het lichaam aan te brengen; overweeg bij problemen de thuiszorg in te schakelen.
- Jaarlijkse controle van patiënten wordt aanbevolen bij chronisch gebruik van lokale middelen.

Verwijzen³²

In de tweede lijn kan, naast intensivering van de lokale behandeling, lichttherapie of systemische therapie gegeven worden. Lichttherapie kan ook in de thuissituatie worden toegepast.

Indicaties voor verwijzing zijn:

- onzekerheid over de diagnose psoriasis. Verwijzen heeft de voorkeur boven teledermatologie, omdat een goede diagnose, met name wanneer de diagnose niet duidelijk is, à vue beter te stellen is;
- onvoldoende of niet bereiken van de behandeldoelen met lokale therapie volgens het stappenplan;
- erythrodermie en andere gevallen waarbij > 5% van het lichaamsoppervlak is aangedaan, omdat dan eerder systemische therapie is geïndiceerd;
- (gegeneraliseerde) psoriasis pustulosa;
- psoriasis guttata met onvoldoende verbetering met lokale therapie na twee tot

vier weken;

- artritis of artralgie waarbij een NSAID na vier weken onvoldoende effect heeft: verwijst naar de reumatoloog, en bij een matig tot ernstige psoriasis ook naar de dermatoloog.

Samenwerking

De huisarts en dermatoloog zorgen voor een goed gedocumenteerde verwijst- respectievelijk terugverwijsbrief, ontleend aan de richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen (HASP) (NHG 2008³⁰).

Bij een verwijzing naar de dermatoloog vermeldt de huisarts in de verwijsbrief:

- huidige medicatie voor psoriasis;
- voorgaande medicamenteuze behandeling van psoriasis: hoe lang gebruikt, met welk effect, therapietrouw, eventuele bijwerkingen en reden van staken behandeling;
- kwaliteit van leven met psoriasis;
- intoxicaties (roken, alcohol);
- voorkomen van psoriasis en artritis psoriatica (bij patiënt zelf en in de familie);
- dermatologische voorgeschiedenis;
- comorbiditeit;
- intoleranties, allergieën;
- actueel medicatieoverzicht.

Bij de terugverwijzing door de dermatoloog naar de huisarts vermeldt deze in de brief ten minste:

- het advies ten aanzien van lokale therapie; welk middel, hoe vaak en hoe lang;
- een eventueel stappenplan;
- indicaties voor terugverwijzing of overleg.

Bij de start van de systemische therapie stelt de dermatoloog de huisarts voer

spoedig mogelijk hiervan op de hoogte vanwege mogelijke bijwerkingen of interacties met andere medicatie (zie *Aandachtspunten voor de huisarts bij toepassing van systemische middelen in de tweede lijn*).

Aandachtspunten voor de huisarts bij toepassing van systemische middelen in de tweede lijn

Methotrexaat, ciclosporine, acitretine, fumaraten en biologicals (TNF-alfa-blokkers) worden door de dermatoloog gebruikt bij de behandeling van psoriasis.

Ook de huisarts heeft een rol in een veilige en verantwoorde toepassing van deze medicatie. Zie voor uitgebreide informatie rond interacties en bijwerkingen van deze geneesmiddelen het Farmacotherapeutisch Kompas (www.fk.cvz.nl) of de richtlijn Verantwoord gebruik van biologicals (www.huidarts.info/document).

Daarnaast zal de huisarts geconfronteerd worden met vragen rond het gebruik van deze geneesmiddelen.³³

Comedicatie:

- *Methotrexaat*. Patiënten die methotrexaat gebruiken, mogen geen trimethoprimbevattende preparaten, zoals cotrimoxazol, gebruiken in verband met de sterk verhoogde kans op leukopenie. Aangeraden wordt om zeer zorgvuldig te zijn bij het overnemen van herhaalreceptuur van de reumatoloog of dermatoloog, aangezien fouten met dodelijke afloop zijn voorgekomen bij het voorschrijven van methotrexaat door huisartsen. Om bijwerkingen te voorkomen moeten patiënten die methotrexaat gebruiken foliumzuur voorgeschreven krijgen.
- *Ciclosporine*. De plasmaconcentratie en daarmee de (nephrotoxiciteit) van ciclosporine kan stijgen door middelen die CYP3A4 remmen, zoals amiodaron, diltiazem, verapamil, fluconazol, ketoconazol, itraconazol, claritromycine en erytromycine. In voorkomende gevallen verdient het aanbeveling te overleggen met de apotheker over interacties van comedicatie met methotrexaat of ciclosporine.
- *Zwangerschap en kinderswens*. Methotrexaat, ciclosporine, acitretine en bio-

logicals worden ontraden bij zwangerschap. Daarnaast dient bij sommige middelen voor het starten én na het staken gedurende kortere of langere tijd betrouwbare anticonceptie gebruikt te worden. Raadpleeg hiervoor zo nodig het Farmacotherapeutisch Kompas.

- **Infectie.** Door immunosuppressie vergroten methotrexaat en ciclosporine de kans op infecties. Tijdens het gebruik van biologicals worden de symptomen van infecties vaak gemaskeerd. Meer specifiek kunnen TNF-alfa-blokkers latente of inactieve tuberculose reactiveren. Bij intercurrente ernstige infecties dient het gebruik van biologicals tijdelijk te worden onderbroken. De behandeling van deze infecties is niet anders dan gebruikelijk.
- **Griepvaccinatie.** Patiënten met psoriasis die methotrexaat, ciclosporine of biologicals gebruiken hebben een indicatie voor een griepvaccinatie (zie de NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie).
- **Maligniteiten.** Net als bij andere immunosuppressieve therapieën lijkt er een verhoogd risico op het ontwikkelen van lymfoproliferatieve aandoeningen en andere maligniteiten, en met name na veel uv-expositie van de huid. De incidentie van maligniteiten lijkt vooral afhankelijk van de mate en de duur van immunosuppressie.
- **Operatieve ingrepen.** Men kan bij voorgenomen 'niet-vieze' operatieve ingrepen het gebruik van TNF-alfa-blokkers in de perioperatieve fase voortzetten, omdat er geen aanwijzingen zijn voor een verhoogd risico op postoperatieve wondgenezingsstoornissen of infectie. Bij individuele patiënten (met name bij comorbiditeit als diabetes mellitus of bij een mogelijk besmet operatiegebied) kan overwogen worden toch te stoppen met TNF-alfa-blokkers. Bij bloedige tandheelkundige ingrepen gedurende immunsuppressie door biologicals kan men overwegen om antibiotische profylaxe toe te dienen.

- **Verblijf elders.** Het wordt de patiënt aangeraden om op reis een document of verklaring mee te nemen waarin staat welke medicijnen voor wie meegenomen worden en waarin ook de contactgegevens van de medisch specialist en het ziekenhuis worden vermeld. Een patiënt die naar het buitenland wil reizen, wordt geadviseerd dit vooraf te bespreken met de behandelend arts te bespreken. Het wordt afgeraden om bij het gebruik van biologicals naar landen te reizen zonder goede medische en hygiënische voorzieningen of naar gebieden waarvoor toediening van een levend vaccin vereist is. Mocht men

toch naar het buitenland moeten, dan is het advies om de risico's te schetsen met het in acht nemen van de epidemiologische cijfers van de GGD/RIVM. Vaccinaties met levend vaccin mogen niet worden toegepast bij immunosuppressieve geneesmiddelen.

© 2014 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Totstandkoming

In januari 2010 werd besloten tot (de derde) herziening van de NHG-Standaard Psoriasis. In de loop van 2010 startte een werkgroep Psoriasis die een conceptversie heeft gemaakt.

De werkgroep bestond uit de volgende leden: J.W. Ek, huisarts te Hoozeveer; H. Lantinga, huisarts te Groningen; dr. L.L.A. Lecluse, als dermatoloog verbonden aan het AMC te Amsterdam; dr. A.J. Oosting, als dermatoloog verbonden aan het Spaarne Ziekenhuis te Hoofddorp; P.G. van Peet, huisarts te Voorhout; dr. Ph.I. Spuls, als dermatoloog verbonden aan het AMC te Amsterdam en H.S. Visser, huisarts te Zevenhuizen.

Dr. B.G.M. Kolnaar begeleidde de werkgroep tot 1 januari 2013; W.H. Eizenga nam deze begeleiding over en deed de redactie. Zij zijn beiden huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap; dr. R.M.M. Geijer was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. E. Oosterberg, huisarts, was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie.

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

In juni 2013 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden zeven commentaarformulieren retour ontvangen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten M.L.H.A. van Oppenraay, apotheker en redacteur van het Farmaco-

therapeutisch Kompas namens het CVZ te Diemen; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, verbonden aan het Radboudumc te Nijmegen, afdeling Eerstelijns-geneeskunde/Vrouwenstudies Medische Wetenschappen; dr. J. Oltvoort, senior beleidsadviseur, werkzaam bij Nefarma; D. Dost, apotheker, M. Le Comte, apotheker, K. de Leest, apotheker, P.N.J. Langendijk, ziekenhuisapotheker, K. Hagendoorn-Becker, apotheker, S.F. Harkes-Idzinga, apotheker en F. Acarer, apotheker, allen namens het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; G.W. Saleminck, medisch adviseur bij Zorgverzekeraars Nederland; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van Huisarts en Wetenschap; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het Geneesmiddelenbulletin; J.G. Bakker, bedrijfsarts-klinisch arbeidsgeneeskundigen namens de NVAB; prof.dr. B.A.C. Dijkmans, directeur ad interim van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

R.J. Hinloopen en D. Soeters hebben namens de NAS tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In oktober 2013 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

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



MRI-diagnostiek bij rugpijn

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 in de eerste lijn de waarde van MRI-onderzoek bij patiënten met lage rugpijn?

HUIDIG BELEID

De NHG-Standaarden Aspecifieke rugpijn en Lumbosacraal radiculair syndroom adviseren alleen beeldvormend onderzoek aan te vragen bij ernstige oorzaken van rugpijn (osteoporotische fractuur, maligniteit), of indien er sprake is van een discushernia waarbij een operatie wordt overwogen. Indicaties voor een operatie zijn onbeheersbare radiculaire pijn of pijn en hinder die na 6 tot 8 weken, ondanks conservatieve behandeling, onvoldoende zijn afgenomen. Huisartsen kunnen sinds enkele jaren zelf MRI-onderzoek aanvragen voor patiënten met lage rugpijn en daarom is het belangrijk zicht te hebben op de juiste indicaties.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Ruim 10% van de bevolking bezoekt jaarlijks de huisarts met nek- en rugklachten. Rugpijn staat in de top drie van de meest voorkomende klachten in de huisartsenpraktijk.¹ In de eerste lijn is de incidentie van ernstige oorzaken voor rugpijn erg laag. Van alle patiënten die met rugpijn op het spreekuur komen, heeft 0,7% een maligniteit, 0,01% een spinale infectie en 0,04% een cauda-equinasyndroom. Een Australisch onderzoek toonde een toename van het aantal MRI-aanvragen in de huisartsenpraktijk, ondanks de publicatie van een richtlijn die routinematige beeldvorming niet aanbeveelt.² In Nederland is het niet exact bekend hoe vaak en met welke redenen huisartsen een MRI aanvragen bij rugklachten.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Je kunt je afvragen waarom het gebruik van MRI-diagnostiek in de eerste lijn toeneemt, zoals de Australische onderzoekers constateren. Het zou kunnen dat MRI niet alleen wordt gebruikt om ernstige pathologie uit te sluiten, maar ook om verwijzing naar de tweede lijn te voorkomen en de patiënt gerust te stellen. En dan is het de vraag of MRI hiervoor de geschikte methode is.

Onderzoeken naar de waarde van MRI in de eerste lijn zijn er nog niet. In de tweede lijn blijkt uit een recente review van

Chou et al. dat routinematige, beeldvormende diagnostiek (inclusief radiografie, CT en MRI) bij lage rugpijn geen sneller herstel geeft.³ Bij de meeste patiënten met acute rugpijn blijken de klachten, met of zonder radiculopathie, al in de eerste 4 weken te verbeteren, ongeacht de inzet van MRI-onderzoek en behandeling. Daarnaast komen afwijkingen op een MRI-scan zeer vaak voor, ook bij patiënten zonder rugpijn. Bij personen ouder dan 60 jaar zonder rugpijnklachten is er in 36% van de gevallen sprake van een discushernia, in 21% van spinale stenose en in meer dan 90% van discusdegeneratie. De relatie tussen deze afwijkingen op de MRI-scan en rugpijn is zwak, dit maakt het moeilijk te voorspellen of de afwijking ook daadwerkelijk de oorzaak van de rugpijn is.

Bovendien stellen de auteurs dat een MRI-scan kan leiden tot onnodige ongerustheid van de patiënt. Een testuitslag met klinisch irrelevante afwijkingen kan bij sommige patiënten leiden tot excessieve focus op de klachten of angst om te bewegen. Deze gedragingen blijken gerelateerd te zijn aan het ontstaan van chronische rugpijnklachten.

De review van Chou kan niet zonder meer worden geëxtrapoleerd naar Nederlandse patiënten die met rugklachten bij de huisarts komen. De onderzoeken in de review zijn uitgevoerd in de tweede lijn, in landen met een ander zorgstelsel, en richtten zich vooral op acute rugpijnklachten.

CONCLUSIE

Lage rugpijn is een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk. De huidige NHG-Standaard adviseert om alleen een MRI-onderzoek aan te vragen bij ernstige oorzaken van rugpijn, of indien een operatie voor een discushernia wordt overwogen. Desondanks lijkt het aanvragen van MRI-onderzoeken bij rugklachten toe te nemen. Het is niet bekend welke patiënten worden doorverwezen en wat de toegevoegde waarde van MRI in de eerste lijn is.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Welke patiënten met lage rugpijn worden in de Nederlandse huisartsenpraktijk doorverwezen voor een MRI-scan en wat is daarvan het resultaat? ■

LITERATUUR

- 1 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- 2 Maher CG, Williams CM, Lin C, Latimeret J. Low back pain and best practice care: a survey of general practice physicians. Arch Intern Med 2010;170:271-7.
- 3 Chou R, Deyo R, Jarvik J. Appropriate use of lumbar imaging for evaluation of low back pain. Radiol Clin N Am 2012;50:569-85.

Zorgconsumptie op huisartsenposten

Sinds de oprichting van de huisartsenpost in het jaar 2000, is de totale gezamenlijke zorgconsumptie op de posten gegroeid naar ruim vier miljoen verrichtingen in 2012. Dat is gemiddeld 244 verrichtingen per 1000 inwoners, en daarin zit grote regionale variatie. De verrichtingen zijn onder te verdelen in telefonische consulten, consulten op de huisartsenpost en visites. We brachten de verrichtingen in kaart over de jaren 2005-2012. Verder onderzochten we de verschillen in zorgconsumptie tussen huisartsenposten. We maakten hierbij gebruik van de landelijke benchmarkgegevens van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN).

TRENDS IN TYPE VERRICHTING

Het aantal visites is in de periode 2005-2012 nagenoeg gelijk gebleven [figuur 1]. Het aantal consulten en telefonische consulten toont een stijgende lijn tot 2009. In 2009 is er een piek door de grippandemie. Daarna zien we een afvlakking, met zelfs een lichte daling in 2012. Deze trend is opmerkelijk, want het aantal consulten in de huisartsenzorg overdag stijgt nog steeds. Bovendien zit de huisartsenpost in steeds meer regio's vóór de spoedeisende hulp (SEH), met als doel dat de huisartsenpost meer zelfverwijzers van de SEH overneemt.

In 2005 was de percentuele verdeling telefonisch consult, consult en visite respectievelijk 37,3%, 49,9% en 12,4%. In 2012 was deze verdeling 40,7%, 49,6% en 9,7%. Er worden naar verhouding dus minder visites gereden en meer contacten telefonisch afgehandeld.

VERSCHILLEN TUSSEN HUISARTSENPOSTEN

[Figuur 2] toont de zorgconsumptie van de Nederlandse huisartsendienstenstructuren (HDS'en), die bestaan uit één of meerdere huisartsenposten. De zorgconsumptie tussen HDS'en verschilt aanzienlijk. De HDS met de laagste zorgconsumptie per inwoner heeft bijzondere demografische omstandigheden. Als we deze buiten beschouwing laten, varieert de zorgconsumptie tussen de 170 en 303 contacten per 1000 inwoners. Dit betekent dat de inwoners in de ene regio bijna 80% vaker contact zoeken met een huisartsenpost dan in een ander deel van Nederland.

Uit verdiepend onderzoek bleek dat de zorgconsumptie op de huisartsenpost hoger is in regio's met een lage sociaal-economische status (SES) van de patiëntenpopulatie. Ook bleek dat de zorgconsumptie hoger is bij colocatie van de huisart-

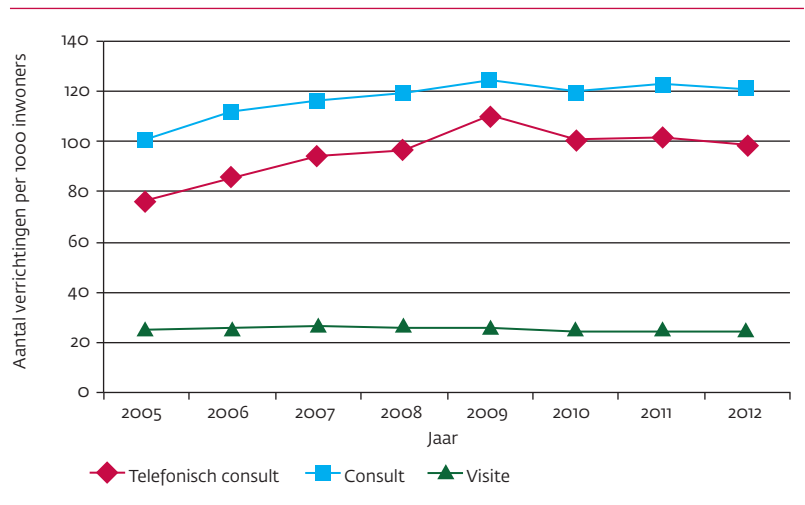
senpost met een ziekenhuis. Verder is bij huisartsenposten met een hoge zorgconsumptie vaker een dienstapotheek gevestigd. Tot slot is (na correctie voor SES) de zorgconsumptie op de huisartsenpost in de Randstad lager dan in de rest van Nederland.

CONCLUSIE

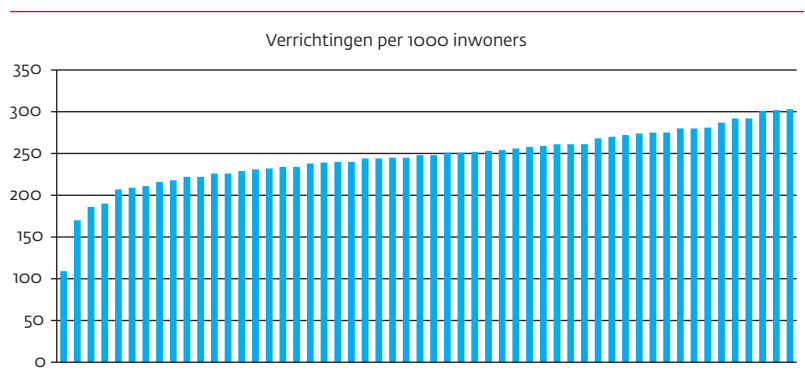
Het aantal contacten met de huisartsenpost is sinds 2005 sterk gegroeid, maar lijkt de laatste jaren te stabiliseren en zelfs licht af te nemen, ondanks de blijvende groei in de huisartsenzorg overdag.

Er zijn grote verschillen in zorgconsumptie tussen huisartsenposten, die niet alleen te maken hebben met verschillen in patiëntenpopulaties, maar ook met organisatieverschillen zoals colocatie met een ziekenhuis. ■

Figuur 1 De verdeling in typen verrichtingen over de jaren 2005-2012



Figuur 2 Het aantal verrichtingen per 1000 inwoners per HDS in 2012



De resultaten zijn gebaseerd op de landelijke VHN-benchmark van 2012 (Benchmarkbulletin 2012). Hieraan namen 54 HDSen deel met gezamenlijk 124 huisartsenposten.

De verdiepende analyses zijn uitgevoerd met gegevens van de VHN-benchmark (2011), het CBS (2011) en SCP (2010).

Correspondentie: Radboudumc, IQ healthcare, Nijmegen: marleen.smits@radboudumc.nl.

Generieke geneesmiddelen: regels en realiteit

INLEIDING

De arts schrijft een geneesmiddel voor, de apotheker levert het voorgeschrevene af en het ziekenfonds betaalt de rekening. Zo simpel was dat. Tegenwoordig ligt het ingewikkelder: krijgt de patiënt wel de behandeling die de voorschrijver heeft bedoeld? In de praktijk komt het regelmatig voor dat patiënten klagen over bijwerkingen van een vervangend geneesmiddel, of geen vertrouwen hebben in het vervangende middel. Ze krijgen in de apotheek te maken met generieke substitutie: hun vertrouwde geneesmiddel wordt vervangen door een geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, in dezelfde sterkte en dezelfde farmaceutische vorm. Dit kan een switch zijn van een merkgeneesmiddel (*spécialité*) naar een generiek geneesmiddel of van het ene naar het andere merk generiek geneesmiddel. Generieke substitutie is één van de manieren om te komen tot kostenbesparing in de gezondheidszorg. In dit artikel leest u meer over de achtergrond, de spelregels en de positieve en negatieve kanten van substitutie.

BESCHERMING VOOR SPÉCIALITÉS

Om geneesmiddelenfabrikanten de gelegenheid te geven hun investeringen in de ontwikkeling van een medicijn terug te verdienen, hebben nationale en internationale overheden een

Samenvatting

Leendertse AJ, Oron UH, Schobben AFAM. *Generieke geneesmiddelen: regels en realiteit. Huisarts Wet 2014;57(3):138-41.*

Generieke substitutie is het vervangen van een geneesmiddel door een ander geneesmiddel met dezelfde werkzame stof, van dezelfde sterkte en in dezelfde farmaceutische vorm. De biologische beschikbaarheid van het vervangende middel moet gelijkwaardig zijn, dat wil zeggen dat de *area under the curve* (AUC) en de maximale concentratie (C_{max}) niet te veel mogen afwijken van die van de *spécialité*. In de praktijk zijn de verschillen in werkzaamheid en effect klinisch weinig relevant.

Generieke substitutie levert een aanzienlijke kostenbesparing op, maar brengt bij patiënten onrust teweeg. De hulpstoffen vormen zelden een probleem, maar het wisselende uiterlijk zorgt bij veel patiënten voor verwarring en doet het vertrouwen in de behandeling – en mogelijk ook de therapietrouw – afnemen. Als de arts kan onderbouwen dat de behandeling medisch noodzakelijk is en in gevaar komt door substitutie, mogen individuele patiënten wel het *spécialité* blijven gebruiken in plaats van het generieke middel.

beschermingsperiode van ongeveer tien jaar ingesteld waarin de fabrikant het alleenrecht heeft om zijn middel op de markt te brengen als *spécialité*. Na afloop van deze periode mogen ook andere fabrikanten het medicijn op de markt brengen als generiek middel. Omdat de veiligheid en werkzaamheid dan al zijn aangetoond, kunnen zij dit doen tegen lagere kosten. Het bestaansrecht van generieke geneesmiddelen ligt dan ook in kostenbesparing: lagere kosten voor dezelfde werkzame stof. Om deze kostenverlaging te kunnen effectueren, is er in het Nederlandse zorgstelsel een aantal prikkels ingebouwd die het vervangen van *spécialités* door generieke geneesmiddelen, de zogeheten generieke substitutie, bevorderen. Zorgverzekeraars Nederland heeft berekend dat het voorkeursbeleid voor goedkopere geneesmiddelen alleen al in de drie jaar tussen 2008 en 2011 een besparing heeft opgeleverd van € 1,1 miljard.¹

De bescherming van een *spécialité* bestaat in principe uit twee onderdelen: octrooibescherming en dossierbescherming.²⁻⁴ Een octrooi of patent geldt voor twintig jaar en beschermt 'een noviteit die commerciële toepassing kan hebben'. Naast het octrooi op de werkzame stof, dat wordt aangevraagd in het begin van de ontwikkeling van die stof, kunnen de ontwikkelaars ook patenten aanvragen op productiemethoden, formuleringen (bijvoorbeeld Losec MUPS[®]) en specifieke toepassingen. Voordat een geneesmiddel kan worden geregistreerd en in de handel mag worden gebracht, moet aan allerlei eisen zijn voldaan waarvoor vaak jarenlang onderzoek nodig is. Daarom kan een *spécialité* een aanvullend beschermingscertificaat (*supplementary protection certificate*) krijgen voor ten hoogste vijf extra jaren.^{2,5} Ook voor pediatrische toepassingen bestaat een extra bescherming.⁶

Onafhankelijk van de octrooibescherming bestaat er dossierbescherming (*data exclusivity*), die geldt vanaf het moment dat het geneesmiddel geregistreerd is.^{2,7,8} Dit systeem geeft de aanvrager tien jaar lang recht op het exclusieve gebruik van de farmacologische, toxicologische en klinische gegevens die zijn verzameld ter verkrijging van de handelsvergunning in

De kern

- Generieke substitutie levert een kostenbesparing op en dient daarmee een maatschappelijk belang.
- Een generiek geneesmiddel is gelijkwaardig aan het *spécialité*, met een geringe spreiding in biologische beschikbaarheid (AUC en C_{max}).
- In de meeste gevallen zal generieke substitutie niet leiden tot klinisch relevante verschillen.
- Generieke substitutie kan bij de patiënt onrust veroorzaken en het vertrouwen in de behandeling verminderen.
- Als de patiënt een bepaalde *spécialité* nodig heeft, kan 'medische noodzaak' worden ingezet.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. A.J. Leendertse, apotheker, onderzoeker. PhilMed Zorginnovatie, Riel: U.H. Oron MBA, apotheker, Universiteit Utrecht, departement Farmaceutische wetenschappen: prof.dr. A.F.A.M. Schobben, emeritus hoogleraar Klinische farmacotherapie • Correspondentie: a.j.leendertse-3@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: A.J. Leendertse: niets aangegeven • U.H. Oron is adviseur en trainer op het gebied van zorginnovatie, zorgbesteding, zorgfinanciering en gezondheidseconomie. Onder zijn klanten zijn ook farmaceutische bedrijven, zorgverzekeraars en beroepsorganisaties. De bijdrage aan dit artikel is op persoonlijke titel • A.F.A.M. Schobben is lid van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. De opvattingen in dit artikel zijn die van de auteurs en zijn daarom niet noodzakelijkerwijs die van het CBC.

Nederland of Europa. Na deze tien jaar mogen generieke fabrikanten met verwijzing naar het referentieproduct een handelsvergunning aanvragen.

Het tijdstip waarop de bescherming van een geneesmiddel eindigt, is een samenspel van de bovengenoemde beschermingen. De langstdurende bescherming is bepalend.

EISEN AAN GENERIEKE MIDDELEN

Bio-equivalentie van de werkzame stof

Een bedrijf dat een handelsvergunning voor een generiek geneesmiddel wil verkrijgen, kan in principe volstaan met de gegevens over de chemische en farmaceutische eigenschappen van het product; voor de werkzaamheid en veiligheid kan het bedrijf verwijzen naar het referentieproduct. De voornaamste eis aan generieke geneesmiddelen is dat zij 'in wezen gelijkwaardig' zijn.^{2,7} Niet alleen moeten de aard en de hoeveelheid werkzame bestanddelen hetzelfde zijn, maar ook de biologische beschikbaarheid moet gelijkwaardig zijn. Dit is de zogeheten bio-equivalentie. Als maat daarvoor geldt de afgiftecure, het verloop van het gehalte werkzame stof in het bloed over een bepaalde periode, gemeten bij vrijwilligers. De 90%-betrouwbaarheidsintervallen (90%-BI) voor de *area under the curve* (AUC) en de maximale concentratie (C_{max}) moeten liggen binnen 80 tot 125% van het referentieproduct.⁹ Bij de meeste patiënten zijn de verschillen kleiner, al zijn er individuele uitschieters mogelijk, en in de praktijk zullen er zeer weinig klinisch relevante verschillen in werkzaamheid optreden. Systematische reviews met grote aantallen patiënten laten inderdaad zien dat de effectiviteit en veiligheid van generieke middelen en *spécialités* nagenoeg gelijk zijn.^{10,11} Voor stoffen met een smalle therapeutische bandbreedte mag men dat echter niet zonder meer aannemen. Daarom geldt voor een aantal middelen, zoals immunosuppressiva en anti-epileptica, een smaller 90%-BI, namelijk 90 tot 110%.¹²⁻¹⁴

Toch is het niet uit te sluiten dat de AUC bij een individuele patiënt aanzienlijk méér verandert, namelijk wanneer men een generiek middel dat aan de ondergrens van het toelaatbare verschil zit, zou substitueren door een ander generiek middel dat aan de bovengrens zit. Voor de patiënt in kwestie kan dat een groot verschil maken, en het zou kunnen verklaren waarom er soms onverwachte problemen optreden bij substitutie. Dit zal echter slechts een klein aantal patiënten overkomen; op populatieniveau blijft gelden dat het generieke middel 'in wezen gelijkwaardig' is.

Voor het afgifteprofiel van preparaten met gereguleerde afgifte moet naast de enkelvoudige dosering ook herhaalde dosering onderzocht worden, evenals de invloed van voedsel op het afgiftepatroon. Naast de AUC en de C_{max} bekijkt men dan de vorm van de afgiftecure, de C_{min} en afzonderlijke delen van de AUC.⁹ Het blijft echter mogelijk dat verschillende generieke preparaten met gereguleerde afgifte verschillende afgifteprofielen hebben. Die zijn niet allemaal uitwisselbaar.¹⁵ Dat geldt bijvoorbeeld voor budesonide of mesalazine bevattende preparaten met een lokale werking in de darm.

Voor alle geneesmiddelen blijft kwaliteitscontrole op de

samenstelling belangrijk. In Nederland heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg de chemisch-farmaceutische kwaliteit onderzocht van generiek simvastatine afkomstig van het Indiase bedrijf Ranbaxy, dat door een aantal zorgverzekeraars als preferent middel was aangewezen omdat het het goedkoopste was. Ranbaxy was in opspraak geraakt wegens fraude met onderzoeksresultaten,¹⁶ maar gelukkig bleek de kwaliteit voldoende. Alleen het uiterlijk van de tablet week af van eerder gegeven specificaties. Wel concludeerde de inspectie na dit onderzoek dat '(...) het nog nooit zo moeilijk is geweest om de kwaliteit van geneesmiddelen te garanderen nu een groot deel van de medicijnen geïmporteerde ingrediënten bevat uit landen als India en China'.^{17,18}

Mogelijke effecten van hulpstoffen

Een generieke tablet, poeder of capsule bevat meestal dezelfde hulpstoffen als het *spécialité*. Meestal gaat het om volstrekt onschuldige vul- en glijmiddelen, zoals microkristallijne cellulose (E460), hypromellose (E464) of siliciumdioxide (E551), die geen overgevoeligheidsreacties veroorzaken. Hulpstoffen die wel problemen kunnen geven, zijn aspartaam (E951) bij patiënten met fenylketonurie (PKU), tarwetzetmeel bij patiënten met coeliakie, en glucose, sacharose, fructose, galactose, lactose of honing bij patiënten met diabetes mellitus. Patiënten met lactose-intolerantie kunnen zonder problemen lactosebevattende middelen gebruiken; deze middelen bevatten te weinig lactose om klachten te kunnen veroorzaken.¹³

In dranken en oogdruppels kan het gebruikte conserveermiddel verschillen. Bij deze toedieningsvormen moet men erop bedacht zijn dat substitutie bij sommige patiënten tot een overgevoeligheidsreactie kan leiden.¹⁹

PREFERENTIEBELEID VAN ZORGVERZEKERAARS

Zorgverzekeraars voeren een preferentiebeleid waarmee zij het afleveren van goedkopere generieke middelen min of meer afdwingen. Daarmee hebben zij besparingen van vele honderden miljoenen euro's gerealiseerd. Elke verzekeraar voert echter zijn eigen beleid. Globaal zijn er vier vormen te onder-

Abstract

Leendertse AJ, Oron UH, Schobben AFAM. Generic drugs: rules and reality. *Huisarts Wet* 2014;57(3):138-41.

Generic substitution is the replacement of one drug by another with the same active ingredient, in the same strength and formulation. The biological availability of the generic drug should be the same as the brand name drug, that is, the area under the curve and the maximal concentration (C_{max}), should not differ substantially from those of the brand name drug. In practice, the differences in activity and effect are of limited clinical relevance. Generic substitution saves a considerable amount of money but can cause patients anxiety. The inactive ingredients are rarely a problem, but the different appearance of the drug may cause confusion and diminish confidence in the treatment and even treatment adherence. If the doctor can justify the medical necessity of treatment and that treatment may be compromised by generic substitution, individual patients may continue to use the brand name drug instead of the generic drug.

scheiden, soms afzonderlijk, soms in combinatie.

- Geen preferentie: sommige zorgverzekeraars hebben geen preferentiebeleid. In principe bepaalt de apotheek wat er wordt afgeleverd; dat kan ook het *spécialité* zijn.
- Labelpreferentie: dit is de meest voorkomende vorm, vaak kortweg 'preferentiebeleid' genoemd. De zorgverzekeraar wijst voor iedere werkzame stof minstens één preferente aanbieder aan. Vaak is dat de fabrikant die bij de inkoopprocedure de laagste prijs heeft bedongen, soms geven farmacotherapeutische overwegingen de doorslag, bijvoorbeeld bij geneesmiddelen met een nauwe therapeutische bandbreedte. Sommige verzekeraars brengen de preferente geneesmiddelen niet ten laste van het eigen risico van de patiënt.
- Prijspreferentie: dit beleid wordt ook wel aangeduid als 'pakjesprijsmodel' of 'IDEA-contract'. De verzekeraar betaalt de apotheker een vaste vergoeding per standaardhoeveelheid afgeleverd geneesmiddel (het 'pakje', meestal dertig dagdoseringen), ongeacht de werkzame stof. De apotheker kan op sommige middelen winst maken door scherp in te kopen, maar legt toe op duurdere of minder vaak voorgeschreven geneesmiddelen. De zorgverzekeraar verrekent de prijs die in de prijslijst staat met het eigen risico van de patiënt.
- Laagsteprijsgarantie: de zorgverzekeraar spreekt met de apotheker vooraf voor elke werkzame stof een maximumprijs af. De apotheker kan dus, net als in het pakjesmodel, winst maken door scherp in te kopen. Ook hier verrekent de verzekeraar de lijstprijs met het eigen risico van de patiënt. Laagsteprijsgarantie wordt ook wel toegepast in combinatie met label- of prijspreferentie.

Uitzondering: medische noodzaak

Artikel 2.8, lid 1 en 3 van het Besluit zorgverzekering²⁰ geeft zorgverzekeraars de bevoegdheid om een preferentiebeleid te voeren en hun inkoopbeleid daarop in te richten. Voor iedere werkzame stof op de lijst van bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen moet de zorgverzekeraar ten minste één geneesmiddel vergoeden. Er bestaat echter nogal wat weerstand tegen de verplichting om generieke geneesmiddelen af te leveren, vooral als dat leidt tot veelvuldig switchen tussen preparaten.

Als een huisarts of specialist vindt dat een patiënt per se een bepaald middel moet hebben, kan hij op het recept aangeven dat er sprake is van medische noodzaak. Artikel 4 van het Besluit zorgverzekering stelt namelijk: 'Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is'. De arts wordt geacht deze uitzonderingsbepaling met terughoudendheid toe te passen; het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen hoe het beroep op medische noodzaak wordt getoetst.²⁰ Op verzoek van de apothekers hebben de zorgverzekeraars gezamenlijk een door

de arts in te vullen standaardformulier 'Medische noodzaak geneesmiddelen' opgesteld, aan de hand waarvan de apotheker kan beoordelen of er inderdaad een medische noodzaak is zodat het gevraagde middel ten laste van de zorgverzekeraar kan worden afgeleverd. Het ingevulde formulier wordt niet opgestuurd naar de zorgverzekeraar.

In de praktijk vergoedt de zorgverzekeraar niet-preferente geneesmiddelen alleen bij medische noodzaak. In alle andere gevallen komt een niet-preferent middel *volledig* ten laste van de patiënt. Let wel, de patiënt betaalt dan dus niet alleen het prijsverschil tussen het preferente en het gekozen middel. Overigens kan dat prijsverschil op zichzelf al zeer aanzienlijk zijn: 90 tabletten Losec MUPS[®] 20 mg kosten € 37 exclusief afleverkosten, 90 capsules omeprazol 20 mg kosten € 2.²¹

In het pakjesprijsmodel speelt medische noodzaak formeel geen rol. De apotheker heeft zich immers verplicht om voor een vast bedrag de overeengekomen hoeveelheid middelen te leveren, welke dat ook zijn. De meerkosten van een *spécialité* komen dan ten laste van de apotheek.

GEVOLGEN VAN SUBSTITUTIE VOOR DE PATIËNT

Het effect van een geneesmiddel is niet alleen afkomstig van de farmacologisch actieve stof, maar wordt voor een deel ook veroorzaakt door psychische effecten. Een placebo kan mechanismen activeren die vergelijkbaar zijn met farmacodynamische processen.²² Dit placebo-effect is het sterkst als de patiënt gelooft dat de behandeling effectief is en verwacht dat de symptomen erdoor zullen afnemen. Dit geloof kan een deuk oplopen als het geneesmiddel er ineens anders uitziet: het nieuwe geneesmiddel blijkt minder effectief, of de patiënt begint bijwerkingen te ervaren. De overstap kan ook weerzin oproepen tegen het nieuwe middel, zodat de patiënt het anders gaat gebruiken dan de voorschrijver het bedoelde of het minder trouw gaat innemen. (Bij parallelle import van geneesmiddelen kunnen zich overigens vergelijkbare problemen voordoen.)

Niet alle patiënten zijn goed op de hoogte van de betekenis van generieke middelen of weten dat zij een generiek middel gebruiken.²³⁻²⁵ Meer aandacht voor en informatie over de mogelijke gevolgen van generieke substitutie zou de acceptatie van generieke middelen kunnen verbeteren.^{26,27} De overgrote meerderheid van de patiënten die al een generiek middel gebruiken, blijft dat doen. Voorzover patiënten negatieve ervaringen rapporteren, gaat het voornamelijk om meer bijwerkingen en minder effectiviteit.²⁸⁻³⁰ Ook, maar minder vaak, komt het voor dat patiënten per abuis het *spécialité* en het generieke middel tegelijk gebruiken.²⁸ Onderzoeken naar de effecten van generieke substitutie op de therapietrouw tonen wisselende resultaten. In een Nederlands en een Spaans onderzoek met antihypertensiva,^{31,32} en ook in een Deens onderzoek naar polyfarmacie,³³ bleek dat de therapietrouw bij substitutie niet verslechterde, maar in een Amerikaans onderzoek met anti-epileptica verslechterde de therapietrouw bij substitutie wel degelijk.³⁴

De communicatie door artsen en apothekers rondom ge-

nerieke substitutie is in het algemeen onvoldoende. Veel patiënten zijn ontevreden over de informatie die zij krijgen. Ze hebben behoefte aan betrouwbare informatie, vooral van hun arts.^{20,27} Vaak ook meldt de apotheek het niet aan de voorschrijvend arts als zij een ander dan het voorgeschreven middel uitlevert, zodat deze de eventuele gevolgen niet kan controleren en dus ook niet op tijd kan ingrijpen als dat nodig mocht zijn.^{20,27,35} ■

LITERATUUR

- 1 Antwoord van minister Schippers (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) op vragen van het lid Bouwmeester over de gevolgen van het preferentiebeleid medicatie, 16 november 2012. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012-2013, aanhangselnummer 570.
- 2 Lisman JA, Schoonderbeek JRA. Internationaal farmarecht. Den Haag: Sdu juridisch, 2004.
- 3 Rijksoctrooiwet 1995. Stb. 1995, 51, laatstelijk gewijzigd door Stb. 2010, 339.
- 4 Verdrag inzake de verlening van Europese octrooien (Europees Octrooi-verdrag), München, 05-10-1973. Trb. 1975, 101, laatstelijk gewijzigd door Trb. 2013, 127.
- 5 Verordening (EEG) nr. 1768/92 van 18 juni 1992 betreffende de invoering van een aanvullend beschermingscertificaat voor geneesmiddelen. Pb L182, 2 juli 1992.
- 6 Verordening (EG) nr. 1901/2006 van 12 december 2006 betreffende geneesmiddelen voor pediatrisch gebruik. Pb L378, 27 december 2006.
- 7 Richtlijn 87/21/EEG van 22 december 1986 tot wijziging van Richtlijn 65/65/EEG betreffende de aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen inzake farmaceutische specialiteiten. Pb L15, 17 januari 1987.
- 8 Richtlijn 2001/83/EG van 6 november 2001 tot vaststelling van een communautair wetboek betreffende geneesmiddelen voor menselijk gebruik: Artikel 10 lid 1, a. Pb L311 28 november 2001.
- 9 European Medicines Agency. Guideline on the pharmacokinetic and clinical evaluation of modified-release dosage forms. London: EMA/CCHP, 2013.
- 10 Kesselheim AS, Stedman MR, Bublick EJ, Gagne JJ, Misono AS, Lee JL, et al. Seizure outcomes following the use of generic versus brand-name antiepileptic drugs: a systematic review and meta-analysis. *Drugs* 2010;70:605-21.
- 11 Kesselheim AS, Misono AS, Lee JL, Stedman MR, Brookhart MA, Choudry NK, et al. Clinical equivalence of generic and brand-name drugs used in cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2008;300:2514-26.
- 12 Yu Y, Teerenstra S, Vanmolkot F, Neef C, Burger D, Maliëpaard M. Interchangeability of gabapentin generic formulations in the Netherlands: A comparative bioavailability study. *Clin Pharmacol Ther* 2013;94:519-24.
- 13 Olling M, Mensinga TT, Barends DM, Groen C, Lake OA, Meulenbelt J. Bioavailability of carbamazepine from four different products and the occurrence of side effects. *Biopharm Drug Dispos* 1999;20:19-28.
- 14 Aldenkamp AP, Rentmeester T, Hulsmans J, Majoie M, Doelman J, Diepman L, et al. Pharmacokinetics and cognitive effects of carbamazepine formulations with different dissolution rates. *Eur J Clin Pharmacol* 1998;54:185-92.
- 15 Handleiding geneesmiddelsubstitutie juni 2013. Den Haag: KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum, 2013.
- 16 Kay M. Indian generics manufacturer Ranbaxy agrees to pay \$500m to settle US fraud and drug safety charges. *BMJ* 2013;346:f3536.
- 17 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kortschrift chemisch farmaceutische kwaliteit van simvastatines. Den Haag: IGZ, 2010.
- 18 Okie S. Multinational medicines: Ensuring drug quality in an era of global manufacturing. *N Engl J Med* 2009;361:737-40.
- 19 CMR Alert: conserveermiddel in Duratears® parallel en origineel verschillend. Den Haag: Centrale Medicatie-incidenten Registratie, 2012.
- 20 Besluit zorgverzekering. Stb. 2005, 399, laatstelijk gewijzigd door Stb. 2013, 384.
- 21 Z-index [internet]. Den Haag: Z-index BV, 2013. www.z-index.nl, geraadpleegd maart 2013.
- 22 Colloca L, Benedetti F. Placebos and painkillers: is mind as real as matter? *Nat Rev Neurosci* 2005;6:545-52.
- 23 Bulsara C, McKenzie A, Sanfilippo F, Holman CD, Emery JE. 'Not the full Monty': A qualitative study of seniors' perceptions of generic medicines in Western Australia. *Aust J Prim Health* 2010;16:240-5.
- 24 Nierpatiënten Vereniging Nederland. Analyse ervaringen nierpatiënten met medicijnen. Bussum: NVN, 2011.
- 25 Al Ameri MN, Whittaker C, Tucker A, Yaqoob M, Johnston A. A survey to determine the views of renal transplant patients on generic substitution in the UK. *Transpl Int* 2011;24:770-9.
- 26 Samenvatting resultaten meldactie 'kosten besparen op geneesmiddelen' 5 augustus 2008. Utrecht: NPCF, 2008.
- 27 Vallès JA, Barreiro M, Cereza G, Ferro JJ, Martínez MJ, Escribà JM, et al. A prospective multicenter study of the effect of patient education on acceptability of generic prescribing in general practice. *Health Policy* 2003;65:269-75.
- 28 Kjoenmiksén I, Lindbaek M, Granas AG. Patients' attitudes towards and experiences of generic drug substitution in Norway. *Pharm World Sci* 2006;28:284-9.
- 29 Toverud EL, Røise AK, Hogstad G, Wabø I. Norwegian patients on generic antihypertensive drugs: a qualitative study of their own experiences. *Eur J Clin Pharmacol* 2011;67:33-8.
- 30 Håkonsen H, Eilertsen M, Borge H, Toverud EL. Generic substitution: additional challenge for adherence in hypertensive patients? *Curr Med Res Opin* 2009;25:2515-21.
- 31 Van Wijk BL, Klungel OH, Heerdink ER, De Boer A. Generic substitution of antihypertensive drugs: does it affect adherence? *Ann Pharmacother* 2006;40:15-20.
- 32 Mainar AS, Artieda RN. Influencia de la sustitución de medicamentos de marca por genéricos en el cumplimiento terapéutico de la hipertensión arterial y la dislipidemia (Influence of substitution of brand name for generic drugs on therapeutic compliance in hypertension and dyslipidemia). *Gac Sanit* 2010;24:473-82.
- 33 Olesen C, Harbig P, Barat I, Damsgaard EM. Generic substitution does not seem to affect adherence negatively in elderly polypharmacy patients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2013;22:1093-8.
- 34 Kesselheim AS, Misono AS, Shrank WH, Greene JA, Doherty M, Avorn J, et al. Variations in pill appearance of antiepileptic drugs and the risk of nonadherence. *JAMA Intern Med* 2013;173:202-8.
- 35 Van de Steeg-van Gompel C, Weenink JW, Harmsen M. Rapport generieke geneesmiddelsubstitutie, wel of niet doen? Lexmond: Platform Patiënt-Industrie, 2011.



Foto: Shutterstock/luchschien

Inhalatoren bij astma en COPD

Inhalatiemedicijnen worden toegediend via 'inhalatoren'. Die zijn er in talloze typen en modellen. In de praktijk krijg je als huisarts vaak de vraag welke inhalator het geschiktst is. In deze nascholing komen de verschillende inhalatoren aan de orde: wat zijn de algemene principes, hoe maakt men de keuze en welke praktische gebruiksaanwijzingen zijn er te geven? De werkzame stoffen op zich vallen buiten het kader van dit artikel.

ALGEMENE PRINCIPES

Er bestaan drie soorten inhalatoren: dosisaerosolen, poederinhalatoren en vernevelapparaten.^{1,3} De [figuren 1, 2 en 3] geven van ieder type een aantal voorbeelden (niet volledig).

Dosisaerosolen

Dosisaerosolen zijn spuitbussen waarin het geneesmiddel in suspensie of in oplossing is opgenomen in een CFK-vrij drijf-gas. De spuitbus verstuift met hoge snelheid een dosis van dit aerosol, vandaar de benaming 'dosisaerosol'. De patiënt moet het aerosol rustig en diep inademen en daarna de adem minstens vijf seconden vasthouden voor goede longdepositie. Vóór elke dosis moet de spuitbus worden geschud om de geneesmiddeldeeltjes weer goed te dispergeren. Een dosisaerosol

Samenvatting

Broekhuizen BDL, Nijmeijer D, Ten Have-Drenthen HL. Inhalatoren bij astma en COPD. *Huisarts Wet* 2014;57(3):142-7.

Inhalatiemedicijnen bij astma en COPD worden bij toegediend via zogeheten 'inhalatoren'. De grote hoeveelheid beschikbare inhalatoren maakt het lastig om te kiezen. Kort gezegd moet de huisarts een keuze maken tussen een poederinhalator of een dosisaerosol die al dan niet met een voorzetkamer wordt gecombineerd. De keuze hangt af van de mogelijkheden en de voorkeur van de patiënt. Het evalueren van de volgende vier zaken helpt hierbij: kan de patiënt bewust inademen; kan de patiënt krachtig inademen; kan de patiënt de adem vijf seconden vasthouden, en heeft de patiënt een goede hand-longcoördinatie? Het is verstandig om de patiënt maar 1 soort inhalator te laten gebruiken en geen dosisaerosol en poederinhalator naast elkaar. Laat de patiënt na starten van een nieuwe inhalator na maximaal 6 weken terugkomen voor evaluatie van gebruik en techniek. Laat bij mensen met astma of COPD jaarlijks de inhalatietechniek en het onderhoud controleren door de POH of eventueel in overleg de apothekersassistente. Het correct gebruiken van een inhalator heeft veel meer effect op de longdepositie en de klachten dan het verschil in de inhalatoren op zich.

vereist een goede hand-longcoördinatie omdat de gebruiker tegelijkertijd het ventiel moet indrukken en moet inademen, en de adem daarna moet inhouden.

Inhalatie- of voorzetkamers vergemakkelijken het gebruik van dosisaerosolen doordat ze de noodzaak wegnemen om tegelijk het ventiel in te drukken en in te ademen, en vervolgens de adem in te houden. Via de voorzetkamer kan de patiënt gewoon een aantal malen rustig inademen – volwassenen vijf keer, kinderen tien keer. De meeste voorzetkamers hebben een klep of ventiel zodat de patiënt niet kan uitademen via de voorzetkamer. In principe zijn het volume en de ventielweerstand van alle voorzetkamers erop berekend dat ook kinderen ze kunnen gebruiken. De meeste voorzetkamers, zoals de Volumatic®, de Babyhaler® en de Aerochamber®, zijn van plastic, de Nebuhaler® is van metaal. Patiënten die via het mondstuk van de voorzetkamer niet goed kunnen inademen, kunnen een neus-mondmasker gebruiken.

Een speciaal type dosisaerosol is de 'autohaler', die de dosisaerosol automatisch afvuurt wanneer de inademing begint. Dit helpt mensen met een verminderde hand-longcoördinatie, maar zij moeten wel de adem minstens vijf seconden kunnen inhouden.

Poederinhalatoren

Een poederinhalator bevat een inhalatiepoeder, dat meestal bestaat uit een mengsel van gemicroniseerde deeltjes geneesmiddel met grotere deeltjes lactose. Het poeder moet voor elke dosis gebruiksklaar gemaakt worden, wat meer handelingen vraagt dan bij een dosisaerosol, en daarna in één of meer inademen worden geïnhaleerd. De inademen moeten redelijk snel, krachtig en diep zijn, omdat er anders te veel van het middel in de mondkeelholte neerslaat en de longdepositie te laag wordt. Tegelijkertijd moet de inhalatie niet al te snel zijn, omdat anders te veel medicatie in de keelholte achterblijft. Poederinhalatoren zijn minder geschikt voor mensen die niet krachtig kunnen inhaleren, zoals kinderen jonger dan 7 jaar, ouderen en zeer kortademige patiënten.

Sommige poederinhalatoren werken met eenmalige doses. Daarbij moet de gebruiker voor elke dosis een capsule

De kern

- De fysieke mogelijkheden van de patiënt bepalen welke inhalator geschikt is.
- Laat de patiënt geen poederinhalator en dosisaerosol door elkaar gebruiken.
- Gebruik bij ernstige benauwdheid een dosisaerosol met voorzetkamer.
- Controleer het gebruik van de inhalatoren.
- Vernevelen heeft geen toegevoegde waarde in de huisartsenpraktijk.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts en onderzoeker. Streektziekenhuis Koningin Beatrix, Winterswijk: D. Nijmeijer, longarts; H.L. Ten Have-Drenthen, verpleegkundig specialist Longgeneeskunde • Correspondentie: b.d.l.broekhuizen@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Figuur 1 Smitbussen-dosisaerosolen



A standaard dosisaerosol



B Redihaler®



C Respimat®



D Autohaler®

in het apparaat plaatsen, die dan gebroken of geperforeerd wordt. Voorbeelden zijn de Breezhaler®, de Cyclohaler® en de Inhalator Ingelheim®. Er zijn ook *multi-dose*-poederinhalatoren zoals de Diskus®, een wegwerpapparaat dat zestig afzonderlijk verpakte doses bevat, en poederinhalatoren met ingebouwde voorraadkamer, zoals de Easyhaler®, de Novolizer® en de Turbuhaler®.

Vernevelaars

In vernevelaars is het inhalatiemedicijn opgelost in water en wordt het toegediend in een nevel. Bij ultrasonische vernevelaars gebeurt dit door hoogfrequente trillingen, bij jetvernevelaars door luchtdruk uit een compressor. De patiënt kan de vernevelde medicijnen rustig inademen via een mondstuk of indien

Dries

Dries, 8 jaar, zit met zijn moeder bij de huisarts. Dries heeft astma; de laatste weken is hij benauwd en moe, en 's nachts hoest hij veel. Bij navraag vertelt moeder dat Dries zo nodig salbutamol gebruikt via een dosisaerosol zonder voorzetkamer, en twee keer per dag 1 dosis fluticason van 100 µg via een discus. Dries heeft de salbutamol de laatste dagen vaak gebruikt, maar het helpt niet. De discus had hij eigenlijk al maanden niet gebruikt, maar sinds een week is hij er weer mee gestart. Dries vindt de discus vervelend omdat hij ervan moet hoesten. Moeder vraagt of een vernevelaar beter is. Een jaar geleden, toen Dries in het ziekenhuis lag, hielp die vernevelaar veel beter dan zijn eigen pufjes. De huisarts vraagt of Dries het inhaleren kan voordoen, maar Dries heeft zijn medicijnen niet bij zich.

dit niet kan via een neus-mondmasker. Vernevelen kost veel tijd, minstens 15-30 minuten, en bij gebruik en onderhoud van de vernevelaar is grote hygiëne vereist om contaminatie van de verneveloplossing te voorkomen.

Vernevelen kan zinvol zijn bij zeer hoge doseringen of als de patiënt niet rustig kan in- en uitademen via een voorzetkamer met neus-mondmasker.¹ Onderzoek heeft echter uitge-

Abstract

Broekhuizen BDL, Nijmeijer D, Ten Have-Drenthen LH. Inhalers for asthma and COPD. *Huisarts Wet* 2014;57(3):142-7.

Inhaled medications for the treatment of asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) are administered via inhalers. A large number of inhalers are available, and the general practitioner has to choose between a dry powder inhaler and an aerosol inhaler with or without a spacer, with the choice depending on the abilities and preference of the patient. It may help to assess the following four points: can the patient consciously inhale, can the patient forcefully inhale, can the patient hold his/her breath for 5 seconds, and does the patient have good hand-lung coordination. It makes sense for the patient to use one type of inhaler and not a combination of aerosol inhaler and dry powder inhaler. After the start of a (new) inhaler patients should be asked to visit to check how they use the inhaler after about 6 weeks. The inhaler technique of patients with asthma or COPD and inhaler maintenance should be monitored annually by the practice case manager or, if appropriate, the pharmacy assistant. Incorrect use of an inhaler has a much greater effect on the lung deposition of medication and on symptoms than the type of inhaler used.

Figuur 2 Poederinhalatoren



A Turbuhaler®



B Breezhaler®



C Inhalator Ingelheim®



D Novolizer®



E Diskus®



F Handihaler®

wezen dat vernevelen bij ernstige exacerbaties van astma en COPD, ook bij kinderen, niet beter werkt dan een dosisaerosol met voorzetkamer en eventueel neus-mondmasker.¹⁻⁴ Daarom is er in de huisartsgeneeskunde nauwelijks plaats voor vernevelaars.

HET MAKEN VAN EEN KEUZE

De keuze zal allereerst gaan tussen een dosisaerosol of een poederinhalator. Het doel is zo veel mogelijk werkzame stof in de longen krijgen, ongeacht het type medicijn (luchtwegverwijders of steroïden). Bij poederinhalatoren hangt de longdepositie vooral af van de kracht en snelheid van de inademing, bij dosisaerosolen vooral van de hand-longcoördinatie. Als ze

correct gebruikt worden, zijn beide typen even effectief,⁵⁻⁸ de keuze hangt vooral af van de voorkeur en de mogelijkheden van de patiënt. [Figuur 4] geeft een stroomschema om de keuze te bepalen.

Algemene aspecten

Bij ernstig benauwde patiënten – en ook bij veel ouderen – is de inspiratiekracht vaak onvoldoende om een poederinhalator te kunnen gebruiken en schiet de hand-longcoördinatie tekort voor een dosisaerosol zonder voorzetkamer. Voor hen is een dosisaerosol met voorzetkamer de juiste keuze. Als de patiënt niet actief kan inademen via het mondstuk van de voorzetkamer (bijvoorbeeld bij apraxie na een CVA of bij een delier)

Figuur 3 Voorzetkamers



A Aerochamber®



B Nebuhaler met neus-mondmasker®



C Babyhaler®



D Volumatic®

moet op de voorzetkamer een neus-mondmasker geplaatst worden. Er zijn echter zeker ook ouderen die wél voldoende krachtig kunnen inademen. Voor hen kan een poederinhalator een geschikte keuze zijn.

Kinderen jonger dan 5 jaar moeten een dosisaerosol met voorzetkamer en neus-mondmasker gebruiken. Op hun 5e en 6e jaar kunnen de meeste kinderen het mondstuk van de voorzetkamer gebruiken zonder neus-mondmasker. De meeste kinderen van 7 jaar en ouder kunnen overstappen op een poederinhalator of op een dosisaerosol zonder voorzetkamer, maar dat is niet per se nodig. Oudere kinderen willen graag van de voorzetkamer af vanwege de grote omvang. Of zij een poederinhalator dan wel een dosisaerosol gaan gebruiken hangt vooral af van hun eigen voorkeur.

Dosisaerosolen zonder voorzetkamer zijn voor veel gangbare inhalatiemedicijnen de goedkoopste oplossing. Sommige onderzoekers hebben gesteld dat een dosisaerosol zonder voorzetkamer nooit voldoende longdepositie geeft, maar een review liet zien dat zij prima werken bij jonge patiënten met een goede hand-longcoördinatie.⁷ Wel moet er bij de controle aandacht zijn voor een eventueel *cold freon*-effect, waarbij de patiënt stopt met inademen of door de neus verder ademt zodra de koude nevel de keelwand raakt, hetgeen allebei de longdepositie flink vermindert. Het is raadzaam de patiënt te adviseren het bij één model inhalator te houden, want de techniek van het gebruiksklaar maken en inhaleren verschilt per inhalator. Het is belangrijk dat de patiënt het gebruik van de inhalator goed aanleert, en dat de huisarts of POH dat blijft controleren. Vooral kinderen maken – samen met hun ouders – veel fouten bij het inhaleren.⁹

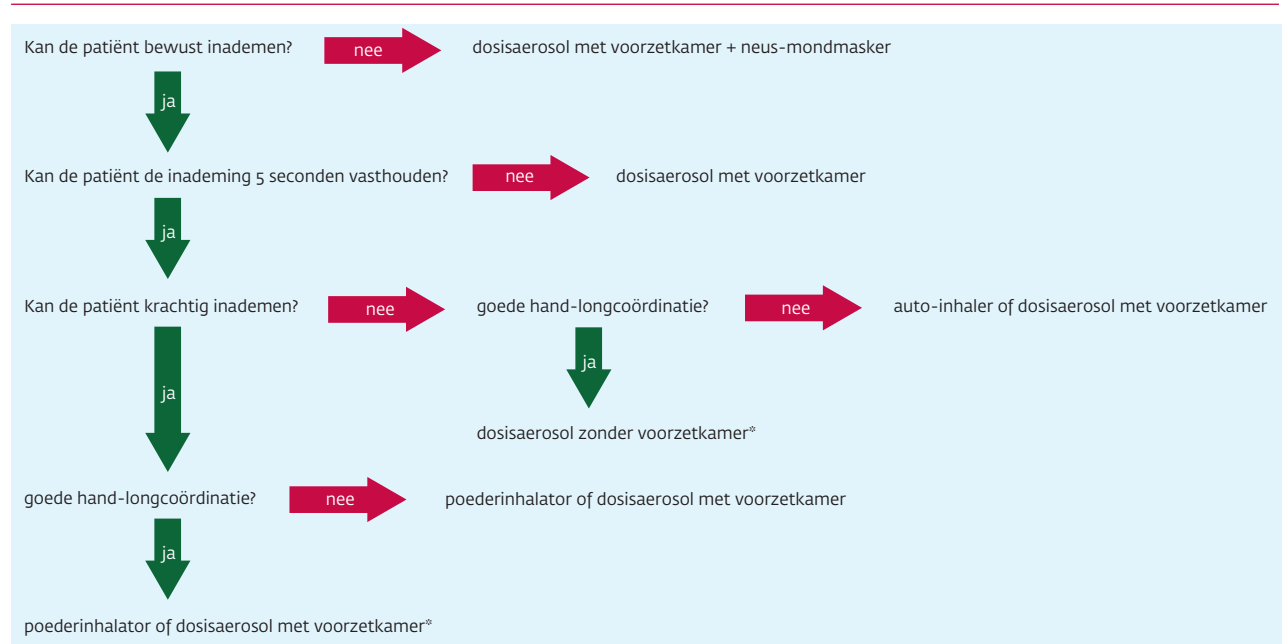
Voor- en nadelen

Een nadeel van voorzetkamers is dat een deel van de medicatie erin achterblijft door uitzakken, elektrostatische aantrekking en de stroming in de kamer. De verblijftijd van het middel in de kamer moet zo kort mogelijk zijn, de luchtvochtigheid zo hoog mogelijk. De metalen Nebuhaler® is het minst gevoelig voor luchtvochtigheid en elektrostatische aantrekking, en lijkt daarom erg geschikt voor reversibiliteitstests. Een tweede nadeel van voorzetkamers is dat ze gereinigd moeten worden. De manier waarop verschilt per voorzetkamer. Een laatste nadeel is, voor veel mensen, hun grote omvang.

Poederinhalatoren hebben als nadeel dat het poeder een hoestprikkel en bronchospasmen kan opwekken. Aan de andere kant kan het ook een voordeel zijn dat de patiënt ‘voelt’ dat hij medicijn binnenkrijgt. Een ander voordeel van poederinhalatoren, dat ze delen met dosisaerosolen zonder voorzetkamer en met autohalers, is dat ze klein zijn.

Gebruikers van een dosisaerosol zonder voorzetkamer maken in het algemeen meer fouten dan gebruikers van een poederinhalator. Een laatste nadeel van dosisaerosolen is, dat bij de meeste niet te zien is wanneer ze leeg zijn. Bij een aantal types helpt het om een beetje aerosol tegen een spiegel of een zwart doekje te spuiten: als er geen witte neerslag meer te zien is, is de spuitbus leeg. Bij andere types geeft het drijfvermogen – in een bakje water – van de spuitbus aan in hoeverre het busje leeg is. Het meest betrouwbaar blijft het ‘turven’ van de gebruikte inhalaties of het berekenen van de datum waarop de spuitbus leeg moet zijn.

Figuur 4 Stroomschema voor de keuze tussen diverse typen inhalator



*Let op volledige inhalatie.

Longdepositie

De deeltjesgrootte van de inhalatiemedicijnen is maar tot op zekere hoogte van belang. Bètareceptoren, cholinerge receptoren en steroidreceptoren hebben hun hoogste dichtheid weliswaar in de periferie en de alveoli, maar komen verspreid door de gehele long voor. Voor bronchusverwijders is perifere depositie niet strikt noodzakelijk, omdat het gladde spierweefsel waarop zij een relaxerend effect hebben zich vooral proximaal bevindt. Perifere ontsteking (in de alveoli) speelt wel een rol bij sommige vormen van persistent astma. Voor deze patiënten lijkt perifere depositie van de corticosteroiden zinvol en daarom hebben sommige fabrikanten inhalatiesteroiden met kleine deeltjes ontwikkeld.¹

Dries (vervolg)

Dries krijgt op de praktijk viermaal een dosis van 100 µg salbutamol via een Aerochamber[®]. Na tien minuten voelt hij zich minder benauwd. Daarna schrijft de huisarts een hogere dosering fluticason voor (250 µg aerosol 2 dd via een Aerochamber[®]). Moeder en Dries krijgen daarnaast het advies zo nodig een salbutamol aerosol te inhaleren tot maximaal viermaal daags via de Aerochamber[®].

Nog diezelfde middag belt Dries' moeder de huisarts: de apothekersassistente heeft ontdekt dat de salbutamoldosisaerosol die Dries in de dagen voorafgaand aan het consult gebruikt heeft, leeg was. Zes weken later komt Dries voor controle bij de POH. Hij voelt zich goed en hoeft de salbutamol niet meer te gebruiken. Desgevraagd zeggen moeder en Dries dat ze blij zijn met de voorzetkamer en nog niet willen overstappen op een dosisaerosol zonder voorzetkamer of op een poederinhalator, al zou dat gezien Dries' leeftijd wel kunnen.

PRAKTISCHE ADVIEZEN

Patiënten die inhalatiemedicijnen gebruiken, hebben de keuze tussen een poederinhalator of een dosisaerosol, al dan niet met voorzetkamer. De huisarts kan richting geven aan die keuze door vier vragen te stellen [figuur 4]. Laat patiënten maximaal zes weken na het starten met een inhalator terugkomen voor controle, en druk hen op het hart dat zij altijd hun inhalator meenemen naar een consult voor astma of COPD.

Vanaf de website van de CAHAG is een *Controlelijst gebruiksklaar maken inhalatoren* te downloaden.^{10,11} Voorafgaand aan het consult kan de POH deze checklist uitprinten. Op de website van de Long Alliantie Nederland staan protocollen van de meest voorkomende inhalatoren (<http://www.longalliantie.nl/inhalatieprotocollen>) en staan ook duidelijke instructiefimpjes voor arts en patiënt (www.inhalatorgebruik.nl).

Evaluatie van de behandeling na zes weken heeft twee voordelen: de patiënt weet hoe hij met de inhalaties verder moet en de behandelaar leert alle inhalatoren goed kennen. Laat daarna de inhalatietechniek en het onderhoud jaarlijks controleren door de POH of, in overleg, de apothekersassistente.

In de huisartsenpraktijk moeten enkele voorzetkamers (met neus-mondmaskers) aanwezig zijn om acute benauwdheid te behandelen. In de visitetas is een Nebuhaler[®] of Aerochamber[®] met neus-mondmasker handig, omdat deze relatief klein zijn en geschikt voor kinderen en volwassenen.

Zorg dat patiënten die een poederinhalator gebruiken maar af en toe ernstige exacerbaties hebben, thuis ook een salbutamoldosisaerosol met voorzetkamer hebben, als noodmedicatie. Daarbij moet dan wel worden benadrukt dat zij,

anders dan zij gewend zijn, bij het gebruik van een voorzetterkamer rustig moeten in- en uitademen.

Nog steeds worden er veel nieuwe medicijnen en inhalatoren op de markt gebracht. Ook dan kunnen de vragen uit [figuur 4] helpen om de keuzemogelijkheden te verkleinen.

Het al dan niet correct gebruiken van een inhalator heeft veel meer effect op de longdepositie dan het type inhalator, dus controleren van het juiste gebruik is beter dan (te snel) overstappen. Het preferentiebeleid dat verschillende verzekeeraars voeren, kan ertoe leiden dat de patiënt een andere inhalator krijgt dan u heeft voorgeschreven. Dit kan niet betekenen dat uw patiënt in plaats van een poederinhalator een dosisaerosol krijgt of andersom, maar wel dat het een ander merk of model is dan in het voorschrift stond. Stem met de apotheek af wie wat uitlegt. ■

LITERATUUR

- 1 Farmacotherapeutisch Kompas. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2013. <http://www.fk.cvz.nl>.
- 2 Muris JWM, Roldaan AC, Van Vliet M, Van Bergen L, Bergkamp E, Bolleurs C, et al. Zorgstandaard astma volwassenen. Amersfoort: Long Alliantie Nederland, 2012. <http://www.longalliantie.nl/zorgstandaard-astma>, geraadpleegd december 2013.
- 3 Salomé PhL, In 't Veen JCCM, Van Vliet M, Euving E, Göttgens W, Harms LM, et al. Zorgstandaard COPD. Amersfoort: Long Alliantie Nederland, 2010. <http://www.longalliantie.nl/zorgstandaard-copd>.
- 4 Cates CJ, Crilly JA, Rowe BH. Holding chambers (spacers) versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(9):CD000052.
- 5 Ram FS, Brocklebank DM, Muers M, Wright J, Jones PW. Pressurised metered-dose inhalers versus all other hand-held inhalers devices to deliver bronchodilators for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD002170.
- 6 Ram FSE, Brocklebank DDM, White J, Wright JJ, Jones P. Pressurised metered dose inhalers versus all other hand-held inhaler devices to deliver beta-2 agonist bronchodilators for non-acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):CD002158.
- 7 Wright J, Brocklebank D, Ram F. Inhaler devices for the treatment of asthma and chronic obstructive airways disease (COPD). *Qual Saf Health Care* 2002;11:376-82.
- 8 Brocklebank D, Wright J, Cates C. Systematic review of clinical effectiveness of pressurised metered dose inhalers versus other hand held inhaler devices for delivering corticosteroids in asthma. *BMJ* 2001;323:896-900.
- 9 Uijen JH, Van Uijthoven YJ, Van der Wouden JC, Bindels PJ. Adequate use of asthma inhalation medication in children: more involvement of the parents seems useful. *BMC Res Notes* 2009;2:129.
- 10 Protocollaire COPD-zorg. Utrecht: NHG, 2011. <https://www.nhg.org/themes/artikelen/protocollaire-copd-zorg>.
- 11 Controlelijst gebruiksklaar maken inhalatoren. Bijlage bij Protocollaire COPD-zorg, editie 2011. Utrecht: NHG, 2011. https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/controlelijst_gebruiksklaar_maken.pdf, geraadpleegd december 2013.

Nico van Duijn

Shoppen in China en munthoofdpijn

Nummulaire hoofdpijn, een muntgrote plek op de schedel die pijn doet, is een raadselachtig soort hoofdpijn. De pijnlijke, ronde plek is een paar centimeter groot (1-10 cm). De pijn is meestal gering tot matig, bij een kwart van de patiënten ernstig. De aandoening is zeldzaam, denken we. Het ene onderzoek vermeldt een voorkomen van 0,01%, het andere 5% van de patiënten van hoofdpijnklinieken. Ik heb er maar een handvol gezien. Er zijn in totaal 200 gevallen beschre-

ven in de literatuur. Velen zullen er niet mee naar de dokter gaan. Een meneer in Peking deed dat wel. Die stond erop dat dat pijnlijke stukje huid eruit werd gesneden. Blijkbaar is in China de vraaggestuurde marktwerking veel verder dan in Nederland. De pijn kwam vlot weer terug bij die Chinese meneer, op een muntgrote plek net naast het huidtransplantaat. Dit betekent dat het geen huidprobleem is, maar een stoornis van het pijnsysteem. Een behandeling is er niet. Alles wat je probeert, helpt bij een deel van de mensen. Geprobeerd is TENS-stroomstootjes ter plekke, lokale verdoving, Botox, alle soorten pijnstil-

lers. Van de anti-epileptica, bekend om hun effect bij zenuwpijnen, lijkt gabapentine het regelmatig wel te doen en topiramaat niet. Het zegt allemaal niet veel, want er zijn geen vergelijkende onderzoeken. Munthoofdpijn is dus een raadselachtige aandoening van het pijnsysteem, niet van de huid. Dat weten we nu dankzij die vasthoudende Chinees die net zo lang dokters bestookte met zijn opvatting tot hij een dokter vond die hem gelijk gaf. Dokters noemen dat shoppen. China is een modern land geworden. ■



Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie: steeds meer pijn

INLEIDING

Het gebruik van opioïden kan pijn soms verergeren in plaats van verlichten. De volgende casus over pijn in een palliatieve levensfase is hiervan een voorbeeld. In de terminale fase van kanker heeft 80% van de patiënten een of meer soorten pijn.¹ Voor de instelling van medicatie tegen pijn gebruiken artsen veelal de pijnladder van de World Health Organisation.² Wanneer de pijn aanhoudt of zich uitbreidt zijn veel artsen geneigd om de dosering op te hogen of een opiaat met sterkere analgetische werking te kiezen.

BESCHOUWING

Bij verergerende pijnklachten lijkt een verdere ophoging van het opioïd een voor de hand liggende keuze. Opioïdgebruik kan in bepaalde omstandigheden echter ook pijn veroorzaken. Het is daarom nuttig om alert te zijn op de symptomen van een door een opioïd geïnduceerde hyperalgesie, om zo nodig de behandeling aan te passen. Hieronder geven we een toelichting op deze bijwerking van opioïden.

Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie

Opioïden hebben als bijwerking obstipatie, misselijkheid en braken, psychomimetische effecten en sufheid. Minder bekende toxische bijwerkingen zijn de opioïdgeïnduceerde tolerantie (ontwikkelde ongevoeligheid voor opioïden) en de opioïdgeïnduceerde hyperalgesie. Klachten van zowel geïnduceerde hyperalgesie als ongevoeligheid voor opioïden kunnen ontstaan zonder dat er andere opioïdbijwerkingen optreden. De incidentie van hyperalgesie is niet bekend, hoewel er steeds meer beschrijvingen in de literatuur verschijnen.³ De eerste meldingen van hyperalgesie dateren uit de negen-

Samenvatting

Gerritsen H, Bleumink M. *Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie: steeds meer pijn*. *Huisarts Wet* 2014;57(3):148-51.

Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie is een toenemende gegeneraliseerde gevoeligheid voor pijn, die wordt veroorzaakt en vervolgens versterkt door opioïden. Een verhoging van de opioïddosering zal de pijn verergeren, met verlies van het analgetische effect. Totdat het mechanisme achter opioïdgeïnduceerde hyperalgesie duidelijk wordt, is dit een klinische diagnose. Juist in de palliatieve fase moet men ervoor waken om deze pijn als refractair symptoom te beschouwen en als zodanig te behandelen. Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie is tegen te gaan door de opioïden te combineren met een NSAID, een NMDA-antagonist of een alfa-2-agonist. Als er reeds sprake is van hyperalgesie en/of allodynie, kan men het best een opioïdrotatie naar methadon toepassen.

tiende eeuw, waarbij de onderzoekers een relatie leggen met opioïdafhankelijkheid.⁴ Bij de behandeling van de palliatieve patiënt lijkt de geïnduceerde ongevoeligheid voor opioïden klinisch weinig relevant, omdat ongevoeligheid alleen na langdurig gebruik van opioïden optreedt.⁵

Mechanisme

Opioïden gaan een interactie aan met opioïdreceptoren in de hersenen, het ruggenmerg en het perifere zenuwstelsel. Opioïden verschillen onderling doordat de mate en combinatie van binding met de opioïdreceptor uiteenloopt. Enkele opioïden kunnen (ten gunste van pijnstilling) ook een niet-opioïdreceptor beïnvloeden, zoals de N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor. Een voorbeeld hiervan is de NMDA-binding door methadon.^{1,6}

Het is niet bekend wat het exacte mechanisme van hyperalgesie door opioïdgebruik is. Dat herhaalde stimulatie met opioïden een verhoogde neuronale respons veroorzaakt, zal een rol spelen. Uit dierproeven blijkt dat opioïden een toename van neurotransmitterstoffen veroorzaken, zoals cholecystokinine. Deze transmitters versterken de spinale geleiding, waardoor vervolgens het spinale dynorfine toeneemt.¹ Die toename resulteert in een versterkende werking van het pijnsignaal op het spinale (pijn)systeem.⁴

Bij patiënten met een opioïdgeïnduceerde hyperalgesie blijkt sprake te zijn van een activatie van het cAMP (cyclisch

De kern

- In de palliatieve fase komt zowel pijn als opioïdgebruik veel voor.
- Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie is een toenemende gegeneraliseerde gevoeligheid voor pijn, veroorzaakt en vervolgens versterkt door opioïden.
- Kenmerkend is dat ophoging van de opioïddosering resulteert in meer pijn en verlies van het analgetische effect.
- Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie hangt samen met een hoge opioïddosering.
- Men moet ervoor waken om opioïdgeïnduceerde pijn als een refractair symptoom te beschouwen.
- Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie is tegen te gaan door opioïden te combineren met een NSAID, een NMDA-antagonist of een alfa-2-agonist, mede doordat een lagere opioïddosering nodig is.
- Gegeneraliseerde hyperalgesie en/of allodynie is te behandelen door opioïdrotatie naar methadon of door intraveneus ketamine toe te dienen.
- Wanneer men vragen heeft over de beste aanpak of als men geen ervaring heeft met methadon, is het raadzaam om met een pijnteam of palliatief consulent overleg te plegen over de opioïdrotatie (en instelfase).

Casus

Een meisje van acht jaar heeft sinds haar derde levensjaar een medulloblastoom. In 2007 krijgt ze de diagnose suprasellaire medulloblastoom met leptomeningeale haarden, waarvoor ze chemotherapie krijgt. In de zomer van 2009 is er een recidief van de tumor, waarna ze radiotherapie ondergaat. Hoewel de tumor aanvankelijk goed op de behandeling reageert, toont een controle-MRI in december 2011 aan dat deze weer is gegroeid. Het patiëntje heeft hoofdpijnklachten en korte periodes van visusverlies. Er blijken geen curatieve opties meer te zijn.

In overleg met de ouders besluit de behandelend specialist in januari 2012 om het beleid te richten op de kwaliteit van leven. Als pijnstilling gebruikt het patiëntje dan alleen paracetamol. In het voorjaar van 2012 neemt de pijn toe. Bij neurologisch onderzoek vertoont het meisje radicaire prikkeling, waarschijnlijk als gevolg van spinale leptomeningeale metastasen. De arts begint met palliatieve chemotherapie in de vorm van temozolomide. Vervolgens komen daar ibuprofen en tramadol druppels bij. Binnen vier weken zet de arts de tramadol om naar morfinedruppels, aanvankelijk zes keer per dag 3 mg. De morfine wordt stapsgewijs opgehoogd naar vier tot zes keer per dag, 10 tot 15 mg per keer. Het effect van de morfine op de pijn is goed. De controle-MRI toont aan dat de tumor onder het cytostaticum groeit, waarop de temozolomide wordt gestaakt. Het patiëntje is misselijk, heeft verminderde eetlust en hoofdpijn. De behandelend specialist voegt vanwege de pijn een fentanylpleister van 12 mcg toe en start ondansetron tegen de misselijkheid, waarop het meisje aanvankelijk goed reageert. De fentanylpleisters worden stapsgewijs opgehoogd tot 175 mcg in vier maanden. Tegen het visusverlies en de vermindering van de algehele conditie geeft de arts dexamethason. Vanwege een verdenking op epileptische activiteit voegt hij daar natriumvalproaat aan toe.

In september 2012 is het patiëntje ondanks de genoemde palliatieve interventies volledig blind en nagenoeg bedlegerig. Er is ondanks de paracetamol, morfine en fentanylpleisters sprake van forse radicaire prikkeling, laag lumbaal. Hierop besluit de arts nog eenmalig palliatief te behandelen met radiotherapie, in een poging de radicaire prikkeling te verminderen. Begin oktober voelt het patiëntje zich niet comfortabel met 175 mcg fentanyl in combinatie met de escapemedicatie in de vorm van morfine. De arts besluit daarom de pleisters te vervangen door een subcutane pomp met morfine (140 mg/24 uur). Deze maatregel lijkt aanvankelijk verbetering te geven. Na enkele dagen heeft ze echter toch weer steeds meer pijn. De pomp gaat met 25% omhoog. Hierna ontwikkelt het patiëntje een nieuwe klacht: pijn bij aanraken. Ze ligt stil in bed en is daarbij nauwelijks meer te verzorgen. Verder is ze helder en vrolijk, en drinkt ze goed op de momenten dat ze wakker is. Ze geniet van het contact met haar ouders en van bezoek. De huisarts denkt aan een opioïdgeïnduceerd hyperalgesiesyndroom als gevolg van de hoge doseringen opiaten en start in overleg met een palliatief consulent methadon, 5 mg tweemaal per dag. Het kinderpijn-team begeleidt in de dagen daarna het afbouwen van de morfine en het opbouwen van de methadondosering. De pijn is binnen een aantal dagen stabiel en acceptabel. Het meisje kan weer verzorgd worden, met 3 mg per uur morfine subcutaan (72 mg/24 uur) en 35 mg methadon drank eenmaal per dag. Vanwege de misselijkheid krijgt ze de methadon gedurende de laatste twee weken nog subcutaan, wat een goed alternatief blijkt voor orale toediening. Eind oktober nemen de pijnklachten toch weer toe en is de misselijkheid ook ondraaglijk, ondanks breed ingezette en verschillende anti-emetica. Hierop besluit de arts het patiëntje te sederen. Ze overlijdt twee dagen na het starten van de sedatie.

adenosineonofosfaat; boodschappernucleotide) en een hyperactivatie van de NMDA-receptor [figuur 1]. Neuronale hyperactiviteit van de NMDA-receptor zou samenhangen met hyperalgesie en allodynie. Ten slotte zijn er aanwijzingen dat een verandering in het centrale zenuwstelsel (onder meer in de rostroventrale medulla) een rol speelt bij het ontwikkelen van hyperalgesie.^{5,7,8} Op basis van casuïstiek mogen we verwachten dat er een verminderde nierfunctie samenhangt met hogere opioïdspiegels. Verder lijkt er een verhoogd risico te bestaan bij een snelle stijging en/of hoge dosering van opioïden.⁹ De huidige literatuur bevat geen aanwijzingen voor de stelling dat bepaalde toedieningswijzen of opioïdpreparaten het risico verhogen. Totdat het mechanisme achter opioïdgeïnduceerde hyperalgesie duidelijker wordt, is dit een klinische diagnose.

Hyperalgesie door opioïden komt zowel bij acute als bij chronische pijnbehandeling voor. Een toename van pijnklachten gaat gepaard met het uitblijven van het analgetisch effect door opioïden. Kenmerkend is dat een toename van de

opioïddosering de pijn zal verergeren, met een verlies van het analgetisch effect [figuur 2].⁶ De beschreven pijn wordt diffuus en breidt zich uit buiten de regio waar deze oorspronkelijk begon. Bij lichamelijk onderzoek zien we sterk toegenomen pijn (hyperesthesie). Bij een provocatie kan er meer pijn zijn dan te verwachten is (allodynie; het strijken met een wattenstokje is dan al pijnlijk).^{4,6} Het betreft een neuropathische pijn, terwijl men de opioïddosering veelal ophooft om een nociceptieve pijn te bestrijden [kader]. Men moet onderscheid maken met een opioïdongevoeligheid: bij een ongevoeligheid zal geen vermindering van de pijn optreden na een verhoging van de dosis, maar dan zal ook het hyperalgesiebeeld uitblijven.

Behandeling

Men kan hyperalgesie tegengaan (of voorkomen) door de opioïden te combineren met een non-steroidal anti-inflammatoir drug (NSAID; ibuprofen/diclofenac), een NMDA-antagonist

Abstract

Gerritsen H, Bleumink M. Opioid-induced hyperalgesia: increasingly more pain. *Huisarts Wet* 2014;57(3):148-51.

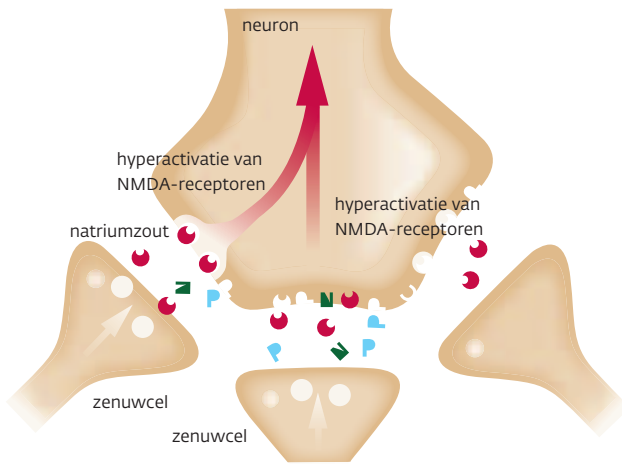
Opioid-induced hyperalgesia is a progressive, generalized increase in pain sensitivity that is caused and exacerbated by opioids. Increasing the dose of opioid worsens the pain and is accompanied by loss of analgesia. It remains a clinical diagnosis until the underlying mechanisms is established. Especially in the palliative setting, practitioners should be careful not to regard this pain as a refractory symptom and treat it as such. Opioid-induced hyperalgesia can be managed by combining opioids with a non-steroidal anti-inflammatory drug, a N-methyl-D-aspartate receptor antagonist, or an alpha2 agonist. If hyperalgesia and/or allodynia is already present, opioid rotation with methadone is the best treatment option.

Neuropathische pijn

Neuropathische pijn ontstaat door beschadiging (aanpassing) van het perifere of centrale zenuwstelsel. Bij patiënten met kanker is in 25% van de gevallen sprake van mengvormen van nociceptieve en neuropathische pijn.

- De patiënt ervaart de pijn vaak als brandend, schietend en/of stekend.
- De pijn kan gepaard gaan met sensibiliteitsstoornissen.
- De pijngewaarwording kan versterkt zijn (hyperalgesie).
- De pijnklachten kunnen optreden als gevolg van een prikkel die normaliter niet tot een pijnsensatie leidt (allodynie).
- Huidaanraking is vaak pijnlijk (hyperesthesie).

Figuur 1 Overstimulatie van de NMDA-receptor



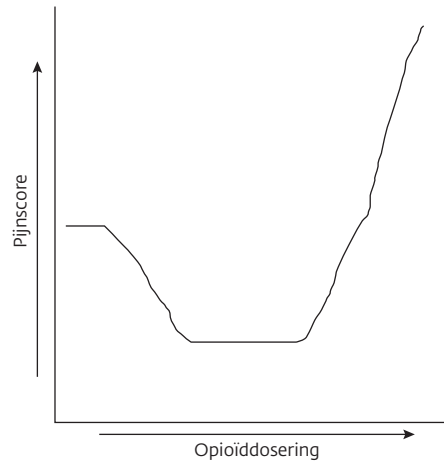
Herhaalde stimulatie activeert de NMDA-receptor ('wind-up'). Dit leidt tot een verlengde activatie (ofwel pijnsensatie) (bron: <http://www.changepain-modules.com>).

(methadon/ketamine) of een alfa 2-agonist (clonidine).¹ Door pijnstilling van verschillende categorieën te gebruiken (paracetamol, NSAID, opioïd), kan men met lagere doseringen van alle verschillende middelen volstaan. Juist bij hoge opioïddoseringen ontstaat hyperalgesie. NSAID's blijken een preventieve rol te spelen ten aanzien van het hyperalgesiemechanisme. Bij NSAID-gebruik is naast een kleinere opioïdbehoefte sprake van een lagere incidentie van hyperalgesie.¹⁰ Als er reeds hyperalgesie en/of allodynie is ontstaan, is een ketamine-infuus in de thuissituatie veelal niet haalbaar. Dan gaat de voorkeur uit naar het toepassen van een opioïdrotatie naar methadon.¹¹

Methadon is het enige opioïd met een antagonistische werking op de NMDA-receptor. Bij hyperalgesie is rotatie naar andere opioïden niet zinvol. Rotatie naar buprenorfine (als variant van methadon) bleek in een klein onderzoek geen positief effect te hebben op de hyperalgesie.¹² De conversie naar methadon strookt met de huidige palliatieve richtlijnen.

Bij orale toediening kan men een goede resorptie behalen (tot 80%). Indien slikken niet (meer) mogelijk blijkt, kan men methadon ook via een zetpil of subcutaan met pomp toedienen. Methadon heeft geen actieve metabolieten en de eliminatie verloopt vrijwel onafhankelijk van de nierfunctie.¹³ Er zijn verschillende vuistregels in omloop voor de omrekenfactor bij opioïdrotatie naar methadon: veelal titreert men op geleide van de klachten. Een gebruikte vuistregel is de volgende: indien de morfinedosis < 400 mg 4:1 (4 mg morfine = 1 mg methadon) en als de morfinedosis > 400 mg 10:1 (10 mg morfine = 1 mg methadon). Het Milan-model omvat een meer specifieke beschrijving, waarbij men de morfine in drie doseringsklassen (tot 90 en tot 300 mg) omrekenet naar methadon.^{14,15} Het is aan te bevelen de dosering te verspreiden over driemaal daags. Indien bij (de opstartfase) doorbraakpijn optreedt, moet men aanvullend oromucosaal fentanyl of 1/6 dagdosis methadon

Figuur 2 Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie



Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie: een toename van de opioïddosering verergert de pijn, met een verlies van het analgetische effect.

toedienen. De hyperalgesie moet stoppen door de reductie in de opioïddosering tijdens de rotatie naar methadon. Gering gebruik van opioïden (als escapemedicatie) blijkt dan mogelijk zonder dat opnieuw hyperalgesie ontstaat.

De halfwaardetijd van methadon is aanvankelijk kort als gevolg van redistributie naar vetweefsel. Bij iedere volgende dosis neemt de halfwaardetijd toe, totdat de spiegels in het vetweefsel even hoog zijn als die in het plasma. Hierbij kan de halfwaardetijd oplopen tot 190 uur. Indien men hiermee geen rekening houdt, kunnen stapeling en toxiciteit optreden.

De meest frequente bijwerkingen van methadon zijn misselijkheid, braken, obstipatie, duizeligheid, droge mond en sedering. Intoxicatie met methadon kenmerkt zich door depressie van het centrale zenuwstelsel (ademhalingsdepressie, hypothermie, bradycardie, hypotensie en shock). Met naloxon kan men intoxicatie tegengaan.^{14,16} Na circa een week kan men volstaan met een toedieningsfrequentie van een- tot tweemaal daags. Men moet er op letten dat methadon interacties aangaat; zo zal de methadonspiegel stijgen bij ciclosporinen, selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) of ketoconazol. De methadonspiegel zal dalen bij anti-epileptica. Het is aan te raden om bij aanhoudende pijn of bijwerkingen, na een omgerekende dosis van 200 mg morfine naar methadon, een routerotatie van de methadon toe te passen (transdermaal, parenteraal, rectaal en eventueel spinaal).¹⁴ Als men geen ervaring heeft met methadon is het raadzaam om met het lokale pijnteam of een palliatief consulent overleg te plegen over de instelfase.

CONCLUSIE

Opioïdgeïnduceerde hyperalgesie is een toenemende generaliseerde gevoeligheid voor pijn, die wordt versterkt door opioïden. Een verhoging van de opioïddosering zal de pijn verergeren, met een verlies van het analgetische effect. Het betreft

een neuropathische pijn, terwijl men met opioïden veelal probeert een nociceptieve pijn te bestrijden. Indien de pijn in de palliatieve fase van het ziekbed toeneemt, moet men er voor waken om deze als een refractair symptoom te beschouwen. Juist dan is het van belang de vraag te stellen wat voor pijn de patiënt heeft. Gaat het om een toename van bestaande pijn of is er iets anders aan de hand? Pijn betreft een complex samenspel van fysiologische, psychische, emotionele en spirituele factoren.¹³ Het is belangrijk om het klinische beeld van opioïd-geïnduceerde hyperalgesie te (her)kennen. ■

DANKWOORD

Dit artikel is geplaatst met toestemming van de ouders van het patiëntje uit de casus.

LITERATUUR

- 1 Vella-Brincat J, Macleod AD. Adverse effects of opioids on the central nervous systems of palliative care patients. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2007;21:15-25.
- 2 WHO. Cancer pain relief and palliative care. Genève: WHO, 1996.
- 3 Mitra S. Opioid-induced hyperalgesia: pathophysiology and clinical implications. *J Opioid Manag* 2008;4:123-30.
- 4 DuPen A, Shen D, Ersek M. Mechanisms of opioid-induced tolerance and hyperalgesia. *Pain Manag Nurs* 2007;8:113-21.
- 5 Fallon M, Colvin L. Opioid-induced hyperalgesia: fact or fiction? *Palliat Med* 2008;22:5-6.
- 6 Mercadante S, Ferrera P, Villari P, Arcuri E. Hyperalgesia: an emerging iatrogenic syndrome. *J Pain Symptom Manage* 2003;26:769-75.
- 7 Costigan M, Scholz J, Woolf CJ. Neuropathic pain: a maladaptive response of the nervous system to damage. *Annu Rev Neurosci* 2009;32:1-32.
- 8 Latremoliere A, Woolf CJ. Central sensitization: a generator of pain hypersensitivity by central neural plasticity. *J Pain* 2009;10:895-926.
- 9 Lee M, Silverman SM, Hansen H, Patel VB, Manchikanti L. A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia. *Pain Physician* 2011;14:145-61.
- 10 Ramasubbu C, Gupta A. Pharmacological treatment of opioid-induced hyperalgesia: a review of the evidence. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2011;25:219-30.
- 11 Mercadante S, Arcuri E. Hyperalgesia and opioid switching. *Am J Hosp Palliat Care* 2005;22:291-4.
- 12 Koppert W, Ihmsen H, Körber N, Wehrfritz A, Sittl R, Schmelz M, et al. Different profiles of buprenorphine-induced analgesia and antihyperalgesia in a human pain model. *Pain* 2005;118:15-22.
- 13 Palliatieve zorg Richtlijnen voor de praktijk. Richtlijn Pijn versie 2.0. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra, 2010.
- 14 Vanduynhoven EJFM. Neurotoxiciteit van opioïden. *Bijblijven* 2006;22:17-25.
- 15 Walker PW, Palla S, Pei BL, Kaur G, Zhang K, Hanohano J, et al. Switching from morphine to oral methadone in treating cancer pain: what is the equianalgesic dose ratio? *J Palliat Med* 2008;11:1103-8.
- 16 College voor Zorgverzekeringen. Farmacotherapeutisch kompas 2012. Amsterdam: CVZ, 2012. <http://www.fk.cvz.nl/preparaatteksten/n/naloxon.asp>, geraadpleegd september 2013.

Nieuws en quiz op onze website: www.henw.org

In december 2013 is onze nieuwe website gelanceerd. Driemaal per week worden daar korte samenvattingen van voor de huisarts relevant wetenschappelijk nieuws gepubliceerd. Wilt u op de hoogte worden gehouden van de nieuwe nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op de website.

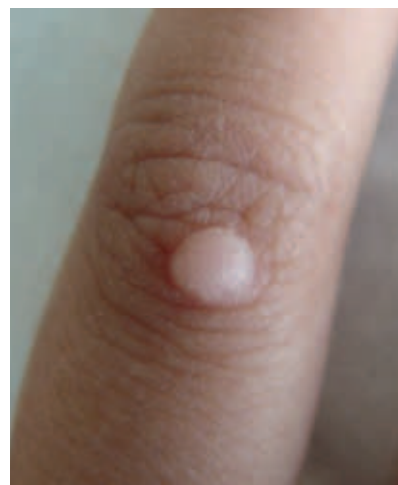
Een wrat op de vinger van een kind. Als er voor behandeling wordt gekozen, welke is dan het meest effectief?

- a. Aanstippen met stikstof
- b. Salicylzuurzalf
- c. Monochloorazijnzuur
- d. Salicylzuur zalf in combinatie met aanstippen met stikstof



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

Fotoquiz van de maand maart



'Wratten: hoe kom ik eraan en hoe kom ik er vanaf'

Sjoerd Bruggink – momenteel woonachtig in Nieuw-Zeeland – promoveerde in september vorig jaar op zijn proefschrift *Transmission and treatment of cutaneous warts in general practice*. In een interview gaat hij in op zijn onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts. Maar ook vertelt hij over zijn tijdelijk wonen in Nieuw-Zeeland en de uitoefening van zijn vak daar.

Op en neer naar Nederland

Bruggink woont in Nieuw-Zeeland; is het dan niet verschrikkelijk ingewikkeld om in Nederland te promoveren? 'Dat viel reuze mee, want ik heb het hele onderzoek in Nederland gedaan, niet wetend dat ik naar Nieuw-Zeeland zou gaan. Alleen het laatste staartje van het schrijftraject heb ik hier afgerond en ik ben voor de promotie zelf op en neer gegaan naar Nederland. Dat was trouwens een fantastische ervaring en het was heerlijk om mijn familie en vrienden weer te zien.'

Belabberd weinig bewijs

Gevraagd naar de keuze voor zijn onderzoek en het onderwerp daarvan vertelt Bruggink: 'Ik heb altijd affiniteit gehad met onderzoek, ook al tijdens mijn studie. Ik ben een echte generalist, daarom past het huisartsenvak goed bij me, maar ik wilde daarnaast ook onderzoek doen. Het viel me op dat er bij kleine kwalen – die veel voorkomen maar niet erg ingrijpend zijn – heel vaak gebrek aan bewijs is voor ons handelen. In Leiden had Just Eekhof onderzoek naar wratten opgezet en die was op zoek naar een promovendus. Zo kwam dat dus allemaal bij elkaar.'

Het gehele onderzoek van Bruggink is verricht bij een Nederlandse patiëntenpopulatie en was gericht op de epidemiologie en behandeling van hand- en voetwratten. 'Ik ging simpelweg uit van de patiënt met wratten die bij de huisarts komt en dan eigenlijk maar twee vragen heeft: "Hoe kom ik eraan?" en: "Hoe kom ik er vanaf?" Over die twee simpele vragen bleek maar belabberd weinig bewijs voorhanden.'

Besmetting in klas en gezin

In het eerste deel van het onderzoek ging Bruggink op zoek naar de risicofactoren voor wratten onder een groot cohort basisschoolkinderen. 'Wratten kwamen verschrikkelijk vaak voor, nog vaker dan we hadden gedacht. Ongeveer een derde van de kinderen had ze, dus het was een geschikte populatie voor mijn onderzoek. We toonden aan dat de grootste besmettingsrisico's in het gezin en op school zitten. Als een gezinslid wratten heeft, is het risico op besmetting verhoogd en hetzelfde geldt voor kinderen in de klas. Dit terwijl de adviezen om wratten te voorkomen vaak gaan over openbare gelegenheden: slippers dragen in zwembaden en in de douches van sportscholen. Die adviezen lijken dus weinig zinvol.'

Test op HPV

Vervolgens onderzocht Bruggink welke typen van het humaan papillomavirus het vaakst zorgen voor de besmetting met wratten. 'Het was wereldwijd nog nooit onderzocht of het HPV-type dat de

wratten veroorzaakt gerelateerd is aan het effect van mogelijke behandelingen. Samen met virologen en dermatologen hebben we een unieke test ontwikkeld waarbij je een wattenstaafje over een wrat haalt en vervolgens kunt bepalen om welk type HPV het gaat. Bij 85% van de wratten waren 4 typen HPV verantwoordelijk: HPV-1, -2, -27 of -57. Erg interessant! Dit bleek in elk geval prognostische waarde te hebben: als bijvoorbeeld het HPV-1 de veroorzaker is van voetwratten dan geeft dat een 8 keer grotere kans op spontane genezing na 3 maanden. Maar HPV-1 veroorzaakt slechts 20% van de voetwratten dus vooralsnog geeft het testen meer rompslomp dan wat het oplevert. Maar in de toekomst wordt dit wellicht toch nuttig, vooral bij immuungecompromitteerde patiënten, die vaak veel en hardnekkige wratten hebben.'

Bruggink vervolgt: 'De test zou voor zo'n twintig euro op de markt kunnen komen. Maar we zouden die dus nog niet voor de huisartsenpraktijk adviseren, omdat het bij wratten meestal gaat om besmetting met HPV-2, -27 of -57, die qua klinisch beeld en reactie op behandeling erg veel op elkaar lijken.'

Effectiviteit van behandelingen

Bruggink noemt zelf de twee grote gerandomiseerde trials het wetenschappelijk belangrijkste deel van zijn onderzoek. Hij vergeleek in de eerste trial 'niets doen' met de effectiviteit van de behandelingen van wratten met salicylzuurzalf of stikstof, en includeerde in dit deel van zijn onderzoek zowel kinderen als volwassenen. 'Volgens de literatuur kwam de behandeling met salicylzuur als beste uit de bus, maar huisartsen gebruiken het vaakst stikstof. Uit ons onderzoek bleek dat er verschillen zijn in de effectiviteit van behandeling tussen voet- en handwratten. Bij handwratten was stikstof het meest effectief, maar bij voetwratten vonden we geen duidelijk verschil tussen nietsdoen en stikstof of salicylzuur. Hoe dan ook gaan voetwratwratten bij kinderen vaak vanzelf over; bij volwassenen zijn die veel hardnekkiger.'

Bruggink ging dus op zoek naar an-



dere mogelijke behandelingen en betrok ook monochloorazijnzuur in de tweede trial. ‘Dit middel is minder bekend in de praktijk. Bij handwratten verschilde de effectiviteit van monochloorazijnzuur en stikstof niet veel. Maar bij voetzoolwratten was monochloorazijnzuur succesvoller dan de combinatie van stikstof en salicylzuur en de behandeling is bovendien minder pijnlijk. Maar hoe dat ook zij, de effectiviteit na drie maanden behandeling blijft beperkt tot zo’n 50%.’

Plaats van de middelen

Betekent dit alles dat er voor salicylzuur eigenlijk helemaal geen plaats is, terwijl dit middel als beste uit de literatuur naar voren komt? Bruggink: ‘De literatuur had slechts gebrekkig bewijs; de Cochrane-review gaf dat ook al aan. En in een tegelijkertijd gehouden groot-schalig Engels onderzoek is eveneens aangetoond dat salicylzuur en stikstof weinig effectief zijn bij voetzoolwratten. Maar Nederlandse huisartsen gebruikten salicylzuur toch al niet als middel van eerste keuze, dus voor hen maakt deze uitkomst weinig verschil.’

Wordt de terughoudendheid om monochloorazijnzuur als middel van eerste keuze aan te wijzen vooral bepaald door de bijwerkingen? ‘Ja, het kan chemische irritatie veroorzaken of zelfs een wond. We hebben in ons onderzoek geen ernstige bijwerkingen gezien; de blaar- en wondvorming was vergelijkbaar met die van stikstof, terwijl monochloorazijnzuur tijdens de behandeling zelf minder pijnlijk is. Maar het agressieve zuur kan wel degelijk gevaarlijk zijn bij onzorgvuldig gebruik. Contact met gezonde huid moet absoluut worden vermeden en het mag maar bij maximaal vijf wratten per patiënt worden toegepast. Het is dus ongeschikt voor zelfbehandeling en moet altijd in kleine hoeveelheden worden bewaard. In de chemische industrie wordt ook monochloorazijnzuur gebruikt en daar bestaan strikte protocollen voor als je ermee in aanraking komt. Voordat monochloorazijnzuur op grote schaal kan worden geadviseerd voor de behandeling van wratten, moeten verschillende

partijen eerst een standpunt ontwikkelen over veilig gebruik. We hebben een filmpje op YouTube* gezet voor wie wil zien hoe je monochloorazijnzuur aanbrengt.’

Na de promotie

Bruggink is weer terug in Nieuw-Zeeland, waar het leven hem naar eigen zeggen erg goed bevalt. ‘Het is echt een fantastische ervaring om hier een paar jaar te zijn. We hebben alle ruimte en kunnen veel meer genieten van de rust en ons gezin dan in Nederland; de praktijk ligt op maar twee minuten lopen van huis. Ik woon in een kustplaatsje en je kunt hier heel goed surfen, wat ik graag doe. En we zitten midden in de prachtige natuur: mijn achtertuin kijkt uit over zee en vanuit mijn voortuin kijk ik op een vulkaan van 2600 meter hoog die een eenzame piek vormt in het verder vlakke landschap.’

Toch is Bruggink van plan nog dit jaar terug te keren naar Nederland. ‘We hebben daar veel over nagedacht, maar we missen toch onze familie en vrienden. Beide oma’s kunnen bijvoorbeeld nu hun kleinkinderen niet eens zien opgroeien. Dus ja, we willen vasthouden aan ons plan om na een jaar of twee weer terug te gaan naar Nederland.’

Huisarts in Nieuw-Zeeland

Bruggink woont in een dorpje met zo’n 1600 inwoners, maar de huisartsenpraktijk vervult een regiofunctie voor de omringende boeren en er zijn ongeveer 3500 patiënten ingeschreven. ‘De basisgezondheidszorg is wel vergelijkbaar met die in Nederland: elke Nieuw-Zeelander heeft z’n eigen huisarts en die vervult ook een poortwachtersfunctie. Wel zijn er grote verschillen in de praktische uitvoering van het werk. Zo is er de *Accident Compensation Corporation*, die ervoor zorgt dat de medische gevolgen van elk ongeluk worden vergoed door de overheid. Dat gaat van de behandeling van een kleine snijwond tot compensatie van gederfde inkomsten doordat je niet kunt werken na een auto-ongeluk. Ook medische fouten vallen hieronder, wat het aanklagen van art-

sen onmogelijk maakt. Het is dus een gigantische instantie met veel mooie kanten, maar de regelingen bieden ook mogelijkheden tot misbruik. En als dokter moet je in het begin wel je weg vinden in de financiële mogelijkheden en de administratie van het systeem.

Verder is het een typische plattelandspraktijk; de mensen gaan wat later naar de huisarts. De oorspronkelijke bewoners van Nieuw Zeeland, de Maori’s, vormen een aparte groep patiënten. Ze hebben vaak een lage sociaaleconomische status met meer gezondheidsproblematiek. Hun benadering van gezondheid en ziekte is bovendien heel anders dan de westerse, meer holistisch. En in alle aspecten van hun leven speelt familie een grote rol, dus ook bij ziekte.

Ik heb hier al met al heel veel geleerd. Bijvoorbeeld het dagelijks spreekuur doen in het Engels; daar heb ik wel in moeten groeien! Het was soms zoeken naar woorden, maar je *body language* is het belangrijkste en gelukkig universeel.’

Meer onderzoek

Bruggink vertelde aan het begin van het interview dat hij altijd affiniteit heeft gehad met onderzoek. Is die belangstelling er nog steeds en zal hij – terug in Nederland – dus ook weer verder onderzoek gaan doen? ‘Jazeker. Ik heb geen concrete aanstelling of plannen, maar het lijkt me heel leuk om het werken in de praktijk te combineren met onderzoek en dat ga ik zeker weer oppakken. Maar daar valt nu nog weinig over te zeggen; als we straks weer terugzijn in Nederland moeten we weer helemaal bij “af” beginnen!’ ■

Ans Stalenhoef

*Zie www.youtube.com/watch?v=cTzkPCZaGW8



Zwaargewicht

Donderdagmiddag 4 uur. Rustig loop ik naar de wachtkamer op weg naar de volgende en laatste patiënt van vandaag. Deze middag is dat mevrouw Ali en haar 2-jarige zoontje Mustafa. Wanneer ik haar naam in de wachtkamer zeg, kijkt een stevige, vermoeide vrouw op. Ze glimlacht vriendelijk naar me. Voor haar staat een immens grote buggy, bekapt met boodschappen en plastic tassen. Mevrouw Ali staat langzaam op, slaakt een diepe zucht en zet de buggy in beweging. Naast het handvat van de buggy zitten twee bekerhouders, beide gevuld met een blikje frisdrank. In de buggy zit een peuter achteloos de ene na de andere kaaschips in zijn mond te stoppen. Hij heeft overduidelijk al te veel gehad, want de helft belandt in zijn schoot of op de vloer. 'Dag Mustafa,' zeg ik. Verbaasd kijkt het mannetje me aan, met de kruimels op zijn wangen en een halve kaaschips bengelend aan zijn onderlip.

We lopen verder naar de spreekkamer en met wat passen en meten krijgen we de buggy door de deuropening. De klacht van mevrouw Ali is snel afgehandeld. We gaan verder met Mustafa. Mustafa heeft last van jeuk bij zijn billen en zijn moeder maakt zich daar veel zorgen om. Bij het lichamenlijk onderzoek zie ik inderdaad vuurrode billen en ook wat uitslag op zijn stevige spekbeentjes. Ik stel mevrouw Ali gerust en leg uit wat ze aan deze luiersuitslag kan doen. Vervolgens benoem ik dat ik me zorgen maak over het postuur van Mustafa. Mevrouw Ali kijkt me verast aan. 'Mustafa eet niet meer dan andere kinderen, maar wordt gewoon snel dik!' zegt ze verontschuldigend. Verder geeft ze hem echt veel gezonde dingen te eten. Ik zwijg even. Het was niet mijn bedoeling om haar meteen in de verdediging te duwen. Heeft het wel zin wanneer ik nu nog meer ongevraagde adviezen ga geven?

Overgewicht, het komt steeds vaker voor in de spreekkamer. Wanneer ik de consulten van het diabetesspreekuur van de praktijkondersteuner autori-

seer, zie ik altijd de BMI-uitslagen van haar patiënten. Een BMI boven de 30 is eerder regel dan uitzondering. Nu is dit een speciale populatie: suikerziekte patiënten in een achterstandswijk. Maar ook onder de gehele Nederlandse bevolking is ongeveer de helft van de volwassene te zwaar.¹ En wat doen we daaraan? Moeten we er wat aan doen of is iedereen vrij te kiezen om te zwaar te zijn of niet? We leven immers in een vrij land!

Wanneer patiënten bij me op het spreekuur komen met klachten of ziekten die deels door overgewicht worden veroorzaakt, bespreek ik uiteraard het belang van afvallen. Maar moet ik er ook over beginnen bij een patiënt met oorspijn die verder geen last lijkt te hebben van zijn of haar overgewicht? In de eed van Hippocrates staat onder andere 'ik zal de gezondheid bevorderen'. Dus ik heb het beloofd. En beloofd is beloofd. Ik geloof ook echt dat een gezonde leefstijl niet alleen ziekten voorkomt maar mensen ook direct gelukkiger maakt. Alleen wringt het nog een beetje om anderen ongevraagde adviezen te geven. Maar in dit geval verschuil ik me dan achter Hippocrates.

Nu is het nog de vraag hoeveel effect deze adviezen hebben. Er zijn veel mensen in de gezondheidszorg werkzaam die al jaren de boodschap aan de man proberen te brengen dat overgewicht ongezond is. En ondertussen worden we maar dikker en dikker. In de afgelopen 30 jaar is het aantal mensen met overgewicht in de westerse wereld bijna verdubbeld! En ook in ontwikkelingslanden is het een probleem aan het worden. Laatst las ik een artikel waarin werd gepleit voor meer bemoeienis van de overheid ten opzichte van overgewicht.² Heel paternalistisch maar wellicht de enige oplossing voor dit probleem. In Denemarken hebben ze een verbod op transvetten ingevoerd en in Mexico hebben ze frisdranken extra belast. Wellicht moeten we dit ook in Nederland gaan invoeren. Het geld dat door die extra belasting wordt opgehaald, kan direct worden gebruikt om de prijs van groente en fruit kunstmatig laag te houden. Dan wordt het voor

lagere inkomens ook makkelijker om een mandarijn in plaats van een vette koek te kopen. Mensen passen zich vaak het snelst aan zodra ze de gevolgen van hun acties direct in hun portemonnee voelen.

Terug naar Mustafa en zijn kaaschips. Ik wilde nog weten waarom mevrouw Ali haar 2-jarige zoon een hele zak chips had gegeven. Haar antwoord was typerend: 'Dokter, vandaag is anders, vandaag is hij ziek...' Kom maar op met die vettaks! ■

Siri Visser

- 1 <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/trend>.
- 2 Smits V. Obesitas is in hele wereld een probleem. Het Parool 4 januari 2014, pagina 11.

Siri Visser is waarnemend huisarts.





KENNISTOETS: VRAGEN

Bij de 27-jarige heer Donkerbroek is op kinderleeftijd de diagnose hemofilie A gesteld. Hij heeft een kinderwens en komt op het spreekuur met vragen over de erfelijkheid van deze ziekte. Zijn partner is gezond en er komen geen erfelijke aandoeningen in haar familie voor. De huisarts legt in begrijpelijke termen uit dat het om een X-gebonden recessief erfelijke aandoening gaat. Hij zegt dat (1) eventuele zonen van de heer Donkerbroek ongeveer 50% kans op de aandoening hebben.

1. De bewering van de huisarts na 1 is correct.

Verder zegt de huisarts dat alle eventuele dochters draagster zullen zijn van de aandoening.

2. Deze bewering van de huisarts is correct.

Edwin is 5 jaar en komt met zijn vader op het spreekuur. Vader heeft gemerkt dat Edwin niet zo goed ziet. De huisarts verricht refractieonderzoek en komt tot de conclusie dat er bij Edwin sprake is van verziendheid (hypermetropie). Zij vraagt of er bij de ouders sprake is (geweest) van strabisme of amblyopie. De huisarts legt aan vader uit dat (1) bij verziendheid de oogas te kort is in verhouding tot de brekende media van het oog. Zij verwijst Edwin naar de opticien.

3. Ernstige hypermetropie is meer waarschijnlijk bij strabisme of amblyopie van de ouders.

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

5. Verwijzen naar de opticien is correct.

De huisarts beantwoordt vragen van een schaderegelaar over zijn patiënt de 45-jarige heer Jilesen, die zeven maanden geleden een kop-staartbotsing heeft gehad. De heer Jilesen heeft hiervoor toestemming gegeven. De huisarts schrijft de schaderegelaar dat (1) de diagnose die door de neuroloog bij de heer Jilesen is gesteld, een traumatische distorsie van de nek met uitstralende pijn in de linkerarm is; (2) de behandeling uit fysiotherapie bestaat; en (3) de genezing vermoedelijk nog ongeveer een half jaar zal duren. Het is correct dat de huisarts aan de schaderegelaar de volgende schriftelijke informatie geeft:

6. - de gestelde diagnose na (1);

7. - de ingestelde behandeling na (2);

8. - de prognose na (3).

Mevrouw De Jong, 32 jaar, is 28 weken zwanger. Reeds voor de zwangerschap had zij overgewicht (BMI van 35). Zij komt nu op het spreekuur met de vraag of overgewicht erfelijk is en of ze nu al wat kan doen om te zorgen dat haar baby minder kans heeft op overgewicht. De huisarts vertelt haar dat (1) voornamelijk omgevingsfactoren een rol spelen bij overgewicht. De huisarts adviseert onder andere om haar baby borstvoeding te geven. Hij zegt (2) dat het geven van borstvoeding preventief werkt op het krijgen van overgewicht bij het kind.

9. De bewering na 1 is correct.

10. De bewering na 2 is correct.

De antwoorden staan op pagina 164.

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.

Plotselinge doofheid

WAT IS HET PROBLEEM?

Een huisarts ziet regelmatig mensen met gehoorverlies op het spreekuur. De klacht kan in korte tijd ontstaan, waarbij er meestal een reversibel geleidingsprobleem is door afwijkingen aan gehoorgang, trommelvlies of middenoor (zoals een cerumenimpactie of vochtophoping in het middenoor). In zeldzame gevallen is er acuut perceptief gehoorverlies door een aandoening van het slakkenhuis, de gehoorzenuw of het centraal auditief zenuwstelsel. Perceptief gehoorverlies heeft een slechtere prognose dan een geleidingsprobleem.

WAT MOET IK WETEN?

Acuut perceptief gehoorverlies is zeldzaam: de incidentie is 5 tot 20 per 100.000 personen per jaar. In een normpraktijk betekent dit ongeveer 1 patiënt per 6 jaar. Gehoorverlies is meestal eenzijdig (95%), heeft een voorkeursleeftijd van rond de 50, en komt even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. De ernst varieert van mild (ten minste 30 dB) tot ernstig (90 dB). Acht op de 10 patiënten hebben last van oorsuizen en soms ook van draaiduizeligheid (tot 30%). Soms is er een oorzaak aanwijsbaar, zoals een infectie (EBV, roodvonk, herpes zoster, lyme), vasculaire oorzaak (CVA, cardiovasculaire ingreep), trauma (barotrauma, trauma capitis), auto-immuunaandoening of medicamenteuze origine (aminoglycosiden, sommige chemotherapeutica, anti-malariamiddelen). Bij de meeste patiënten (85 tot 90%) wordt echter geen oorzaak gevonden.

De gehoorfunctie herstelt zich bij 50 tot 60% van de patiënten binnen een aantal weken tot maanden geheel of gedeeltelijk. Er zijn veel behandelingen onderzocht met onder andere hyperbare zuurstof, antivirale therapie en hoge dosis corticosteroiden, maar de resultaten vallen tegen. Alleen corticosteroiden hebben mogelijk een positief effect op het herstel van de gehoorfunctie. Hoewel de evidence niet sterk is, is de consensus van de kno-vereniging om patiënten met idiopathisch acuut perceptief gehoorverlies te behandelen met hoge dosis corticosteroiden, zo spoedig mogelijk maar uiterlijk 10 tot 14 dagen na aanvang van de klachten.

WAT MOET IK DOEN?

Ga bij een patiënt met plotselinge (eenzijdige) doofheid na hoeveel gehoorverlies er is en onder welke omstandigheden dit is ontstaan. Een goede anamnese is hierbij essentieel: is er slechts een 'dovig' gevoel of ernstiger gehoorverlies? Kan de patiënt nog telefoneren met het dove oor? Ga na of er een aanleiding is voor de klachten: is er een (baro)trauma, akoestisch letsel, oorpijn, otorroe of zijn er (algemene) tekenen van infectie? Zijn de klachten ontstaan na douchen of zwemmen (met

hierdoor uitzetten van een cerumenplug)? Is er draaiduizeligheid of oorsuizen? Heeft de patiënt ototoxische medicatie?

Bij lichamenlijk onderzoek kan de fluisterspraaktest het gehoorverlies objectiveren. Een afwijkende fluisterspraaktest wijst op een gehoorsverlies van 30 dB of meer. Met een audiometer (indien beschikbaar) is het gehoorverlies nauwkeuriger te kwantificeren.

Probeer onderscheid te maken tussen een geleidingsprobleem en perceptief verlies. Ga bij otoscopie na of de gehoorgang doorgankelijk is en of het middenoor luchthoudend is. Een combinatie van een schone gehoorgang en normaal lichtgrijs trommelvlies met heldere lichtreflex pleit voor perceptief verlies. Stemvorkproeven kunnen in geoefende handen behulpzaam zijn. Bij de proef van Weber plaatst u een aangeslagen stemvork midden op het hoofd. Indien de patiënt de stemvork het best hoort in het goede oor, wijst dit op een perceptief probleem. Bij een geleidingsdoofheid hoort hij de stemvork juist in het aangedane oor. Bij de proef van Rinne plaatst u de aangeslagen stemvork op het mastoïd. Zodra de patiënt de toon niet meer hoort, plaatst u de stemvork vlakbij de gehoorgang. In de normale situatie, maar ook bij een perceptief verlies, hoort de patiënt de toon het sterkst vlakbij het oor. Bij een geleidingsverlies hoort de patiënt de stemvork het sterkst via het mastoïd.

Overleg met een kno-arts bij plotseling ontstane slechthorendheid van meer dan 30 dB die niet wordt verklaard door geleidingsverlies. De kno-arts zal de patiënt op korte termijn willen zien; bij bevestiging van idiopathisch acuut perceptief gehoorverlies zal hij de patiënt behandelen met corticosteroiden.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat het ontstaan van de klachten en de bevindingen bij lichamenlijk onderzoek mogelijk wijzen op aantasting van de gehoorzenuw. Verwijzing naar een kno-arts is nodig voor nader onderzoek, waarbij de oorzaak helaas niet altijd aan het licht komt. De kno-arts zal dan een behandeling starten om herstel van de gehoorzenuw te bevorderen. ■

LITERATUUR

- Schreiber BE, Agrup C, Haskard DO, Luxon LM. Sudden sensorineural hearing loss. *Lancet* 2010;375:1203-11.
- Verburg AFE, Alkhateeb WHF, Merkus P. Acuut perceptief gehoorverlies; het belang van stemvorkproeven in de eerste lijn. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011;155:A2460.
- Wei BPC, Mubiru S, O'Leary S. Steroids for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database Syst Rev* 2013, Issue 7. Art. No.: CD003998.

Zwelling elleboogpunt

WAT IS HET PROBLEEM?

De differentiaaldiagnose bij patiënten met een eenzijdige zwelling aan de elleboogpunt is beperkt. Behalve een bursitis olecrani zijn er weinig andere diagnoses die in aanmerking komen. De duur van de klachten bij presentatie bepaalt of het om een acute of chronische bursitis gaat. Het probleem voor de huisarts in de dagelijkse praktijk is dat het niet eenvoudig is om onderscheid te maken tussen een infectieuze en een niet-infectieuze bursitis. Toch bepaalt dit onderscheid wel het in te zetten beleid.

WAT MOET IK WETEN?

Bursitis olecrani komt niet vaak voor. Volgens de registraties CMR-Transitie Nijmegen, die gebruikmaken van ICD-10 codes, gaat het om 1 geval per standaardpraktijk per jaar. In de literatuur wordt vermeld dat het in eenderde van deze gevallen een infectieuze bursitis betreft, maar deze aanname is gebaseerd op kwalitatief matig onderzoek uitgevoerd in de tweede lijn. Ook de praktijk leert ons dat het aantal infectieuze bursitiden in de huisartsenpraktijk gering is. Acute bursitis is bij presentatie per definitie korter dan 1 week aanwezig. Elke acute bursitis kenmerkt zich door roodheid, pijn, zwelling en warmte. De diagnose infectieuze bursitis wordt waarschijnlijker bij de aanwezigheid van huidlaesies zoals eczeem, psoriasis of schaafwonden. Ook koorts boven 38°C is zeer suggestief voor een infectieuze bursitis. Het is gebleken dat het meten van temperatuurverschil tussen de ellebogen een sensitieve en specifieke test is. Een groot temperatuurverschil (> 2,2°C) van de huid tussen beide ellebogen maakt een infectieuze bursitis vrijwel zeker. De verwekker van een infectieuze bursitis is in meer dan 80% van de gevallen *Staphylococcus aureus*. De overige verwekkers zijn zeer divers. Chronische bursitis is vrijwel altijd niet-infectieus. Deze presenteert zich met minder roodheid, is nauwelijks warm, en over het algemeen ook weinig pijnlijk.

De oorzaak van niet-infectieuze bursitis is meestal traumatisch. De literatuur vermeldt dat soms jicht of reumatoïde artritis een rol speelt bij het ontstaan.

Behandeling van bursitis met een NSAID is niet aangetoond effectief. Een behandeling tot 6 weken na aanvang met een NSAID geeft geen verschil met placebo. Mogelijk leidt de behandeling met een NSAID in de eerste dagen overigens wel

tot pijnreductie. Een intrabursale injectie met corticosteroiden - na aspiratie van de bursa-inhoud - is bij een niet-infectieuze bursitis wel effectief, zowel op korte als op langere termijn (1-6 weken). Een corticosteroidinjectie heeft met name effect op de mate van zwelling, en veel minder op pijn of functie.

WAT MOET IK DOEN?

Bepaal of er sprake is van een acute bursitis. Beoordeel zwelling, roodheid en warmte van de bursa. Meet de lichaamstemperatuur. Het vergelijken van de temperatuur van de ellebogen is in de dagelijkse praktijk lastig. Indien er geen temperatuurverschil palpabel is, dan is een infectieuze bursitis vrijwel uitgesloten. Punteer bij twijfel de bursa met een grote naald vanaf lateraal. Dit is effectief als pijnstilling, maar kan daarnaast ook diagnostisch van belang zijn. Pus bij aspiratie wijst op een bacteriële infectie. Helder vocht of bloed maken een niet-infectieuze bursitis zeer waarschijnlijk, maar sluiten deze niet geheel uit. Overweeg PRICE (*Protection, Rest, Ice, Compression, Elevation*), hoewel bewijs voor de effectiviteit van deze adviezen ontbreekt. Adviseer als pijnstilling paracetamol of een NSAID. Start met flucloxacilline per os gedurende 1 week in geval van koorts > 38°C, wanneer er huidlaesies zijn, of wanneer bij punctie pus wordt verkregen. Overweeg bij ernstig ziekzijn incisie en drainage van de bursa, of verwijs de patiënt hiervoor naar de chirurg.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg bij acute bursitis uit dat deze binnen 1 week sterk moet zijn verbeterd. Bij behandeling met antibiotica moet de koorts binnen 48 uur verdwijnen. Bij toenemend ziekzijn moet de patiënt zich weer melden op het spreekuur. Reken voor volledig herstel op 6 weken. Behandel een chronische bursitis zonder klachten alleen als de patiënt dat zelf wil. Waarschuw de patiënt dat hernieuwd stoten en trauma de klachten kan doen toenemen. Of compressie helpt om recidief te voorkomen is niet bekend, maar compressie geeft wel een beschermend effect.

Excisie van de bursa is zelden aangewezen, maar kan als ultimum refugium wel overwogen worden. Op www.thuisarts.nl kan de patiënt uitstekende informatie vinden over de slijmbeursontsteking van de elleboog. ■



Maagzuurremmers bij urticaria

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

Vraagstelling Urticaria zijn vaak moeilijk te behandelen en soms zelfs invaliderend. Klassieke antihistaminica werken vaak onvoldoende. Er zijn aanwijzingen dat toevoeging van maagzuurremmers (H2-receptorantagonist/H2RA), zoals cimetidine of ranitidine een gunstig effect hebben. De vraag is derhalve of toevoeging van een H2-receptorantagonist (H2RA) aan een klassiek antihistaminicum (H1-receptorantagonist/H1RA) zinvol is bij de behandeling van urticaria.

Zoekstructuur Zoekstrategie Cochrane Library en PubMed: 'urticaria' AND 'histamine-H1-antagonists' AND 'histamine-H2-antagonists' [Mesh]. Dit leverde in de Cochrane Library één systematische review op en in PubMed één mogelijk relevante RCT die niet was opgenomen in de Cochrane-review.^{1,2}

Resultaten De systematische Cochrane-review analyseerde vier RCT's waarvan twee de combinatie H1RA/H2RA vergeleken met monotherapie met H1RA.¹ Er werd gekeken naar de veiligheid en effectiviteit van het gebruik van H2RA's bij de behandeling van acute urticaria. In poliklinische setting werden met behulp van UAS-kwaddels/jeuq (UAS = Urticaria-Activity-Score) en VAS-urticaria (VAS = Visueel-Analogue-Schaal) de effecten dagelijks geobjectiveerd gedurende vier weken. De resultaten werden eenduidig gepresenteerd en beoordeeld per interventiegroep. Indien mogelijk werd per uitkomstmaat een puntschatter van het effect en een betrouwbaarheidsinterval gepresenteerd. Datapooling werd onmogelijk geacht vanwege heterogeniteit. Na analyse van de resultaten van verschillende interventiegroepen bleek een significant verschil in zowel het verdwijnen van urticaria (RR 1,59; 95%-BI 1,07-3,36; $p = 0,02$) als in symptoomvermindering (RR 2,02; 95%-BI 1,03-3,94; $p = 0,04$) in het voordeel van de combinatietherapie H1RA/H2RA ten opzichte van de monotherapie met H1RA.

In de RCT van Wan vergeleek men de effectiviteit van verschillende combinatietherapieën voor behandeling van chronische urticaria.² Men includeerde 120 patiënten. Vier groepen van elk 30 patiënten werden enkelblind geformeerd. Twee van de interventiegroepen zijn voor het beantwoorden van de vraagstelling relevant, namelijk groep I (H1RA/H1RA) en groep II (H1RA/H2RA). Bij groep II (met de combinatie van de H1-antagonist en de H2-antagonist) was de gunstige respons 63,3%, terwijl dit bij groep I (met alleen de H1-antagonist)

23,3% was. Dit verschil is significant ($p = 0,01$) en de conclusie is dan ook dat de effectiviteit van de combinatie H1RA/H2RA het effectiefst is.

Bespreking De systematische review beschrijft de behandeling van acute urticaria, terwijl in de RCT van Wan chronische urticaria onderzocht worden. In de review wordt het gebruik van gevalideerde checklists echter niet beschreven. Tabellen geven wel een duidelijk overzicht van adequaat uitgevoerde geblindeerde toewijzing van de interventie, geblindeerde uitkomstmeting en (on)volledigheid van follow-up. De auteurs noemen wel aantallen van bijwerkingen, maar voerden geen statistische analyses uit.

Over het onderzoek van Wan kunnen ook een aantal kritische opmerkingen gemaakt worden. Zo ontbreekt een groep voor analyse van monotherapie met één H1RA en worden de randomisatie- en blinderingsprocedures niet beschreven. Het onderzoek is enkelblind uitgevoerd. Ook wordt de manier van diagnosestelling - klinisch of poliklinisch - niet besproken. De auteur vergelijkt de uitkomsten van de groepen ten opzichte van de UAS-baseline, echter zonder uitleg over de totstandkoming hiervan. Gegevens over vergelijkingen van de groepen met elkaar ontbreken. VAS-waardes komen in de resultaten niet terug. Er is niet beschreven hoe de gegevens werden verzameld. Dit maakt dat de resultaten van deze RCT onoverzichtelijk zijn, mede door het ontbreken van een beschrijving van de statistische methoden. De kwaliteit van deze RCT is matig.

Conclusie De toevoeging van een H2RA aan de behandeling met een klassiek antihistaminicum van patiënten met urticaria lijkt beter te werken dan de behandeling met een klassiek antihistaminicum alleen. Het bewijs voor de effectiviteit is echter zwak, wat is toe te schrijven aan het ontbreken van duidelijke uitkomstmaten en een gering klinisch effect.

Betekenis Als een patiënt zich op het spreekuur presenteert met persisterende urticaria valt eventueel te overwegen een H2RA, zoals cimetidine of ranitidine, aan de behandeling met een H1RA toe te voegen, mede vanwege de geringe bijwerkingen en omdat een volgende stap vaak het gebruik van orale corticosteroiden is. ■

LITERATUUR

- 1 Fedorowicz Z, Van Zuuren EJ, Hu N. Histamine H2-receptor antagonists for urticaria. The Cochrane Library 2012, Issue 3. Art. No.: CD008596.
- 2 Wan KS. Efficacy of leukotriene receptor antagonist with an anti-H1 receptor antagonist for treatment of chronic idiopathic urticaria. J Dermatol Treat 2009;20:194-7.

PSA-screening geen effect op sterfte

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, UMC St Radboud Nijmegen • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl.

Context Prostaatkanker is een veelvoorkomende tumor bij mannen. Zowel huisartsen als specialisten passen daarom vroegdiagnostiek toe. Daarvoor bepalen zij het prostaatspecifieke antigeen (PSA) in het serum. Of populatiescreening op prostaatkanker zinvol is, staat al enkele jaren ter discussie.

Klinische vragen Verlaagt screening op prostaatkanker specifieke sterfte of algehele sterfte? Wat is de impact van screening op de kwaliteit van leven en wat zijn de bijwerkingen?

Conclusie auteurs Prostaatkankerscreening bleek de specifieke en algehele sterfte niet te beïnvloeden in een gecombineerde meta-analyse van vijf RCT's. In één onderzoek (het Europese gerandomiseerde onderzoek naar prostaatkanker, ERSPC) werd afname van 21% van specifieke prostaatkankersterfte bij mannen van 55 tot 69 jaar beschreven.

De nadelen van PSA-screening en aanvullende diagnostische evaluaties komen frequent voor en zijn matig ernstig. Deze komen voort uit overdiagnose en overbehandeling.

De review omvatte 5 gerandomiseerde klinische trials met in totaal 341.342 deelnemers.

Beperkingen Slechts vijf onderzoeken van verschillende methodologische kwaliteit waren beschikbaar voor deze review. De screeningsmethode en -frequentie verschilden tussen de onderzoeken.

COMMENTAAR

Dit is een update van de Cochrane-review uit 2010. De conclusie blijft onverminderd staan: populatiescreening naar prostaatkanker is niet zinvol om sterfte aan deze tumor te voorkomen. Zeven per 1000 mannen in de trials stierven aan prostaatkanker, zowel met als zonder screening. Uit de algehele sterfte (21%) blijkt nog eens dat mannen vooral aan andere oorzaken overlijden.

Dit verklaart mogelijk waarom er geen gunstig effect is

aangetoond in deze meta-analyse. Hoewel prostaatkanker veel voorkomt, kent het een voor maligniteiten relatief gunstig beloop. Veel meer mannen sterven mét prostaatkanker, dan áán prostaatkanker. Vroegdiagnostiek leidt tot het vinden van tumoren in een vroeg stadium, waarvoor dit gunstige beloop extra geldt. Juist in deze groep lijken de nadelen van behandeling groter dan de voordelen.

Methodologische problemen van de verschillende onderzoeken dragen mogelijk ook bij aan de afwezigheid van een duidelijk effect. Zo is er in de meeste onderzoeken veel vertroebeling in de controlegroep. Dat wil zeggen, bij deelnemers in de controlegroep – die geen gestructureerde screening vanuit onderzoeksverband kreeg aangeboden – werd toch vaak screening uitgevoerd. Dit geldt vooral voor de Amerikaanse onderzoeken: in de Verenigde Staten ligt de screeningsfrequentie aanzienlijk hoger dan in Europese landen, ondanks het recent steller geponeerde advies om dit niet uit te voeren. Dat in de ERSPC wel een screeningeffect werd waargenomen, komt mogelijk door de lagere frequentie van vertroebeling van de controlegroep.

Toch blijkt in de praktijk dat patiënten tevreden zijn als de huisarts een PSA-bepaling doet. Dit komt mogelijk door het ontbreken van negatieve feedback; bij een goede uitslag is de patiënt blij, maar bij een 'verkeerde' uitslag ook. De patiënt heeft dan immers het idee dat hij er op tijd bij is geweest. Nadelen van behandeling worden vaak voor lief genomen als de 'kosten voor genezing'.

Vooralsnog leven mannen die zich laten testen niet langer dan mannen die zich niet laten testen, maar wel veel langer met de wetenschap dat ze prostaatkanker hebben, en mogelijk met de complicaties van behandeling. Voldoende reden om geen populatiescreening op te zetten en ook voldoende aanleiding om bij patiënten die vragen om screening eerst de voordelen en nadelen daarvan goed uit te leggen en niet klakkeloos in te stemmen met het verzoek. De NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen geeft hiervoor handvatten. ■

LITERATUUR

- 1 Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 1. Art. No.: CD004720.

Kind met groeiende, streepvormige huidafwijking

Casus

Als huisarts (AU) zag ik bij mijn 2-jarige zoontje een streepvormige afwijking van 1 cm lengte op zijn linkerbil. Ik dacht in eerste instantie aan een kras, totdat vier dagen later de streep was gegroeid tot 10 cm [foto]. Hij was niet ziek, had geen koorts en leek er geen pijn of jeuk aan te hebben. Hij was niet onlangs in het buitenland geweest. Een dag later heb ik een foto van de huidafwijking voorgelegd aan de dermatoloog (BvB) die dienst had op de buitenpoli vlakbij onze praktijk. Hij diagnosticeerde kruipworm (larva migrans) en adviseerde om het uiteinde van het gangetje aan te stippen met stikstof. Eenmalig aanstippen was al effectief: het gangetje is niet verder gegroeid en verdween in de weken erna.

BESCHOUWING

Huidafwijkingen bij kinderen komen vaak voor in de spreekkamer van de huisarts. In deze rubriek presenteren wij een zeldzame huidandoening die de huisarts gemakkelijk kan herkennen en bovendien eenvoudig kan behandelen. Als u het beeld eenmaal heeft gezien, dan is het zo herkenbaar dat u in het vervolg de dermatoloog niet om een consult hoeft te vragen.

Kruipworm (larva migrans) is een zeer kenmerkende huidafwijking die wordt veroorzaakt door parasieten (larven van wormpjes) die gangetjes graven door de huid.^{1,2} Er zijn veel parasieten die larva migrans kunnen veroorzaken, maar de larven van de mijnworm (*Ancylostoma braziliense* en *Ancylostoma caninum*) en de rondworm (*Strongyloides stercoralis*) zijn de meest voorkomende verwekkers. Deze wormen komen met name voor in (sub)tropische gebieden. De wormen leven in de darmen van onder andere honden en katten. De eitjes van de worm komen via de ontlasting van het dier in de grond terecht. Uit deze eitjes kunnen kleine larven te voorschijn komen en dat gebeurt voornamelijk op warme, schaduwrijke, zanderige grond (bijvoorbeeld zandbak of strand). Deze larven kunnen bij de mens via de huid het lichaam binnendringen en een gangetje graven, wat vaak forse jeukklachten geeft. Dit gangetje wordt elke dag iets langer. De gangetjes worden vaak gezien op die delen van de huid die met de grond in aanraking zijn geweest, zoals de voeten, de billen of de rug. De aandoening komt vooral in (sub)tropische streken voor, maar duikt de laatste tijd vaker in Nederland op. Kruipworm is in principe een zelflimiterende aandoening (4 tot 10 weken), omdat de mens voor de parasiet de verkeerde gastheer is. Vanwege de vaak hevige jeukklachten kan het uiteinde van het gangetje



tje worden aangestipt met stikstof met als doel de parasiet te doden. Mocht het gangetje toch nog verder groeien, dan kan nogmaals aanstippen zinvol zijn. Eenmalige behandeling met ivermectinetabletten (200 ug/kg lichaamsgewicht) volstaat ook, maar kan hepatotoxisch zijn. Tot de restanten van de gestorven larve geheel uit de huid zijn verdwenen, kan de jeuk nog aanhouden. Dit kan enkele weken duren. ■

LITERATUUR

- 1 Feldmeier H, Schuster A. Mini-review: hookworm related cutaneous larva migrans. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2012;31:915-8.
- 2 Bowman DD, Montgomery SP, Zajac AM, Eberhard ML, Kazacos KR. Hookworms of dogs and cats as agents of cutaneous larva migrans. Trends Parasitol 2010;26:162-7.

Protocollen, stappenplannen en tips

Praktijkondersteuners die graag met protocollen werken komen volop aan hun trekken in het februarinummer van het Tijdschrift voor praktijkondersteuning. Zo staat in het artikel over perifere arterieel vaatlijden het protocol voor het meten van de enkel-armindex en in de rubriek farmacotherapie het stappenplan voor dosering van gliclazide bij diabetes type 2. Ook het artikel over therapietrouw bevat veel praktische tips.

Patient empowerment

In de troonrede van 2013 dook het nieuwe begrip participatiesamenleving op. Aukje van Beek legt uit wat dit inhoudt en gaat in op hiermee samenhangende begrippen als patient empowerment, en verschuiving in de gezondheidszorg van 'zorgen en ziekte' naar 'gezondheid en gedrag'. Die verschuiving heeft belangrijke consequenties voor de organisatie van de zorg. Ook zal de attitude van zowel hulpverleners als patiënten moeten veranderen. Daarnaast spreekt Van Beek haar zorg uit over de allerkwaksten in de samenleving die van deze ontwikkelingen de dupe dreigen te raken.

Perifeer arterieel vaatlijden

Naar aanleiding van de in februari verschenen NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden gaan de auteurs in op de nieuwste inzichten. Zo bestaat symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden (PAV) uit drie soorten: claudicatio intermittens, kritieke ischemie en acute ischemie. Ook gaan de auteurs in op asymptomatisch PAV en aandoeningen die op PAV kunnen lijken: overige arteriële aandoeningen, gewrichtsaandoeningen, veneuze aandoeningen, en het rustelozebenensyndroom. Het advies is om bij patiënten met risicofactoren voor hart- en vaatziekten extra op te letten en indien nodig de pulsaties in de voetarteriën te meten met dopplersonderzoek. Ook raden de auteurs aan om bij afwijkende pulsaties de enkel-armindex te meten en te berekenen. Een protocol is in het artikel opgenomen.

Medicatietrouw en communicatie

Remke van Staveren besteedt in haar artikel aandacht aan therapietrouwheid. Het gebrek hieraan bij veel patiënten is een groot probleem. Praktijkondersteuners spelen hier een grote rol in. Allereerst helpen doeltreffende communicatie en een goede behandelrelatie om therapietrouw te bevorderen. Verder doen praktijkondersteuners er goed aan om een positieve houding tegenover de

zorg. Hij ondersteunt de huisarts bij de groeiende toestroom van patiënten met psychische problemen en voorkomt daarmee veel verwijzingen naar een psycholoog of psychotherapeut. De POH-ggz concentreert zich op verdieping en verheldering van de vraag en op behandeltrajecten. Daarnaast richt hij zich op patiënten met lichtere psychische problematiek, zoals overspannenheid, relatie- en aanpassingsproblemen.



medicatie aan te nemen, vragen te stellen, heldere en begrijpelijke informatie te geven en de patiënt bij de besluitvorming te betrekken. Ook is het belangrijk om aandacht te besteden aan mogelijke misvattingen en rekening te houden met de omstandigheden en voorkeuren van de patiënt. Het uitgangspunt is dat huisarts en praktijkondersteuner informeren, en de patiënt beslist.

Rol praktijkondersteuner-ggz

NHG-directeur Rob Dijkstra geeft in een interview zijn visie op de rol van de praktijkondersteuner-ggz (POH-ggz). Sinds vorig jaar werkt de POH-ggz zo'n negen uur per week per praktijk en vormt daarmee een belangrijke aanvulling op het team in de huisartsen-

Dosering gliclazide

In de afgestofte rubriek Farmacotherapie gaat Egbert de Jongh in op de dosering van gliclazide bij diabetes mellitus type 2, onder meer met een stappenplan. Belangrijke boodschap is dat wanneer een sulfonylureum-derivaat aan metformine wordt toegevoegd (stap 2) gliclazide 80 mg (MGA) en 30 mg (MGA) gelijkwaardig zijn.

Rubrieken

In de rubriek Euvels dit keer aandacht voor obstipatie. Buitenlands nieuws gaat over het verband tussen fysieke inspanning en hypertensie. Werkgerelateerde fysieke inspanning blijkt geen gunstig effect op hypertensie te hebben, recreatieve fysieke inspanning heeft dat wel. In zijn column vergelijkt Bas Janssen zichzelf met Bob de Bouwer, een tekenfilmfiguur die 'alles kan maken'. Verder is er weer een kennistoets en staat de rubriek Journaal vol met wetenswaardigheden.

Het Tijdschrift voor praktijkondersteuning is een gezamenlijke uitgave van het NHG en Bohn Stafleu van Loghum. Het verschijnt tweemaandelijks en kost € 81,00 per jaar. Heeft uw praktijkondersteuner nog geen abonnement? Vraag een proefexemplaar aan en bezoek ook eens de website www.tijdschrift-praktijkondersteuning.nl. Meer informatie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum bv, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon (030) 6383736, www.bsl.nl. ■

Susan Umans

CANON HUISARTSGENEESKUNDE

Van Eijck J, Haeseker B, Jansma J, Van Kempen W, Vink H. Canon van de huisartsgeneeskunde - 52 vensters van de huisartsgeneeskunde. 128 pagina's. DCHG Medische Communicatie, Haarlem. ISBN/EAN 978-94-90826-28-4

Doelgroep Huisartsen (in opleiding), lezers die belangstelling hebben voor de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde.

Inhoud In 52 hoofdstukken schetsen de auteurs de wording van de huisartsgeneeskunde: van Hippocrates en Celsus tot en met de 'huisarts van de toekomst'. Daartussen komen diverse aspecten van de huisarts en diens praktijk aan de orde. De structuur waarbinnen deze functioneert - zoals Ziekenfondswet, huisvesting of automatisering - en ondersteuning door de wetenschap (oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap; leerstoelen huisartsgeneeskunde) passeren de revue naast tal van inhoudelijke thema's: de thuisbevalling, de pil, preventie en roken, reanimatie, het mammacarcinoom. Hoewel de opening een internationaal perspectief doet vermoeden, gaat het om de huisarts(geneeskunde) in Nederland. 'Woudschoten', 'het consultatiebureau', en het verhaal van de huisartsen die in de



nazikampen omkwamen maken dat duidelijk. Het museum 'De Dorpsdokter' in Hilvarenbeek heeft hierbij een inspirerende en initiërende rol gespeeld.

Oordeel De geschiedenis van de Nederlandse huisarts(geneeskunde) is slecht gedocumenteerd en in dat opzicht is het verheugend dat de auteurs hier het panorama van een rijk verleden bieden.

De structuur van elke, en dus ook deze, canon noopt op voorhand tot het maken van keuzes. Punt is dat die onduidelijk blijven. Waarom is bijvoorbeeld Aletta Jacobs - zonder enige twijfel een van de belangrijkste Nederlanders uit de eerste helft van de vorige eeuw - niet in deze canon opgenomen? De vensters belichten vooral wat er in de loop der jaren allemaal aan de huisarts voorbij trok. Welke ideeën de huisartsgeneeskunde deden ontstaan of dreven, blijft onbelicht.

In deze context blijft bijvoorbeeld het Ziekenfonds een wettelijk geregeld instituut, zonder dat er aandacht is voor het feit dat Nederland als eerste land ter wereld een zorgstelsel kreeg met algemene toegankelijkheid en de huisartsgeneeskunde als leidende voorziening. En wie zich de vraag stelt hoe het is gekomen dat de Nederlandse huisartsgeneeskunde mondiaal wetenschapsleider is, zal in de 52 vensters vergeefs naar een verklaring zoeken. ■

Chris van Weel

Waardering: ●●●

HANDIG BIJ DEMENTIE?

Dirkse R, Vermeer L. Handig bij dementie. Utrecht/Antwerpen: Kosmos Uitgevers, 2013. 288 pagina's, € 22.95. ISBN 978-90-215-5503-4.

Doelgroep Familie en (thuis)zorgverleners van patiënten met dementie.

Inhoud De auteurs stellen dat de hersenen beschadiging compenseren met een toename van gevoel en door emotionele gebeurtenissen beter te onthouden. Dit principe wordt in het eerste hoofdstuk uitgewerkt zonder bronvermelding. Over de diagnostiek geven ze informatie die meer nuancering behoeft, bijvoorbeeld dat alleen een specialist dementie zou kunnen diagnosticeren en dat een 'goede' diagnose het be- loop kan voorspellen. In hoofdstuk 2 wordt de betekenis van een veranderd gevoelsleven besproken, met adviezen over het omgaan met rouw, risico's (zoals verdwalen), en gedrag (zoals apathie, angst en boosheid). De auteurs zijn voorbarig bij het onderwerp depressie: 'denk niet dat 't vanzelf overgaat' en 'laat u verwijzen naar een psycholoog'. Het derde hoofdstuk bestaat uit praktijkverhalen die aantonen dat vaak in de thuissituatie een oplossing gevonden kan worden voor dementiegerelateerde problemen. Hoofdstukken 4 en 5 behan-

delen het gebruik van woningaanpassingen en hulpmiddelen bij problemen met geheugen, oriëntatie, veiligheid, gedrag, beweging (svrijheid) en communicatie. Het laatste hoofdstuk geeft antwoord op de meest gestelde vragen in Alzheimercafés. Beide auteurs hebben ervaring als spreker. Ze wekken valse hoop door te melden dat een 'remmend medicijn' bij Alzheimer een optie kan zijn. Intermezzo's zijn boeiende gastartikelen over mantelzorg, muziek, voeding, bewegen en de invloed van licht op dementiepatiënten. De gastauteurs zijn partner, therapeut, onderzoeker of anderszins betrokken bij dementiezorg, en vertellen vanuit hun eigen perspectief. **Oordeel** Het boek is makkelijk leesbaar en heeft een interessant centraal thema: het veranderde gevoelsleven van mensen met dementie. De andere thema's hebben veel overlap met de eerdere boeken uit de reeks *Moderne dementiezorg*. De effectiviteit van de interventies wordt niet besproken, waardoor de bruikbaarheid voor de huisarts discutabel is. Daarentegen zijn veel adviezen makkelijk toe te passen door familie en verzorgers, en kunnen deze als inspiratie bij alledaagse problemen bij dementie gebruikt worden. ■

Marleen Luning-Koster

Waardering: ●●●



E-health-interventie in de eerste lijn

Terecht stellen Drost et al. dat e-health-interventies een integraal onderdeel moeten vormen van de behandeling in de eerste lijn.¹ Hun constatering dat deze programma's niet bestaan is echter onjuist.

De laatste jaren wordt in Nederland en in het buitenland ervaring opgedaan met e-health in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit betreft zowel programma's voor mentale zorg en chronische somatische aandoeningen, zoals diabetes,² als ook programma's die zijn gericht op gezond leven.³ Een recente publicatie maakt inzichtelijk wat de succesfactoren zijn voor een integrale e-health-aanpak.⁴

Eerstelijns Zorggroep PoZoB, de Universiteit Twente en zorginnovatiebedrijf Medicinfo doen sinds 2012 onderzoek naar de werking van Mijn GezondheidsPlatform. Dit is een integraal online programma, gericht op het ondersteunen van zelfzorg voor patiënten met een chronische aandoening

in samenwerking met hun huisarts en praktijkondersteuner. Het platform bevat een persoonlijk gezondheidsdossier en een zorgplan, en is gekoppeld aan het Keten Informatie Systeem (KIS). Via het platform worden – onder meer – online coaches aangeboden, waarin praktijkondersteuner of huisarts patiënten kunnen begeleiden om gezonder te eten, meer te bewegen of te stoppen met roken. Begin 2014 wordt het platform ook ingezet voor ggz-patiënten, inclusief een internetprogramma voor de behandeling van depressies, onder begeleiding van de POH-ggz.

De resultaten van het eerste jaar van dit (promotie)onderzoek werden onlangs gepresenteerd⁵ en zullen uiteraard ook in wetenschappelijke publicaties worden vastgelegd. Uit interviews en gebruikerstests, uitgevoerd in het kader van dit en eerder onderzoek, blijkt dat patiënten en zorgverleners de meerwaarde van het vaststellen van doelen en het inzichtelijk maken van voortgang door middel van feedback en grafische weergave waarderen. Het platform kan een belangrijke rol spelen bij de consultvoorbereiding. Vervolgon-

derzoek is gericht op de vraag hoe de inzet van een dergelijke platform leidt tot betere uitkomsten op het gebied van gezondheid, kwaliteit van leven en beheersing van zorgkosten. ■

Jolanda Menting, projectmanager, J-P Kleijne, huisarts, Marjoleine Albarda, praktijkondersteuner, Lisette van Gemert, PoZoB en universitaire hoofddocent, Saskia Akkersdijk, onderzoeker Universiteit Twente, Bart Brandenburg, arts, Medicinfo.

- 1 Drost H, Sprij B, Kool L, Hoevenaars A. E-health-interventie in de eerste lijn, Huisarts Wet 2013;56:666.
- 2 Nijland N, Van Gemert-Pijnen JE, Kelders SM, Brandenburg BJ, Seydel ER. Factors influencing the use of a Web-based application for supporting the self-care of patients with type 2 diabetes: a longitudinal study. J Med Internet Res 2011;13:e71.
- 3 Ter Horst L. Evaluation of the implementation of an online Quit Smoking Coach in primary care [Master thesis, 2011]. http://essay.utwente.nl/63164/1/Ter_Horst,_L.E._Master_thesis_Quit_Smoking_Coach_110305def.pdf.
- 4 Van Gemert-Pijnen JE, Peters O, Ossebaard HC. Improving eHealth. Den Haag: Boom Lemma, 2013.
- 5 Van Gemert-Pijnen JE, Brandenburg BJ. E-portal for self-management; critical factors for implementation [abstract, 2013]. <http://www.medicine20congress.com/ocs/index.php/med/med2013/paper/view/1712>.

Klinische lessen voor H&W gevraagd

Klinische lessen in H&W zijn een door lezers hooggevalueerde rubriek. Aan de hand van één of twee patiëntencasussen wordt aandacht gevraagd voor een opmerkelijk diagnostisch traject, klinisch beloop of een medisch basisprincipe. Deze rubriek biedt de schrijver de mogelijkheid een ervaring te delen en de lezers de mogelijkheid te leren van wat een collegahuisarts heeft meegemaakt. Omdat de rubriek zo nauw aansluit bij de dagelijkse

praktijk willen wij u aanmoedigen uw praktijkervaring door middel van een klinische les met de lezers van H&W te delen.

Als u een casus voor ogen heeft, bedenk dan eerst waar deze het best past: in de rubriek klinische les of casuïstiek. Een klinische les draait, anders dan de rubriek casuïstiek, niet om een pure beschrijving van een ziektebeeld maar om de lering die collegahuisartsen kunnen trekken uit de gepresenteerde casus. De patiëntencasus beschrijft stapsgewijs, vanaf de eerste presentatie door de patiënt, de

gedachten van de huisarts gedurende het diagnostisch proces. De beschreven casussen dienen ter illustratie van een boodschap, die u elders in het artikel met feiten verantwoordt.

Overweegt u een klinische les te schrijven? Kijk dan op onze website voor de auteursinstructies (<http://www.henw.org/voorauteurs>). Bij vragen kunt u contact opnemen met hoofdredacteur Just Eekhof (j.eekhof@nhg.org of 030-2823500). ■

Just Eekhof

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist / 2. Juist

Vaders met een X-gebonden recessieve aandoening, waarbij de vader het afwijkend gen draagt, geven dit afwijkende X-gen door aan alle dochters, die dan heterozygoot draagster zijn, en niet aan hun zonen.

Van den Brande JL, Derksen-Lubsen G, Heymans HSA, Kollée LAA, redactie. Leerboek kindergeneeskunde. Utrecht: De Tijdstroom, 2009.

Schrander-Stumpel CTRM, Curfs LMC, Van Ree JW, redactie. Klinische genetica. Praktische Huisartsgeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

3. Juist / 4. Juist / 5. Onjuist

Bij hypermetropie of verziendheid is de oogas te kort in verhouding tot de refractieve sterkte van het oog door een korte achterste oogkamer of te zwak brekende media. Bij kinderen tot 6 jaar met een verminderde visus aan één of beide ogen is er grote kans op (ernstige) hypermetropie al dan niet in combinatie met strabisme en/of amblyopie. Strabisme of amblyopie bij ouders, broertjes of zusjes maakt dit waarschijnlijker. Bij het ontstaan van hooggradige refractieafwijkingen, strabisme en amblyopie spelen erfelijke factoren een voorname rol. De erfelijkheid van lichte myopie of hypermetropie is veel minder duidelijk. Kinderen tot 6 jaar met visusvermindering worden verwezen naar de oogarts of orthoptist.

Cleveringa JP, Oltheten JMT, Blom GH, Baggen MEJM, Wiersma Tj. NHG-Standaard Refractieafwijkingen. www.nhg.org.

6. Juist / 7. Juist / 8. Onjuist

Een behandelend arts mag informatie verstrekken aan een medisch adviseur van een verzekeringsmaatschappij, mits er gerichte, schriftelijke toestemming van de patiënt aanwezig is en het gaat om het verstrekken van informatie die feitelijk van aard is. Een oordeel of prognose hoort niet van de behandelend arts te worden gevraagd. De behandelend arts hoort die ook niet te geven. <http://knmg.artsennet.nl/vademecum/IL03> Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens: hoofdstuk 4.1.

9. Juist / 10. Juist

De etiologie van het ontstaan van overgewicht is complex. Psychosociale, culturele, genetische maar vooral ook omgevingsfactoren zijn van invloed. Borstvoeding lijkt te beschermen tegen het optreden van overgewicht op latere leeftijd. Daarnaast is aan te bevelen om in de opvoeding speciale aandacht te hebben voor meer buiten spelen en bewegen, regelmatig en goed ontbijten, minder consumeren van gezoete drank en minder tv-kijken en computeren. Door interventies in te zetten bij jonge leeftijdsgroepen kan worden voorkomen dat ongezonde leef- en opvoedingsstijlen ontstaan.

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen bij kinderen. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg, 2009.

Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Beltman M, et al. Overgewicht en obesitas bij jonge kinderen (0-4 jaar): gedrag en opvattingen van ouders. Ned Tijdschr Geneeskd 2008;152:324-30.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Lidewij Broekhuizen, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherp-tong-Engbers, Annet Sollicie, Wilma Spinnewijn, Hans van der Wouden

De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijkenkampen/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
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@bsl.nl
Peter de Jong (030) 638 38 88, p.dejong@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementenprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
Abonnementenprijs (print + online toegang): € 209,-
Abonnementenprijs (enkel online toegang): € 125,40
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



Zie de Belgen...

Als je vraagt hoe belangrijk mensen het vinden dat hun zorgverleners goed op de hoogte zijn van hun huidige medicatieoverzicht, dan zullen velen van hen dat als zeer belangrijk aanmerken. Je wilt dat deze basisgegevens direct beschikbaar zijn als je wordt verwezen naar een specialist of onverhoopt spoedeisende zorg of hulp op straat nodig hebt.

Toch hebben we dat in Nederland niet goed voor elkaar, terwijl dat in landen om ons heen – zoals België, Denemarken, Estland en Ierland – veel beter is geregeld. Pogingen tot gegevensuitwisseling via een landelijk schakelpunt blijven in Nederland steken in gesteggel over privacy en het ter beschikking stellen van data. Zo wordt gegevensuitwisseling inzet tot politiek debat, gebaseerd op de angst dat straks ons hele dossier op straat ligt. Ondertussen ontstaan er andere systemen die digitale varianten zijn op het medicatieoverzicht dat een verstandige patiënt op een briefje in zijn zak heeft.

Je kunt problemen aanpakken of er net zo lang over praten tot je in de problemen zit. Ik pleit voor het terugbrengen van de problematiek tot de kern: een overzicht van de actuele medicatiegegevens uitgewisseld tussen patiënt, huisarts en apotheker. Daarbij komt de sleutel tot de toegang voor anderen bij de patiënt te liggen, die gemakkelijk per zorgverlener en ter plekke toestemming kan geven. Deze zorgverlener heeft dit overzicht dan direct voor zijn neus en kan noodzakelijke wijzigingen aanbrenge.

Kom op, Nederland: zet door!

Rob Dijkstra

Nieuw! Boek *Protocollaire GGZ*

De succesvolle reeks boeken rond protocollaire zorgverlening krijgt een nieuwe loot aan de stam. Nu de huisartsenvoorziening een belangrijker rol krijgt in de begeleiding van psychische problematiek en het aantal poh's-ggz gestaag stijgt, is het nuttig om deze zorg vast te leggen in handzame protocollen. Deze bieden de poh-ggz ondersteuning bij de behandeling en begeleiding van patiënten met psychische klachten, depressie, angst en slapeloosheid. Ook is over deze vier onderwerpen achtergrondinformatie opgenomen.

De huisarts blijft eindverantwoordelijk voor de werkzaamheden van de poh-ggz. Daarom zijn duidelijke afspraken nodig over taakverdeling, wijze van overleg en de inhoud van de zorg. Ook hierover is informatie te vinden in dit boek, dat dan ook in geen enkele huisartsenpraktijk mag ontbreken! U kunt het boek vanaf medio maart bestellen in de webwinkel op www.nhg.org. De kosten bedragen € 35,- voor niet-leden en € 24,50 voor NHG-leden en poh's-ggz in dienst van een huisarts die NHG-lid is.

AbcdeSIM voor huisartsen



De abcdeSIM is een e-learning en 'serious game' in één, waarmee u levensrecht en spelenderwijs het ABCDE kunt leren. Eerst optimaliseert u uw kennis over het ABCDE, waarna u deze kennis via een digitaal spel in praktijk kunt brengen. Ervaar hoe levensecht u uw spoedeisende hulpverlening kunt oefenen!

In de abcdeSIM zijn vijf verschillende scenariotrainingen opgenomen die geheel zijn afgestemd op de werksituatie van de huisarts. Het spel bevat ook een tutorial.

Als u de scenario's met goed gevolg afsluit, zijn hieraan 6 accreditatiepunten verbonden. U kunt de abcdeSIM bestellen via de webwinkel op www.nhg.org. De e-learning is dan gedurende één jaar

voor u toegankelijk. De kosten bedragen € 122,50 voor NHG-leden en € 175,- voor niet-leden. Meer informatie vindt u op www.nhg.org/spoed.



CASPIR-cursussen nu ook online

Deze praktische duocursussen over spirometrie in de eerste lijn worden in de regio aangeboden voor huisartsen, praktijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners en praktijkassistentes. Een kaderhuisarts astma/COPD of CAHAG-huisarts verzorgt samen met een longarts en een longfunctielaborant het programma. Ingevolge de herregistratie-eisen moet u module 6 tweemaal

binnen drie jaar volgen. Dat kan nu ook online; gewoon thuis op uw eigen computer of tablet, op een tijdstip dat u het beste schikt. Elke maand wordt een nieuwe casus klaargezet op de NHG-website. Per jaar moet u twaalf casussen doorlopen, waarvoor u drie accreditatiepunten ontvangt. Wilt u meer weten? Kijk dan op www.cahag.nl.

De ontwikkelingen in de ggz en de rol van de huisarts

Nu vanuit de overheid de organisatie van de ggz zodanig is veranderd dat de huisarts een prominentere rol heeft gekregen, besloot de NHG-Verenigingsraad de ggz te kiezen als thema voor haar jaarlijkse beleidsdag. Hieronder vindt u een korte samenvatting van de discussies.

De centrale vraag

De Verenigingsraad stelde tijdens deze beleidsdag de volgende vraag centraal: Is de huisarts voldoende toegerust om in de toekomst een goede geestelijke gezondheidszorg te kunnen blijven leveren? Hierover werd gediscussieerd aan de hand van enkele deelvragen: Welke ontwikkelingen staan ons te wachten? Wat betekenen deze ontwikkelingen voor de huisartsenzorg? Zijn er wellicht nog andere ondersteunende producten en/of diensten noodzakelijk? De aanzet tot beantwoording van deze vragen werd gegeven in vier presentaties.

De presentaties

De eerste vraag werd besproken in de inleiding. Vanwege ziekte van Nicole Schell, senior-beleidsmedewerker VWS, nam Marlene de Regt van Ineen deze presentatie voor haar rekening. De drie verschillende echelons – de huisartsenzorg, de basis generalistische ggz en de gespecialiseerde ggz – zijn de basis van de veranderingen in de ggz met de bijkomende verschuivingen in de patiëntenzorg.

De volgende spreker, Jelly Hogendorp, senior beleidsmedewerker LHV, startte haar presentatie met een vraag aan de leden van de Verenigingsraad: 'Waar loopt u als huisarts op dit moment tegenaan?' De aanwezigen beschouwden vooral de verwijzing vanuit de huisartsenzorg naar de basis generalistische ggz en de gespecialiseerde ggz als een probleem. De onduidelijkheden bij het invullen van verwijzingsformulieren spelen daarbij een grote rol. Hogendorp benadrukte dat 2014 een overgangsjaar is met veel administratieve lasten en dat het van belang is om toch in samenwerking met elkaar te proberen de administratie beter op gang te brengen. Marlene de Regt vroeg zich af of de huisartsenvoorziening, die zich vooral richt op de somatische zorg, wel is toegerust om de ggz te kunnen verlenen. Dit vereist aanpassingen.

In de laatste presentatie zette Marian Oud, kaderhuisarts, voorzitter PsyHAG en coördinator van de kaderopleiding GGZ, de uitgangspunten uit het NHG-Standpunt GGZ in de huisartsenzorg (2008) af tegen de huidige ontwikkelingen.

Stof tot discussie

De inleidingen gaven voldoende stof tot discussie. De Verenigingsraad besprak drie onderwerpen die van belang zijn in de herindeling: de poh-ggz, regionale huisartsenorganisaties en taakafbakening. In de discussie werd gesteld dat de beroepsgroep zou moeten meedenken over de scholing van de poh-ggz en dat er ook scholing moet komen over de NHG-Standaarden. Samenwerken met regionale partners wordt soms als lastig ervaren, omdat elke samenwerkingspartner weer eigen criteria hanteert. Ook is verwijzing van de patiënten naar de andere echelons niet altijd gemakkelijk in de nieuwe ggz-structuur. De Verenigingsraad vindt het overigens wel belangrijk dat de huisarts een prominente rol speelt in de zorg voor zijn eigen patiënten met psychische problematiek.

Conclusies

Aan het eind van de middag kunnen verschillende conclusies worden getrokken. De Verenigingsraad hecht belang aan de taakafbakening van de huisartsenzorg en de ontwikkeling van een soort screeningsinstrument, maar ook moet worden gekeken wat de toegevoegde waarde is voor de huisarts. De Verenigingsraad pleit voor een gezamenlijk aanbod door huisarts en poh-ggz. De betrokkenheid van het NHG bij e-health zal duidelijker moeten worden. En er moeten goede samenwerkingsafspraken worden gemaakt tussen de huisartsenzorg en de zorgverleners in de basis generalistische ggz en de gespecialiseerde ggz.

Ggz: NHG-speerpunt

Het NHG benoemde de ggz tot beleidsspeerpunt in 2014 en zal dit jaar verschillende producten ontwikkelen om de huisartsenzorg zo goed mogelijk te ondersteunen. Dit in de vorm van richtlijnen en scholing, maar ook van standpuntbepaling. De uitkomsten van deze beleidsmiddag van de Verenigingsraad vormen een welkome input voor dit traject.



NHG-AGENDA 2014 data



- Huisartsbeurs 22 maart
- Derde Nederlands Triage Congres 10 april
- NHG-Voorjaarscongres *Hart in Beweging* 22 mei
- Algemene Ledenvergadering 26 juni
- NHG-Wetenschapsdag 13 juni
- NHG-Congres *Dokteren doe je niet alleen* 21 november

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

Debby Keuken, beleidsmedewerker NHG

ThemawEEK Acute zorg van 7 t/m 13 april 2014:

‘Je hoeft een fout niet zelf te maken om ervan te kunnen leren’

Teneinde de patiëntveiligheid te bevorderen is het belangrijk (bijna-)incidenten te melden. Om hiervoor aandacht te vragen vindt van 7 t/m 13 april de landelijke VIM-ThemawEEK Acute zorg plaats. Zowel professionals in de huisartsen- en ambulancezorg én hun patiënten worden hierbij betrokken. Het NHG steunt de themawEEK.

Niet zo bedoeld...

Een themawEEK is een ideaal moment om als professional in de praktijk stil te staan bij de patiëntveiligheid. Een incident – ofwel de situatie waarin de zorgverlening niet is verlopen zoals bedoeld – komt vast ook wel eens voor in uw praktijk. Door incidenten landelijk met elkaar te delen kun je van elkaar leren.

Incidenten kunt u altijd anoniem melden bij het Portaal voor Patiëntveiligheid/CMR, hét landelijke meldpunt voor incidenten in de zorg. Het Portaal organiseert de ThemawEEK Acute zorg met medewerking van het NHG en InEen (de combinatie van de voormalige VHN, LVG en LOK). Het VWS heeft het project gesubsidieerd.

Tijdens deze themawEEK kunt u alle incidenten en bijna-incidenten, klein of groot, anoniem melden.

Met medewerking van het NHG is in 2012 een beroepsspecifiek meldingsformulier ontwikkeld voor huisartsen teneinde optimaal bij de praktijksituatie te kunnen aansluiten. Dit formulier komt deels overeen met dat van andere beroepsgroepen in de eerste lijn, zodat incidenten ook transmuraal kunnen worden geanalyseerd.

Privacy gewaarborgd

Het zorgvuldig omgaan met incidentmeldingen is cruciaal. De privacy moet zijn gewaarborgd, zowel voor de patiënt als voor de meldende praktijk of zorgverlener. Daarom hanteert het Portaal voor Patiëntveiligheid/CMR de volgende ‘gedragsregels’:

- In het formulier wordt niet naar gegevens gevraagd die herleidbaar zijn tot een individuele zorgverlener of patiënt.
- De zorgaanbieder van wie de melding afkomstig is wordt gecodeerd vastgelegd; er worden dus geen namen en adresgegevens van zorginstellingen in de database opgenomen.
- De gegevens in de databank worden vertrouwelijk behandeld; inzage door derden is niet mogelijk.
- Gegevens uit de databank worden alleen op geaggregeerd niveau gebruikt in publicaties of informatieverstrekking aan derden.
- De melding blijft eigendom van de melder.
- Er zijn technische beveiligingsmaatregelen toegepast conform de hiervoor geldende normen.

Herhaling voorkomen

Medewerkers van het Portaal voor Patiëntveiligheid/CMR zijn afkomstig uit de diverse beroepsgroepen die incidenten melden. Een multidisciplinaire adviesgroep zorgt voor inhoudelijke ondersteuning en heeft als belangrijkste taak alarmerende incidenten of meldingen met een grote educatieve waarde te beoordelen en te voorzien van aanbevelingen om herhaling te voorkomen. Interessante casuïstiek wordt via alertmeldingen, nieuwsbrieven en de website verspreid.

Uw incident melden

U kunt op www.vim-digitaal.nl een account aanmaken en na inloggen uw incident(en) anoniem melden in een beveiligde omgeving. Tijdens de ThemawEEK is het ook mogelijk om zonder in te loggen een incident te melden; instructies hiertoe vindt u op de website. Ook na de ThemawEEK blijft het mogelijk om zonder in te loggen incidenten te beschrijven – deze meldingen worden dan niet geanalyseerd en beheerd; ze zijn uitsluitend voor eigen gebruik van de melder om aan de hand van de gestelde vragen inzicht te verkrijgen in het zorgincident.

Ingezonden brief over het interview met Leonore Nicolai

Op de achterpagina van het januarinumnummer van H&W plaatste het NHG-nieuws een interview met Leonore Nicolai. Zij is voorzitter van de onlangs opgerichte Landelijke Vereniging POH-GGZ en vertelde over de plannen voor de toekomst van de vereniging.

Eddy Reynders, kaderhuisarts Beleid & Beheer, Ron Glotzbach, kaderhuisarts GGZ, en Sylvia van Manen, kaderhuisarts GGZ, reageerden onlangs op dit interview via een ‘ingezonden brief’.

De redactie van het NHG-nieuws is blij met dergelijke reacties van de leden, maar helaas ontbreekt de fysieke ruimte om de brief integraal te kunnen plaatsen. Ook is het wellicht goed als de Landelijke Vereniging POH-GGZ zelf inhoudelijk ingaat op de argumenten van de drie huisartsen. Daarom is besloten de brief door te sturen naar de vereniging met het verzoek daar zelf op te reageren.

Interview met Rob Ong:

‘Collega’s geven niet altijd spontaan feedback’



De Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten heeft het NHG opdracht gegeven om samen met IQ Healthcare een instrument te ontwikkelen voor de ‘individuele visitatie’ van huisartsen. Rob Ong, wetenschappelijk medewerker van de NHG-sectie Ontwikkeling Kwaliteit en Evaluatie, vertelt in een interview wat dit instrument inhoudt en wat de visitatie voor de huisarts zal gaan betekenen.

Waarom wilde de RGS dat dit instrument werd ontwikkeld?

‘Dit kwam voort uit het gegeven dat voor alle artsen, dus ook voor huisartsen, een continue bijscholing

deel uitmaakt van de herregistratie-eisen. Daarbij is niet alleen de kwaliteit van het medisch-inhoudelijk handelen van belang, maar ook de manier waarop de individuele huisarts functioneert. Tijdens de opleiding is het heel normaal dat dit aspect wordt meegewogen, maar zodra een huisarts gaat praktiseren gebeurt dat plotseling niet meer. Het is de bedoeling dat het nu te ontwikkelen instrument het inzicht in het eigen functioneren ook na de opleiding in beeld brengt en houdt. Dit is bij veel medische specialismen al ingevoerd, maar nog niet bij de huisartsgeneeskunde.’

Het NHG staat dus achter ontwikkeling van dit instrument?

‘Ja, en ook de LHV. Ook wij denken dat het goed is dat elke arts inzicht heeft in de manier waarop hij of zij functioneert en dat komt in de praktijk nu eenmaal niet automatisch naar boven. Collega’s geven niet altijd spontaan feedback, net zomin als bijvoorbeeld een praktijkassistente, verpleegkundige of eerstelijnspsycholoog met wie je samenwerkt, laat staan de patiënten. Het is dan ook nuttig een instrument te ontwikkelen dat ervoor zorgt dat het persoonlijk functioneren toch in beeld wordt gebracht en het NHG is daarmee dus aan de slag gegaan.’

Hoe gaat dat instrument eruitzien?

‘Met behulp van een methode waarbij wordt gebruikgemaakt van instrumenten uit het IFH - ofwel *Individueel Functioneren Huisartsen* - verzamelt de huisarts op systematische wijze feedback van collega’s en patiënten. Het gaat hierbij om feedback over thema’s die zijn vastgesteld in het competentieprofiel van de huisarts: aspecten rond communicatie, medisch-inhoudelijk handelen, samenwerking et cetera. De vraag aan collega’s luidt dan dus: “Hoe vind jij dat ik het doe op dit of dat aspect?” Het is de bedoeling dat huisartsen ongeveer tien collega’s benaderen met het verzoek om feedback te leveren. Collega’s moet je hier zien in de breedste zin van het woord, dus niet alleen huisartsen maar iedereen met wie je veel samenwerkt: praktijkassistentes, praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, psychologen enzovoort. Daarnaast is het de bedoeling om een aantal patiënten met behulp van vragenlijsten te raadplegen over wat zij vinden van jouw medisch handelen, zorg en communicatie. En tot slot wordt de huisarts gevraagd ook zelf een inschatting te maken van het eigen functioneren.’

Wat wordt met de verkregen informatie gedaan?

‘Het traject eindigt met een evaluatiegesprek samen met een door het NHG goedgekeurde gespreksleider. Het gaat hierbij niet om “goed of fout”, maar wel om inzicht in de eigen sterke en minder sterke kanten. De huisarts kan hiermee aan de kwaliteit van zijn eigen functioneren werken, bijvoorbeeld door gerichte nascholing te kiezen. Daarom zal de individuele visitatie elke vijf jaar her-

haald worden, als onderdeel van de herregistratie.’

Kun je iets vertellen over de resultaten uit de pilots?

‘Zowel IQ Healthcare als het NHG hebben een pilot gehouden en de meeste deelnemende huisartsen vonden het zinvol om de visitatie te doen. Het gehele traject kostte de huisartsen in de pilot ongeveer vier uur tijd. Meer dan een derde gaf aan dat het hun nieuwe informatie over hun functioneren had opgeleverd. Dat geeft dus wel aan dat het een nuttige actie kan zijn met een belangrijke opbrengst.’

Wat kan de huisarts binnenkort verwachten?

‘Over enkele maanden is er een *factsheet* beschikbaar waarop een compleet overzicht wordt gegeven van de inhoud van de visitatie. Het is de bedoeling dat het zo efficiënt mogelijk wordt gemaakt voor de huisarts om deel te nemen. Het NHG zorgt dat er een pool van goedgekeurde gespreksleiders komt, waarop mensen uit het hele land – zoals supervisors of huisartsen betrokken bij de opleiding met ervaring in gespreksleiding – gemakkelijk kunnen aanhaken. Voor NHG-leden zal het verwerken van de verzamelde gegevens vermoedelijk kosteloos zijn, maar dat geldt niet voor de inzet van de gespreksleider. Pas met ingang van 2016 wordt visitatie een onderdeel van de herregistratie. Voor huisartsen die ruim op tijd willen deelnemen komt het instrument in de tweede helft van dit jaar al ter beschikking. Wie wil kan er dan dus mee aan de slag!’ (AS)

Redactie NHG-nieuws
Joost Blijham, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Colofon

Contact
Ans Stalenhoef
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: a.stalenhoef@nhg.org

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

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