

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

MRI zorgt voor minder verwijzingen naar de orthopeed

BESCHOUWING

Vroegdetectie en tijdige behandeling hartfalen zinvol

NHG-STANDAARD

Infectiepreventie in huisartsen- en verloskundigenpraktijk

- ONDERZOEK** Ondersteuning bij de zorg voor laaggeletterde patiënten
Anne van Ee, Maria van den Muijsenbergh
- MRI zorgt voor minder verwijzingen naar de orthopeed
Hans Berg, Matthijs Vermeulen, Paul Algra, et al.
- COMMENTAAR** MRI-diagnostiek van de knie: toegevoegde waarde?
Bèr Pleumeekers
- BESCHOUWING** Vroegdetectie en tijdige behandeling van hartfalen zijn zinvol
Evelien van Riet, Frans Rutten

NHG

Praktijkorganisatie-richtlijn Infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk
NHG-Standaard Bacteriële huidinfectie

- (VER)STAND VAN ZAKEN** Ketenzorg voor cardiovasculair risicomanagement
Suzanne Machal
- KLINISCHE LES** Herkennen van autisme bij ouderen
Arjan Videler, Stefanie Wijffels, Karin Delescen
- Dronkenmansgang bij tweejarige jongen
Koen van Helmond, Roderick Venekamp, Jeroen Smeets
- IMPORT** **Effecten 'belonen voor kwaliteit' zeer gering**
Sjoerd Hobma
- SPREEKUUR** Aanhoudende opvliegers
Linda van Avendonk, Toine Lagro-Janssen
- CASUÏSTIEK** Echografie ontmaskert ontkende zwangerschap
Saskia Gerritsen, Jos Dirven
- Nachtmerries en hallucinaties bij metoprolol
Pim Keurlings, Frans Horne, Erwin Zegers
- CATS** **Amoxicilline bij kaakontsteking**
Lian Molenaar, Antonette Smelt
- Maagzuurremmers bij zuigelingen
Nori Elshof, Hans van der Wouden
- PEARLS** **Acupunctuur voor preventieve behandeling migraine**
Frans Dekker

Een MRI'tje graag?!



“Dokter, ik heb nu al maanden last van mijn knie en ik wil nú een MRI. Dan weet ik tenminste wat er aan de hand is!” MRI- en CT-diagnostiek zijn meer en meer beschikbaar. In mijn regio kunnen huisartsen een MRI aanvragen van hoofd, nek, lage rug, knie, enkel en pols. Diagnostische centra fungeren als breekijzers bij de introductie en rollen hun rode lopers uit, de ziekenhuizen volgen. In heel veel specialistenbrieven staat een MRI-uitslag, bijna achteloos, tussen alle overige onderzoeken. Ben ik dan als huisarts een achterblijver, een diagnostische nihilist? Zijn mijn patiënten terecht ontevreden als ik gewoon de richtlijnen uit de standaard volg?

Berg en Pleumeekers kruisen in dit nummer de degenen over de toegevoegde waarde van een MRI bij knieklachten. Een discussie die nog even zal voortduren, gezien de vele onzekerheden die er op dit moment zijn. Er is te weinig gedegen onderzoek dat de meerwaarde van MRI-inzet door de huisarts voldoende aantoont. De NHG-Standaarden zijn dan ook terughoudend in het adviseren van een MRI en adviseren in het algemeen een verwijzing. De resultaten van een groot gerandomiseerd onderzoek naar de meerwaarde van een MRI-knie aangevraagd door de huisarts (Tackle trial) zijn pas eind 2017 beschikbaar. Het is goed van het NHG om samen met de Nederlandse radiologen richtlijnen op te gaan stellen over aanvullende radiologische diagnostiek in de eerste lijn.

Overigens, na het maken van een MRI zijn mijn dilemma's meestal niet minder geworden. Een MRI geeft veel informatie, maar wat betekenen al die afwijkingen of varianten van het normale eigenlijk? Heeft die bulging disc nu wel of geen relatie met de rugklachten? Is de gevonden hernia of spinale stenose niet eigenlijk een toevalsbevinding? En heeft het wel zin om bij die 50-jarige sportieve meneer die fraai aanliggende meniscusscheur te opereren? Uiteindelijk overleg ik dus toch maar met een neuroloog of orthopeed over de interpretatie van de uitslag.

Het consult duurt langer dan verwacht. Ik bespreek de verwachtingen en wat bij bepaalde bevindingen van de MRI de consequenties en voor- en nadelen van vervolgstappen zijn. En de afloop? Soms verwijzen, soms een MRI, soms het natuurlijke beloop afwachten. Zorg op maat dus, met onzekerheden die nog even aanblijven. Typisch huisartsgeneeskunde!

Ivo Smeele

Degeneratieve afwijkingen rotatorcuff

Conservatieve therapie is de meest aangewezen behandeling van patiënten met degeneratieve afwijkingen van de rotatorcuff. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten vanaf 65 jaar, vanwege een hogere recidiefkans.

Tot nu toe was het onduidelijk of chirurgische dan wel conservatieve behandeling de voorkeur heeft bij patiënten met een letsel van de supra- of infraspinatus pees. Lambers-Heerspink vergeleek chirurgische behandeling met een conservatieve behandeling die bestond uit fysiotherapie, injecties en zo nodig pijnstilling. Er werden in totaal 56 patiënten gerandomiseerd met allen een volledige, degeneratieve scheur van de

rotatorcuff. Eén jaar na de behandeling was de functionaliteit van de aangedane schouder in beide groepen gelijk. Slechts bij 26% van de chirurgische patiënten was de ingreep succesvol en trad er geen nieuwe ruptuur op. Wel hadden patiënten die een chirurgische behandeling hadden ondergaan relatief minder pijn en ongemak na een jaar. Deze verschillen waren echter klinisch weinig relevant. Uit literatuuronderzoek bleek dat naarmate patiënten ouder waren, de kans groter werd op het optreden van een recidief ruptuur. Reden waarom geadviseerd wordt om patiënten ouder dan 65 jaar in principe conservatief te behandelen.

Ondanks de beperkingen van een promotieonderzoek in de tweede lijn bevat dit proefschrift ook voor huisartsen bruikbare informatie. Het is een aanvulling op de NHG-Standaard

Schouderklachten, die eveneens pleit voor een conservatief beleid. De kleine verschillen wat betreft pijn en functionaliteit tussen een conservatieve behandeling en een chirurgische interventie en de grote kans op een recidief van de scheur na operatie, zeker bij ouderen, rechtvaardigen een conservatief beleid. Dit zijn belangrijke overwegingen om patiënten een chirurgische behandeling voor een rotatorcuffletsel te ontraden, zeker als de patiënt al wat ouder is. ■

Bèr Pleumeekers

Lambers-Heerspink FO. Degenerative full thickness rotator cuff tears. Towards optimal management [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2016.

Kortere kuur bij OMA geeft slechtere uitkomst

Het verkorten van de duur van een antibioticakuur is een potentiële manier om het risico op resistentie bij kinderen met otitis media acuta (OMA) te beperken. Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat een kortere duur van de kuur resulteert in een slechtere klinische uitkomst dan de standaardduur.

520 kinderen, met de leeftijd van 6-23 maanden en de diagnose OMA, werden geïncludeerd via de kinderafdeling van verschillende ziekenhuizen. Zij werden behandeld met orale amoxicilline-clavulaanzuur met een standaardduur van tien dagen (dagelijkse dosering: 90/6,4mg/kg) óf voor de duur van vijf dagen, gevolgd door vijf dagen placebo. De ouders scoorden dagelijks de klinische toestand met de Acute Otitis Media-Severity of Symptoms (AOM-SOS) scale van 0-14, waarbij een hogere score een slechtere klinische toestand betekende. De primaire uitkomstmaat was het percentage kinderen dat een slechte kliniek had na de behandeling.



Daarnaast werd er gekeken naar de bijwerkingen en naar resistente bacteriën via nasopharyngeale kolonisatie. De ouders, onderzoeksmedewerkers en zorgverleners wisten niet welke behandeling het kind kreeg.

Een groter percentage kinderen met een slechte kliniek was te zien in de groep met de kuur van vijf dagen dan bij de kuur van tien dagen (34% vs. 16%). De onderzoekers vonden geen verschil tussen de groepen in het aantal recidieven, bijwerkingen of nasopharyngeale

kolonisatie met resistente bacteriën.

Volgens de onderzoekers is het onderzoek echter niet generaliseerbaar naar kinderen ouder dan 23 maanden. Voor kleine kinderen geldt het advies van de NHG-Standaard Otitis media acuta bij kinderen: maak de amoxicillinekuur van zeven dagen helemaal af! ■

Adinda Mailuhu

Hoberman A, et al. Shortened antimicrobial treatment for acute otitis media in young children. N Engl J Med 2016;375:2446-56.

Capsaïcine, een oude bekende

Voor de behandeling van neuropathische pijn geven smeersels met een hoge dosis capsaïcine een goede vermindering van de pijn. Helaas is het gunstige effect maar bij een deel van de patiënten aanwezig. Toch lijkt het de moeite waard het te proberen bij patiënten met hardnekkige neuropathische pijn.

In een recent gepubliceerde Cochrane-review worden acht onderzoeken beschreven waarbij in totaal bijna 2500 patiënten betrokken waren. Het zijn allemaal RCT's van matige kwaliteit. De meeste hadden betrekking op patiënten met postherpetische neu-

ralgie en enkele onderzoeken gingen over patiënten met hiv en diabetische neuropathie. Patiënten kregen een eenmalige behandeling met een hoge dosis capsaïcine van 8% in een pleister. 10% van de behandelde patiënten had meer dan 30% pijnreductie ten opzichte van de placebogroep (27% versus 17%). Dit komt overeen met een NNT van 8,8. Behoudens lokale klachten in de capsaïcinegroep waren er geen verschillen wat ernstige bijwerkingen betreft met de placebogroep (beide ongeveer 3%). Voor de groep patiënten die baat had bij de behandeling betekende dit eveneens een verbetering wat betreft slaap, vermoeidheidsklachten, stemming en kwaliteit van leven. Ook de NHG-Standaard Pijn uit 2016 is positief over de behandeling van neu-

ropathische pijn met behulp van een eenmalige behandeling met hoog gedoseerde capsaïcinepleisters. Behandeling met lagere concentraties zijn niet effectief gebleken. De NHG-Standaard adviseert wel om deze patiënten te verwijzen naar de tweede lijn, zonder overigens aan te geven waarom de huisarts die behandeling niet zelf kan doen. Capsaïcinepleisters lijken een uitkomst te zijn voor patiënten met neuropathische pijn die onvoldoende reageren op de gebruikelijke medicamenteuze behandeling. ■

Bèr Pleumeekers

Derry S, et al. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017;1:CD007393.

Voorkomt vitamine D luchtweginfecties?

Naast versterking van botten worden diverse andere nuttige functies aan vitamine D toegedicht. Zo speelt de vitamine een rol bij het functioneren van het immuunsysteem. Ook is er in observationeel onderzoek een relatie gevonden tussen lage spiegels en de vatbaarheid voor acute luchtweginfecties. Diverse RCT's naar de bijdrage van vitamine-D-suppletie aan de preventie daarvan laten deels wel en deels geen significante effecten zien. Een internationale onderzoeksgroep probeerde recentelijk de discussie te beslechten met een meta-analyse op basis van individuele patiëntendata.

De onderzoekers verzamelden data van 25 placebogecontroleerde RCT's met in totaal bijna 11.000 deelnemers en berekenen een gecorrigeerde oddsratio van 0,88 (95%-BI 0,81 tot 0,96) voor de kans op een acute luchtweginfectie met vitamine-D-suppletie. Het beschermende effect werd alleen gezien in de groepen die dagelijks of wekelijks vitamine D kregen en niet in de groepen die een of meer megadoses van tenminste 30.000 IU kregen. Het effect was groter in de



groepen met een initiële vitamine-D-spiegel lager dan 25 nmol/l (oddsratio 0,30; 0,17-0,53) dan in de groepen met een hogere spiegel (oddsratio 0,75; 0,60 tot 0,95). De vitaminegebruikers melden niet meer bijwerkingen. De onderzoekers concluderen een belangrijke nieuwe indicatie voor vitamine-D-suppletie gerapporteerd te hebben.

Het begeleidende editorial plaatst kritische kanttekeningen. In absolute zin daalt de kans op een luchtweginfectie maar weinig, namelijk van 42 naar 40%. Verder lijkt het effect alleen aanwezig in de subgroep van 1 tot 16 jaar en niet in de andere leeftijdsgroepen. Omdat definities van luchtweginfectie

in de RCT's uiteenliepen van zelfgerapporteerde verkoudheden tot een met röntgenfoto bevestigde longontsteking, is het bovendien onduidelijk wat er nu precies klinisch wordt voorkomen. Al met al is de klinische betekenis van deze resultaten nog verre van duidelijk. ■

Tjerk Wiersma

Martineau AR, et al. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. BMJ 2017;356:i6583. Bolland MJ, et al. Do vitamin D supplements help prevent respiratory tract infections? BMJ 2017;356:456.

Actieplannen voor COPD-exacerbaties houden patiënten uit ziekenhuis

In een actieplan staat beschreven welke stappen een patiënt moet ondernemen bij een exacerbatie om verergering te voorkomen, zoals contact opnemen met de huisarts of starten met antibiotica of prednison. COPD-patiënten met een actieplan voor exacerbaties werden minder vaak in het ziekenhuis opgenomen dan patiënten zonder een actieplan.

In een recente Cochrane-review werden zeven gerandomiseerde onderzoeken

geïnccludeerd met in totaal 1550 patiënten om het effect van een actieplan te onderzoeken. De patiënten hadden matige (drie onderzoeken) tot ernstige (vier onderzoeken) COPD en waren gemiddeld 68 jaar oud. De patiënten werden zes tot twaalf maanden gevolgd. Patiënten met een actieplan werden minder vaak opgenomen in het ziekenhuis (risk ratio 0,69; 95%-BI 0,49 tot 0,97). De aanwezigheid van een actieplan had geen significante invloed op de mortaliteit. Wel gebruikten deze patiënten, als logisch gevolg van de adviezen in het actieplan, vaker antibiotica- en prednisonkuren. Gemiddeld kwam dit neer op iets minder dan één prednisonkuur en twee antibiotica-kuren extra per jaar.

Een actieplan opstellen is een eenvoudige en goedkope behandelingsoptie die uw COPD-patiënten een deel van de verantwoordelijkheid over hun eigen behandeling teruggeeft. De huidige NHG-Standaard COPD verwijst nog naar een eerdere versie van deze review uit 2009, waarin het effect op ziekenhuisopnames nog niet werd aangetoond. Deze nieuwe bevinding is dus een belangrijke extra reden om een actieplan toe te passen. Ten slotte is elke vermijdbare ziekenhuisopname er één te veel. ■

Vincent van Vugt

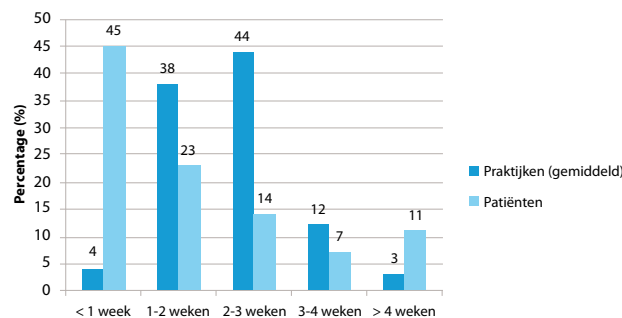
Howcroft M, et al. Action plans with brief patient education for exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;12:CD005074.

Wachttijden voor de poh-ggz

Sinds de introductie van de praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg (poh-ggz) in 2008 om binnen de huisartsenpraktijk meer psychische problematiek te kunnen behandelen, groeide het aantal poh's-ggz flink. In 2010 beschikte 20% van de praktijken over een poh-ggz, in 2015 was dit ruim 80%. Ook de wachttijden namen toe. In een LHV-enquête uit 2016 gaf bijna de helft van de huisartsen aan dat er wachttijden waren voor de poh-ggz. Uit recente NIVEL-cijfers blijkt dat 32% van de patiënten twee of meer weken moet wachten.

Met gegevens van de NIVEL Zorgregistraties uit 2015 van 333 huisartsenpraktijken werd de wachttijd ingeschat door de tijd te berekenen tussen het laatste huisartsconsult voor psychische of sociale klachten en het daaropvolgende consult bij de poh-ggz. De gepresenteerde wachttijd is waarschijnlijk een kleine overschatting van de daadwerkelijke wachttijd, omdat patiënten zelf ook afwachgend kunnen zijn met het maken van een afspraak. Bij 42% van de praktijken was dit binnen een tot twee weken bij de poh-ggz terecht (zie [figuur]). Bij

Figuur Tijd tussen huisartsconsult en poh-ggz-consult. Tweeëndertig procent van de patiënten moet twee of meer weken wachten op een consult met de poh-ggz.



ruim 80% van de praktijken zat er gemiddeld niet meer dan drie weken tussen het bezoek aan de huisarts en het bezoek aan de poh-ggz. Bij een kleine groep praktijken (15%) was de tijd tot een consult bij de poh-ggz langer dan drie of zelfs langer dan vier weken. De tijd tot het eerste poh-ggz-consult hing niet samen met stedelijkheid of soort praktijk.

Dat patiënten bij sommige huisartsenpraktijken gemiddeld langer dan drie of zelfs langer dan vier weken op een eerste poh-ggz-consult wachten, is opvallend en past niet bij het laagdrempelige karakter van de huisartsenpraktijk. De oorzaak van deze lange wachttijd is niet bekend en mogelijk te wijten aan groeiende wachtlijsten voor

behandeling in de ggz. De werklust van de poh-ggz kan toenemen door patiënten die op een wachtlijst staan voor basis of specialistische ggz, en tijdelijk binnen de huisartsenpraktijk ondersteuning krijgen. Waarschijnlijk heeft de poh-ggz daardoor onvoldoende tijd om nieuwe patiënten (snel) in behandeling te nemen. Voldoende capaciteit is van belang om wachttijden te voorkomen en zo de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te waarborgen. ■

Tessa Magnée, Derek de Beurs, Peter Verhaak

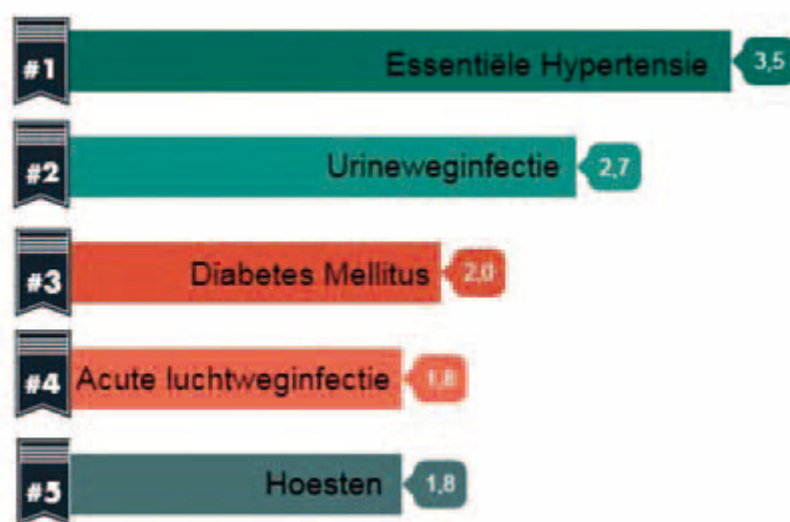
Magnée T, et al. Wachttijden bij de POH-GGZ? Een methodologische verantwoording. Utrecht: NIVEL, 2017.

Meeste Nederlanders eens per jaar naar huisarts

Ruim driekwart van de Nederlanders had in 2015 één of meerdere keren contact met de huisarts. Daarnaast slikt ongeveer 70% van de totale Nederlandse bevolking minimaal één geneesmiddel dat is voorgeschreven door de huisarts. Deze cijfers zijn de afgelopen jaren gelijk gebleven. Ook de aard van de gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk is in de afgelopen jaren gelijk gebleven. Hypertensie staat al vijf jaar op nummer 1.

Uit gegevens van de NIVEL Zorgregistraties Eerste lijn bleek dat het percentage mensen dat een huisarts bezocht of een geneesmiddel kreeg voorgeschreven in de afgelopen jaren stabiel is gebleven. De hoeveelheid verleende zorg is in 2015 wél toegenomen. Het aantal contacten met de huisartsenpraktijk is in 2015 gestegen naar gemiddeld 4,4 contacten per ingeschreven patiënt, een stijging van 5% ten opzichte van 2014. Met name het aantal lange consulten en lange visites nam toe (met respec-

Figuur Vijf meest voorkomende gezondheidsproblemen bij (telefonische) consulten en visites met de huisarts of praktijkondersteuner GGZ per 1.000 ingeschreven patiënten, in percentages.



tiel 15% en 7%). Het aantal M&I-verrichtingen nam af met 15%. Het aantal e-mailconsulten lijkt bezig te zijn met een bescheiden opmars. In 2015 waren er 21 e-mailconsulten per 1.000 patiënten. In 2014 lag dit aantal nog op 16.

Al deze verschuivingen tezamen betekenen dat de huisarts in 2015 meer tijd per patiënt kwijt is aan directe pa-

tiëntenzorg ten opzichte van 2014. Het monitoren van deze trend is belangrijk, zeker met het oog op de werkdruk van de huisartsen. ■

Sabine de Hoon

Meer informatie en achtergrond van het onderzoek is te vinden op: www.nivel.nl

Minder ziekenhuisopnames bij continue huisartsenzorg

Oudere patiënten die vaker dezelfde huisarts bezochten, werden minder vaak opgenomen in het ziekenhuis voor behandelbare aandoeningen. Het gaat daarbij om aandoeningen die over het algemeen goed behandelbaar zijn in de huisartsenpraktijk, zoals COPD, diabetesontregeling, dehydratie en urineweginfecties.

Een groot Engels onderzoek toonde aan dat hogere continuïteit van huisartsenzorg de kans op ongeplande ziekenhuisopname verkleint. De onderzoekers vervolgden tussen 2011 en

2013 meer dan 230.000 patiënten. De leeftijd van de patiënten varieerde tussen 62 en 82 jaar. Op basis van de mate waarin ze hun eigen huisarts bezochten, werden de patiënten geplaatst in een continuïteitsgroep: laag, gemiddeld of hoog.

De resultaten waren opvallend. Het gemiddelde aantal opnames per patiënt in twee jaar tijd was 0,16. Patiënten met een gemiddelde continuïteit hadden 8,96% (95%-BI; 5,63 tot 14,22) minder ziekenhuisopnames dan de patiënten met een lage continuïteit. De hoogcontinuïteitspatiënten hadden zelfs 12,49% (95%-BI 9,45 tot 19,29) minder opnames dan de laagcontinuïteitspatiënten. Dit verband was het duidelijkst zichtbaar bij patiënten die vaak hun huisarts bezochten.

De gedachte is dat door het bezoeken van dezelfde huisarts er een gevoel van vertrouwen en gedeelde verantwoordelijkheid ontstaat. Een daling van het aantal ziekenhuisopnames zorgt voor een afname van dure tweedelijnszorg. Trouw je eigen huisarts bezoeken is dus niet alleen goed voor je eigen gezondheid, het helpt ook om de zorg betaalbaar te houden. ■

Vincent van Vugt

Barker I, et al. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*. 2017;356:j84.

Parkinsonpatiënten willen duidelijkheid over rol huisarts

Voor parkinsonpatiënten is het bijzonder onduidelijk wat de rol van de huisarts is in het gehele ziekteproces. Dat patiënten het moeilijk vinden om zelf het initiatief te nemen, draagt hier mogelijk aan bij. Patiënten geven aan behoefte te hebben aan meer duidelijkheid over de rol van de huisarts.

In een kwalitatief onderzoek (dertien diepte-interviews van 45 minuten met parkinsonpatiënten), werd geanalyseerd in hoeverre de huisarts de richtlijnen van de NHG-Standaarden voor de ziekte van Parkinson volgt en of er behoefte is aan een aanpassing van deze rol.

Patiënten blijken het moeilijk te vinden om zelf het initiatief te nemen bij een bezoek aan de huisarts. Verminderd initiatief is een symptoom dat hoort bij de ziekte van Parkinson. Bij sommige patiënten bestaat het idee dat ze alleen met klachten die niet gerelateerd zijn aan de ziekte van Parkinson bij de huisarts terecht kunnen. Hierdoor plannen parkinsonpatiënten minder snel een afspraak in met de huisarts dan ze zouden willen. De behoeften verschillen wel per parkinsonpatiënt als het gaat om de rol van de huisarts. Opvallend is dat veel geïnterviewden behoefte hebben aan duidelijkheid over de rol van de huisarts. Een deel verlangt daarbij ook (meer) een actievere rol van de huisarts. De NHG-Standaard benoemt wel degelijk een rol voor de

huisarts bij de zorg voor parkinsonpatiënten. Het is belangrijk dat de huisarts rekening houdt met het aan de ziekte gerelateerde verminderde initiatief en actief bevraagt. Parkinsonpatiënten hebben namelijk behoefte aan bespreekbaarheid van hun ziekte, interesse en goede communicatie vanuit de huisarts. ■

Wim Simons

De Vries M. De rol van de huisarts vanuit patiëntenperspectief. www.parkinsonvereniging.nl.

Vier antibiotica even effectief bij neuroborreliose

Benzylpenicilline, ceftriaxon, doxycycline en cefotaxim blijken even effectief bij behandeling van neuroborreliose. De uitkomst bij een afwachtend beleid is onbekend. Verwijzing naar de tweede lijn is noodzakelijk voor behandeling.

In Nederland draagt op de vijf teken de bacterie *Borrelia burgdorferi* bij zich volgens gegevens van het RIVM. Per jaar wordt ongeveer een miljoen mensen door een teek gebeten. Hiervan krijgen twee op de honderd mensen Lyme. Neuroborreliose is een gevreesde complicatie van de ziekte van Lyme, die behandeld kan worden met verschillende antibiotica. Het is onbekend welke het beste is.

Onderzoekers vergeleken verschillende antibiotica bij de behandeling van neuroborreliose. Daarvoor gingen ze eind 2016 op zoek naar gerandomiseerde onderzoeken. Ze vonden er zeven met in totaal 450 patiënten. Vier

antibiotica werden onderzocht: benzylpenicilline, ceftriaxon, doxycycline en cefotaxim. De kwaliteit van de onderzoeken was matig. Ze vergeleken niet met placebo en slechts één onderzoek was geblindeerd. Alle onderzoeken vonden plaats in Europa.

Men vond geen verschil tussen de onderzochte antibiotica. De meeste patiënten waren na twaalf maanden volledig hersteld, ongeacht welke antibiotica gegeven waren. Het effect van antibiotica ten opzichte van geen behandeling is onbekend, omdat niet met placebo is vergeleken.

We kunnen concluderen dat de vier onderzochte antibiotica niet voor elkaar onderdoen. Het is echter onduidelijk hoe het natuurlijk herstel zou zijn bij een afwachtend beleid. Een vergelijkend onderzoek met placebo roept ethische bezwaren op. De behandeling vindt plaats in de tweede lijn. De boodschap voor de huisarts? Verwijzen bij een verdenking op neuroborreliose voor behandeling met antibiotica. Bij vragen kunt u uitleggen dat de antibiotica even effectief zijn en dat de prognose goed is. ■

Nicole Verbiest



Cadavid D, et al. Antibiotics for the neurological complications of Lyme disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;12:doi:10.1002/14651858.CD006978.pub2.

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).



Ondersteuning bij de zorg voor laaggeletterde patiënten

Samenvatting

Van Ee A, Van den Muijsenbergh METC. *Ondersteuning bij de zorg voor laaggeletterde patiënten*. Huisarts Wet 2017;60(5):208-11.

DOEL Nederland telt 11% laaggeletterden; onder migranten is dat zelfs 30%. Zij zijn in het algemeen minder gezond en hebben vaker chronische ziekten. Hoewel ze de huisarts vaker bezoeken, zijn hun gezondheidsuitkomsten slechter. Daarom is het belangrijk dat huisartsen laaggeletterde patiënten kunnen herkennen en hun communicatie aan hen kunnen aanpassen. Wij onderzochten in hoeverre huisartsen zich daarin bekwaam voelen. Ook keken we in hoeverre de bestaande hulpmiddelen en trainingen voldoen en daadwerkelijk gebruikt worden.

METHODE We nodigden een geselecteerde groep van driehonderd huisartsen, van wie de helft werkzaam is in achterstandswijken, uit om een online vragenlijst in te vullen en analyseerden de antwoorden met SPSS versie 22.

RESULTATEN We ontvingen 102 ingevulde vragenlijsten (respons 34%). Slechts een derde (35%) van de respondenten registreerde laaggeletterdheid in het elektronisch patiëntendossier; minder dan de helft (43%) was bekend met een of meer hulpmiddelen om huisartsen te ondersteunen in de communicatie met laaggeletterde patiënten. Driekwart (74%) van de respondenten ondervond weleens problemen in de communicatie en vier vijfde (80%) zou meer ondersteunend materiaal willen hebben. Van de huisartsen die al bekend waren met de hulpmiddelen had de helft (50%) nog steeds behoefte aan extra ondersteuning.

CONCLUSIE De meeste huisartsen erkennen dat laaggeletterdheid een probleem is en zijn bereid er meer geld en tijd in te investeren. De implementatiegraad van de beschikbare hulpmiddelen en trainingen is laag. Nader onderzoek is nodig om te kijken hoe bestaande hulpmiddelen beter onder de aandacht van de huisarts gebracht kunnen worden en welke aanpassingen er nodig zijn om ze toegankelijker voor gebruik te maken.

INTRODUCTIE

Laaggeletterdheid houdt in dat mensen onvoldoende kunnen lezen, schrijven en rekenen om goed te kunnen functioneren in de maatschappij. Laaggeletterdheid komt vaker voor dan men denkt. Van de Nederlandse bevolking in de leeftijd 16-65 jaar is 11% laaggeletterd en van de niet-westerse migranten zelfs 30%.¹⁻³ Laaggeletterden zijn minder gezond dan gemiddeld: ze hebben vaker chronische ziekten zoals diabetes, hun gezondheidsuitkomsten bij zulke ziekten zijn slechter en ze hebben ook vaker psychische problemen.⁴ Ze gaan bovengemiddeld vaak naar de huisarts en maken minder gebruik van preventiemogelijkheden.^{5,6} Dit heeft te maken met het feit dat

laaggeletterden moeite hebben om gezondheidsgerelateerde informatie te vergaren, te begrijpen en toe te passen.⁷

Om de rol als toeleider naar passende zorg goed te kunnen vervullen en bij chronische aandoeningen adequate ondersteuning en begeleiding te kunnen bieden, moet de huisarts zijn communicatie aanpassen aan het niveau van geletterdheid van de patiënt. Bij laaggeletterde patiënten houdt dat in dat de huisarts er extra op moet letten hun voldoende ruimte te geven voor hun verhaal, informatie en adviezen aan te passen aan hun context en hen actief te betrekken bij behandelbeslissingen.⁸⁻¹⁰ Gebeurt dat niet, dan zijn zowel de patiënt als de arts minder tevreden en zijn de gezondheidsuitkomsten minder goed.¹¹⁻¹³

Internationaal onderzoek heeft uitgewezen dat huisartsen tijdens een consult niet goed in staat zijn laaggeletterdheid te herkennen en dat ze de gezondheidsvaardigheden van een laaggeletterde patiënt vaak overschatten.¹⁴ Dat geldt ook voor Nederlandse huisartsen.¹⁵ Ze vinden het bovendien moeilijk hun taalgebruik aan te passen aan het niveau van de patiënt.¹⁶ In een onderzoek naar het zelfmanagement van diabetespatiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden beschreven huisartsen en *nurse practitioners* deze patiënten als 'niet betrokken' en 'minder gemotiveerd'. Zij konden er niet achter komen wat de gezondheidsvaardigheden van deze patiënten daadwerkelijk inhielden en wisten niet hoe ze ermee om moes-

Wat is bekend?

- Laaggeletterdheid betekent: onvoldoende kunnen lezen, schrijven en rekenen om te kunnen functioneren in de maatschappij.
- Nederland telt 11% laaggeletterden; onder migranten is dat 30%.
- Laaggeletterden zijn minder gezond en gaan vaker naar de huisarts.
- Laaggeletterden maken minder gebruik van preventiemogelijkheden.
- Huisartsen herkennen laaggeletterde patiënten slecht en vragen zelden naar laaggeletterdheid.

Wat is nieuw?

- Driekwart van de huisartsen ervaart problemen in de zorg voor laaggeletterden.
- Vier vijfde is bereid geld en tijd te investeren in betere communicatie met laaggeletterden.
- Laaggeletterdheid wordt niet vaak geregistreerd in het patiëntendossier.
- Een meerderheid van de huisartsen is niet bekend met de beschikbare hulpmiddelen en trainingen voor het werken met laaggeletterden.
- De meeste huisartsen hebben behoefte aan extra ondersteuning bij laaggeletterde patiënten.



Huisartsen zijn niet goed in staat om tijdens een consult laaggeletterdheid te herkennen.

ten gaan. Ze vonden adequate ondersteuning wel belangrijk, maar achtten het onmogelijk die te geven.¹⁷ Andersom lopen ook laaggeletterde patiënten tegen problemen aan, bijvoorbeeld doordat ze niet durven te zeggen dat een vraag van de huisarts te ingewikkeld is of dat een uitleg ondanks de plaatjes toch niet duidelijk is.¹⁸

Goede communicatie tussen patiënt en huisarts legt de basis voor vertrouwen en effectieve zorg.¹⁹ Daarom hebben organisaties zoals het NHG, de LHV, het Amsterdams Ondersteunings Fonds voor huisartsenzorg (AOF) en Pharos (expertisecentrum voor gezondheidsverschillen) de laatste jaren verschillende hulpmiddelen, websites en trainingen ontwikkeld om de huisarts te helpen bij het herkennen van en communiceren met laaggeletterde patiënten (zie [bijlage 1] op www.henw.org). Om deze hulpmiddelen te kunnen beoordelen en verbeteren zou men moeten weten hoe capabel Nederlandse huisartsen zichzelf achten in het werken met laaggeletterden, hoe vaak ze de beschikbare hulpmiddelen gebruiken en of ze meer of andere hulpmiddelen nodig hebben. Wij voerden een exploratief kwantitatief onderzoek uit waarin we ons de volgende vragen stelden.

- In welke mate voelen huisartsen zich bekwaam tot het herkennen van en communiceren met patiënten met laaggeletterdheid?
- In welke mate zijn huisartsen bekend met de bestaande hulpmiddelen die bedoeld zijn voor het ondersteunen van de communicatie met laaggeletterden en in welke mate maken zij gebruik van deze hulpmiddelen?
- Welke behoefte aan trainingen en hulpmiddelen voor de communicatie met laaggeletterden is er onder huisartsen?

In dit artikel beschrijven we de belangrijkste bevindingen uit dit onderzoek. De wetenschap dat veel collega's worstelen met de herkenning van laaggeletterdheid en communicatie-op-maat

kan troostend zijn, en tegelijk de lezer prikkelen zelf een training te volgen of hulpmiddelen in de praktijk te gaan inzetten.

METHODE

Voor dit exploratieve onderzoek benaderden we een geselecteerde groep van driehonderd huisartsen (3% van de 9000 huisartsen in Nederland). Onze steekproef bevatte 50% huisartsen in achterstandswijken, terwijl slechts 10% van alle Nederlandse huisartsen in een achterstandswijk werkt.^{20,21} Dit deden we

Abstract

Van Ee A, Van den Muijsenbergh METC. Supporting care for patients with low literacy skills. *Huisarts Wet* 2017;60(5):208-11.

INTRODUCTION Literacy skills are low in 11% of the general Dutch population, and in 30% of the immigrant population. In general, these individuals are less healthy, more often have chronic health problems, and have poorer health outcomes despite visiting the general practitioner more often. For this reason, it is important that GPs can identify these patients and adapt their communication style appropriately. We investigated to what extent GPs feel they are able to recognize patients with poor literacy skills and to communicate effectively with them, and whether existing tools and training are adequate and actually used.

METHOD A sample of 300 Dutch GPs were invited by email to complete an online questionnaire. The data were analysed using descriptive statistics with SPSS version 22.

RESULTS In total, 102 completed questionnaires were returned (response rate 34%). Overall, 35% of the GPs recorded low literacy in the electronic patient record, 43% were familiar with tools to support GPs caring for patients with low literacy skills, 74% had experienced problems communicating with these patients, and 80% would like more or more extensive training in communication with these patients. Of the GPs who knew about relevant tools, 50% expressed a need for extra support.

CONCLUSION Most GPs recognize that low literacy can be a problem and would like to invest more time and money, but they make relatively little use of existing tools and training approaches. Further research is needed to increase awareness of available tools and, if necessary, to investigate how to adapt them so that GPs make better use of them.

omdat het aantal laaggeletterden en migranten veel hoger is in praktijken in achterstandswijken. Voor het overige waren geslacht, leeftijd en praktijklocatie in de steekproef gevarieerd.

De geselecteerde huisartsen kregen een e-mail met uitleg over de doelen van het onderzoek en een link naar een online vragenlijst. Na twee weken stuurden we een herinnering.

De online vragenlijst was opgesteld in maart 2014 met behulp van ThesisTools.²² Daarbij gingen we uit van de bestaande literatuur over en hulpmiddelen voor het werken met laaggeletterden.¹⁻¹⁹ De vragenlijst bevatte vragen over algemene kenmerken zoals geslacht, jaren ervaring, het geschatte aantal laaggeletterden en niet-westerse migranten in de praktijk en de postcode van de praktijk (dit om het aantal huisartsen in achterstandswijken te kunnen registreren). Verder werd gevraagd of de respondent laaggeletterdheid kon herkennen, en zo ja, hoe dan (bijvoorbeeld op basis van de indruk tijdens het consult of door ernaar te vragen), en of laaggeletterdheid ook geregistreerd werd in het elektronisch patiëntendossier. Vervolgens vroegen we of de praktijk problemen ondervond in de zorg voor laaggeletterden, en zo ja, welke problemen dat waren. In slotvragen werd geïnformeerd naar een aantal met name genoemde hulpmiddelen, waaronder de LHV Toolkit laaggeletterdheid, het voorlichtingsmateriaal 'Begrijp je lichaam' en de website van het AOF, en de trainingen van Pharos.²³⁻²⁶ Gevraagd werd of de huisarts deze kende en gebruikte, en of er behoefte was aan meer of andere hulpmiddelen of trainingen. Voor de analyse van de antwoorden gebruikten we beschrijvende statistiek met SPSS versie 22.

RESULTATEN

Kenmerken van de respondenten

Van de 300 verstuurde vragenlijsten kregen we er 119 (39,7%) terug; 102 lijsten waren volledig ingevuld (netto respons 34%). Van de respondenten waren er 40 man en 62 vrouw, 33 (32%) werkten in een achterstandswijk en de gemiddelde werkervaring was 18,5 jaar. [Tabel 1] geeft een overzicht van de proportie

Tabel 1 Laaggeletterden en migranten in 102 huisartsenpraktijken

Proportie van de praktijkpopulatie	Aantal praktijken (%)
Laaggeletterden geregistreerd	
< 5%	1 (1)
5-9%	0 (0)
10-30%	4 (4)
> 30%	2 (2)
Laaggeletterden geschat	
< 5%	11 (11)
5-9%	12 (12)
10-30%	58 (57)
> 30%	14 (14)
Eerste-generatie migranten geschat	
< 5%	28 (28)
5-9%	34 (33)
10-30%	31 (30)
> 30%	9 (9)

laaggeletterden en migranten in de praktijken van de responderende huisartsen.

Herkenning en registratie

Bijna alle responderende huisartsen (98%) waren bekend met de term 'laaggeletterdheid'. De meesten vertelden dat ze laaggeletterde patiënten herkenden aan hun manier van communiceren tijdens consulten en doordat gevraagd wordt naar het opleidingsniveau wanneer de patiënt zich inschrijft in de praktijk. Ze vroegen de patiënt zelden rechtstreeks of deze kon lezen. Bijna een derde van de huisartsen zou niet weten hoe ze laaggeletterdheid bij een migrant kunnen herkennen [tabel 2].

In slechts 36 huisartsenpraktijken (35%) werd laaggeletterdheid in het patiëntendossier geregistreerd. In 28 van de 36 praktijken (78%) was het de huisarts zelf en niet een van de andere praktijkmedewerkers die dit registreerde. In 22 praktijken (61%) werd op de probleemlijst een ICPC-code aangegeven (A97, Z04, Z07, Z07.01, Z29 of Z64), de overige praktijken registreerden het in een speciale patiëntnotitie.

De 66 respondenten die laaggeletterdheid niet registreerden, voerden verschillende redenen aan: 56% wist niet hoe het moest, 36% had er geen tijd voor en 8% vond het onnodig.

Communicatieproblemen en hulpmiddelen

Een ruime meerderheid van 75 respondenten (74%) gaf aan dat er weleens communicatieproblemen waren met laaggeletterde patiënten en 81 respondenten (80%) waren bereid tijd en geld te investeren in het verbeteren van die communicatie.

Meer dan de helft (57%) van de huisartsen kende geen van de hulpmiddelen die in de vragenlijst genoemd werden. Onder degenen die wel bekend waren met hulpmiddelen, was de LHV Toolkit het bekendst (59%). Daarna volgden 'Begrijp je lichaam' (51%) en de AOF-website (40%). Het minst bekend waren de verschillende andere websites met informatie en materiaal over laaggeletterdheid (24%). Dat de huisartsen bekend waren met het materiaal wilde echter niet zeggen dat ze het ook gebruikten: slechts 13 (22%) van de 60 huisartsen die de LHV Toolkit kenden, gebruikten hem ook. De AOF-website werd gebruikt door 13 (32%) van 41 respondenten die hem kenden, de overige websites door 12 (50%) van de 24 respondenten. 'Begrijp je lichaam' werd nog het best gebruikt, door 31 (60%) van de 52 respondenten die het kenden.

Van de 73 respondenten (72%) die visueel materiaal gebruikten om een ziekte of behandeling uit te leggen, vonden er 29 (38%) dat het beschikbare materiaal niet voldeed. Van de 29 respondenten (28%) die géén materiaal gebruikten, gaven er 9 (31%) aan dat de uitleg ook zonder dat materiaal prima lukte.

Van de 58 huisartsen (57%) die niet bekend waren met de hulpmiddelen, had een ruime meerderheid van 81% behoefte aan ondersteunend materiaal. Ook van de 44 huisartsen die wel bekend waren met de hulpmiddelen had nog steeds de helft behoefte aan meer ondersteuning. Het meest genoemd werden hulpmiddelen om laaggeletterdheid te herkennen, advies met betrekking tot registratie, fysieke hulpmiddelen,

Tabel 2 Manieren om een laaggeletterde patiënt te herkennen

Manier van herkennen	Aantal antwoorden
<i>Alle patiënten (144 antwoorden)</i>	
■ patiëntcontact (geen specifieke hulpmiddelen)	84
■ onderwijsniveau	38
■ LHV Toolkit	10
■ andere manieren	12
<i>Migranten (162 antwoorden)</i>	
■ weet niet hoe	31
■ handschrift bekijken	17
■ via professionele tolk	26
■ gedrag observeren	46
■ andere manieren	42

websites en filmmateriaal voor patiënten. Aan filmmateriaal, podcasts en apps was minder behoefte.

Training en onderwijs

Bijna de helft van de respondenten had tijdens de loopbaan wel enige vorm van training gevolgd over laaggeletterdheid. Van deze 46 respondenten (45%) vonden er 13 (28%) deze schooling onvoldoende; zij zouden graag een diepgaandere training krijgen, of follow-up in de vorm van e-learning, beoordeling door collega's of individuele training. Een andere wens van de respondenten was om experts te kunnen consulteren als ze vragen hadden.

Van de 56 respondenten die nooit een training hadden gevolgd, zeiden er 35 (62%) daar wel behoefte aan te hebben; 15 respondenten (43%) gaven de voorkeur aan face-to-facetraining; 8 (23%) prefereerden e-learning en 12 (34%) hadden graag een combinatie.

In het algemeen gaven 89 respondenten (87%) de voorkeur aan fysiek onderwijs en 13 (13%) aan digitaal onderwijs.

BESCHOUWING

Voor zover wij weten is dit de eerste keer dat de ervaringen en wensen van Nederlandse huisartsen op het gebied van communicatie met laaggeletterden zijn geëxploreerd. Wij vonden dat huisartsen patiënten zelden rechtstreeks vragen of ze laaggeletterd zijn, uit tijdgebrek of uit vrees de patiënt in verlegenheid te brengen. Dit is in overeenstemming met eerdere onderzoeken.²⁷

Huisartsen herkennen laaggeletterde patiënten onvoldoende en vinden het moeilijk goed te communiceren met deze patiënten. Slechts een minderheid (35%) van onze respondenten registreerde laaggeletterdheid in het elektronisch patiëntendossier, maar een ruime meerderheid van 75% gaf aan dat de zorg voor laaggeletterden problemen opleverde en 80% was bereid er meer geld en tijd in te investeren. Meer dan de helft van de respondenten was echter niet bekend met de hulpmiddelen op dit gebied en had nooit enige training over laaggeletterdheid gevolgd.

De meeste respondenten gaven aan dat ze behoefte hebben aan meer hulpmiddelen en training, inclusief de helft van degenen die al wél wisten dat zulke hulpmiddelen bestaan.

Een eenmalige training lijkt onvoldoende; er is behoefte aan herhaalde training of supervisie.

Uit implementatieonderzoek kwam naar voren dat het beseft dat een interventie belangrijk is er lang niet altijd toe leidt dat die interventie ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd.²⁸ De effectiefste aanpak om die kloof te dichten is een combinatie van strategieën, bijvoorbeeld training in kleine groepen gecombineerd met reminders, feedback en toetsingsprocedures, ondersteund met ICT.^{29,30} Een training blijkt vaker tot veranderingen in de praktijk te leiden wanneer het hele team getraind wordt.³¹

Onze bevinding dat veel huisartsen de beschikbare hulpmiddelen voor het werken met laaggeletterden niet kennen of onvoldoende bruikbaar vinden, is van belang voor organisaties die hulpmiddelen ontwikkelen. Nader kwalitatief onderzoek zal moeten uitwijzen hoe die hulpmiddelen en trainingen beter kunnen aansluiten bij de behoeften van huisartsen.

Sterke en zwakke punten

Een sterk punt van ons onderzoek is de relatief hoge respons, ook onder huisartsen die werken in achterstandswijken.^{32,33} Zij werken veel met laaggeletterden en hebben ervaring met eventuele problemen. Ze hadden ook vaker een training gevolgd over het onderwerp, maar verder waren er weinig met de andere respondenten.

Een zwak punt is dat onze onderzoekspopulatie niet representatief was voor alle Nederlandse huisartsen, waardoor de resultaten niet generaliseerbaar zijn. Ook hadden we geen inzicht in de motieven van de niet-respondenten. Het is mogelijk dat vooral huisartsen zonder ervaring met laaggeletterden niet gereageerd hebben. Het lijkt evenwel niet waarschijnlijk dat de niet-respondenten minder problemen ondervinden of minder behoefte aan ondersteuning hebben.

CONCLUSIE

Er is te weinig aandacht voor laaggeletterdheid in de huisartsenpraktijk. Veel huisartsen hebben er moeite mee laaggeletterde patiënten te herkennen en hun communicatie op deze patiënten af te stemmen; bijna alle huisartsen hebben behoefte aan ondersteuning en training op dit vlak. Een kwalitatieve verdieping van dit onderzoek kan meer inzicht geven in de beschikbaarheid en bruikbaarheid van de bestaande hulpmiddelen, en in de belemmeringen om ze te gebruiken. Aan de hand van dit onderzoek zou nagedacht kunnen worden over aanpassingen en verbeteringen, over nieuwe hulpmiddelen en over een implementatieplan, zodat ze effectief kunnen worden ingezet in de praktijk. ■

LITERATUUR

- 1 OECD/Statistics Canada. Literacy for life: Further results from the Adult Literacy and Life Skills Survey. Paris: OECD Publishing, 2011.
- 2 Bekker MH, Lhajoui M. Health and literacy in first- and secondgeneration Moroccan Berber women in the Netherlands: ill literacy? *Int J Equity Health* 2004;3:8.
- 3 De Greef M, Segers M, Nijhuis N. Feiten & cijfers geletterdheid, Overzicht van de gevolgen van laaggeletterdheid en opbrengsten van investeringen voor samenleving en individu. Maastricht: Maastricht University School of Business and Economics Educational Research & Development, 2014.

De rest van de literatuurlijst is te vinden bij het artikel op www.henw.org.



MRI zorgt voor minder verwijzingen naar de orthopeed

Samenvatting

Berg HF, Vermeulen M, Algra PR, Boonman-de Winter LJ. MRI zorgt voor minder verwijzingen naar de orthopeed. *Huisarts Wet* 2017;60(5):212-5.

DOEL Wij onderzochten wanneer huisartsen een MRI aanvragen voor patiënten met knieklachten, en of directe toegang tot MRI in de huisartsenpraktijk het verwijsgedrag naar de orthopeed beïnvloedt.

METHODE Tussen december 2007 en september 2009 includeerden we opeenvolgende patiënten met knieklachten voor wie de huisarts een MRI aanvroeg. Op het aanvraagformulier gaf de huisarts aan of hij naar een orthopeed zou verwijzen als er geen MRI beschikbaar was. Zes maanden na de MRI vroegen we de aanvrager huisartsen naar de uiteindelijke verwijzing en de orthopedische interventie. We vergeleken het aantal uiteindelijk verwezen patiënten met het aantal patiënten bij wie dat vooraf de bedoeling was.

RESULTATEN We includeerden 588 patiënten. Voorafgaand aan de MRI waren de huisartsen van plan geweest 82,8% van hen te verwijzen, uiteindelijk werd 60% daadwerkelijk verwezen ($p < 0,001$). Bij patiënten < 50 jaar leidde MRI tot 16,1%, bij patiënten ≥ 50 jaar tot 28,1% minder verwijzingen. Voor 101 patiënten vonden de huisartsen verwijzing aanvankelijk niet nodig, van hen werden er 48 na de MRI alsnog verwezen. Van alle verwezen patiënten onderging 62,1% een orthopedische ingreep.

CONCLUSIE Het aantal verwijzingen van patiënten met knieklachten naar een orthopeed vermindert significant als de huisarts MRI ter beschikking heeft.

INLEIDING

Tegenwoordig kunnen intra-articulaire afwijkingen in de knie betrouwbaar worden gedetecteerd door MRI en is deze diagnostiek beschikbaar voor de meeste huisartsen. In een aantal systematische reviews is geconstateerd dat MRI het aanvullende onderzoek van eerste keus is.^{1,2} Er is echter discussie over de plaats van MRI in de huisartsenpraktijk en de meerderheid van de huisartsen heeft er geen ervaring mee. De NHG-Standaard Traumatische knieproblemen adviseert patiënten met persisterende knieklachten te verwijzen naar een orthopedisch chirurg.³ Er is weinig onderzoek gedaan naar de toegevoegde waarde van MRI voor patiënten met knieklachten die bij de huisarts komen. De vraag die overblijft, is of de NHG-Standaard huisartsen zou moeten aanraden bij persisterende knieklachten een MRI aan te vragen. In dit onderzoek

gingen we na voor welke patiënten met knieklachten huisartsen een MRI aanvragen, en of het regulier toepassen van MRI in de eerste lijn het verwijspatroon van de huisarts naar de orthopeed beïnvloedt.

METHODE

Deelnemers

We voerden dit observationele prospectieve cohortonderzoek uit in de regio Zeeland en West-Brabant. De MRI-diagnostiek werd verzorgd door de SHL-groep in Etten-Leur, een eerste-lijns diagnostisch centrum. We informeerden alle huisartsen in de regio over de aanmeldingsprocedure en de mogelijkheid een MRI van de knie aan te vragen.

Alle patiënten voor wie tussen december 2007 en september 2009 een MRI werd aangevraagd waren geschikt, werden geïnformeerd en gaven toestemming voor inclusie. Via een vragenlijst bij de MRI-aanvraag verzamelden we patiëntgegevens, werkdiagnose en intentie van de huisarts tot verwijzing naar een orthopedisch chirurg. Alle patiënten kregen vervolgens een MRI-scan.

Metingen en uitkomsten

De MRI werd uitgevoerd op een 1 tesla sterk MRI-apparaat voor extremiteiten. De scans werden beoordeeld door een ervaren radioloog. De rapportage over de scan en de knieafwijkingen werd gestandaardiseerd.⁴

Zes maanden na de MRI werd de huisartsen gevraagd een vragenlijst in te vullen over het beleid: is de patiënt behandeld door een fysiotherapeut? Is de patiënt verwezen naar een orthopedisch chirurg voor verder onderzoek en behandeling? En zo ja, wat was de orthopedische interventie?

Wat is bekend?

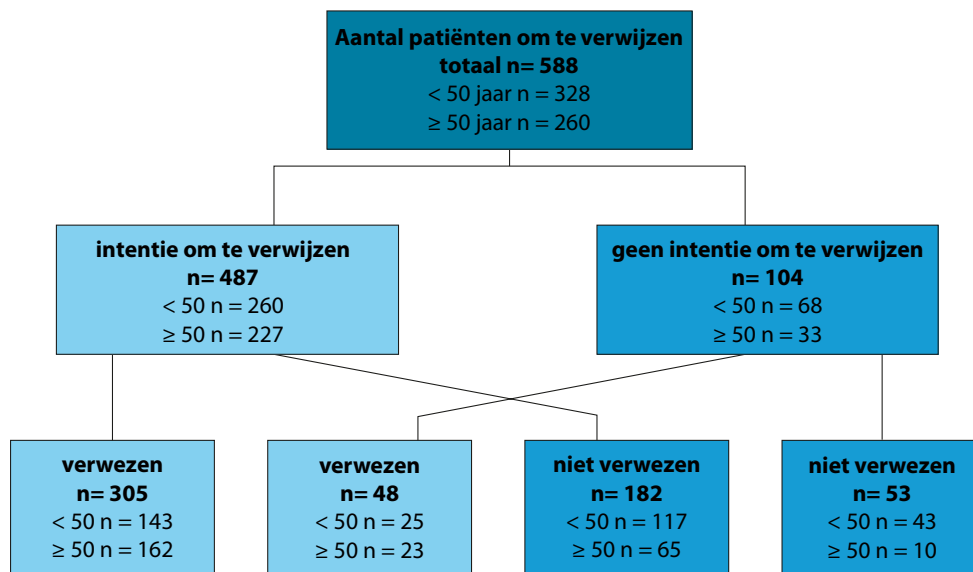
- De NHG-Standaard Traumatische knieproblemen adviseert patiënten met persisterende knieklachten te verwijzen naar een orthopedisch chirurg
- Voor intra-articulaire knieafwijkingen is MRI het aanvullende onderzoek van eerste keus.
- MRI van de knie is tegenwoordig beschikbaar voor de meeste huisartsen.

Wat is nieuw?

- Een MRI van de knie vermindert het aantal verwijzingen van de huisarts naar de orthopeed voor knieklachten met ruim 20%.
- Bijna de helft van de patiënten met knieklachten voor wie de huisarts verwijzing niet nodig achtte, kreeg na MRI alsnog een verwijzing.
- Bijna 40% van de verwijsbeslissingen van de huisarts wordt herzien na een MRI.

Huisartsenpraktijk Aan de Donge, Dongepark 80, 5102 DB Dongen: dr. H.F. Berg, huisarts. Noord-West Ziekenhuis, afdeling Radiologie, Alkmaar: M.C. Vermeulen, radioloog; dr. P.R. Algra, radioloog. Amphia ziekenhuis, afdeling Amphia Academy, Breda: dr. L.J.M. Boonman-de Winter, epidemioloog (voorheen SHL-Groep, Etten-Leur) • Correspondentie: hf.berg@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: ten tijde van het onderzoek kreeg HB een vergoeding van SHL-Groep, waar de MRI staat opgesteld, voor het doen van dit onderzoek.

Dit onderzoek verscheen eerder als: Berg HF, Vermeulen M, Algra PR, Boonman-de Winter LJ. Direct access to magnetic resonance imaging improved orthopaedic knee referrals in the Netherlands. *Fam Pract* 2016;33(5):482-7. Publicatie gebeurt met toestemming.

Figuur 1 Stroomdiagram van voorgenomen verwijzingen naar de orthofoon en feitelijke verwijzingen na MRI**Statistische analyse**

We vergeleken aantal en percentage patiënten voor wie de huisarts van plan was naar een orthofoon te verwijzen als er geen MRI beschikbaar zou zijn, met de daadwerkelijke verwijzingen. Met de McNemar-toets vergeleken we de verwijsintentie met de uiteindelijke verwijzingen per leeftijdsgroep. Conform de Nederlandse orthopedische richtlijn voor artroscopie van de knie beschreven we de leeftijdscategorieën < 50 jaar en ≥ 50 jaar als aparte groepen omdat de incidentie van artrose, een potentiële oorzaak van knieklachten, hoger is bij 50-plussers.⁵ We toetsten het verschil tussen de beide leeftijdscategorieën met de chikwadraattoets. Met binaire logistische regressieanalyse bepaalden we welke variabelen geassocieerd waren met een orthopedische interventie. De analyses werden gedaan in SPSS versie 21.

RESULTATEN**Patiëntkenmerken**

We includeerden 588 patiënten voor wie de huisarts een MRI-scan van de knie had aangevraagd. Ze waren afkomstig uit 186 huisartsenpraktijken verspreid over Zeeland en West-Brabant. De mediane leeftijd was 48 jaar, voor 75% werd een MRI aangevraagd na 4 weken klachten, bij 76,4% van de patiënten vermoedde de huisarts een meniscusletsel. [Tabel 1] toont alle kenmerken.

[Tabel 2] toont de bevindingen op de MRI. Kraakbeenbeschadiging (artrose) en meniscusletsel kwamen het meest voor. Zoals verwacht werd artrose vaker gezien bij patiënten ≥ 50 jaar (63,8% versus 28,4% in de jongere groep, $p < 0,001$). In totaal werden negen patiënten met botcontusie aangetroffen, twee van hen hadden een fractuur. Op conventionele röntgenfoto's vooraf aan MRI van deze negen patiënten werd geen trauma-

tische afwijking geconstateerd. Traumagerelateerde kniepijn was niet geassocieerd met meniscusletsel. Meniscusletsel werd gevonden bij 35,8% van de patiënten met een trauma en bij 36,2% van de patiënten zonder trauma.

Verwijzing naar een orthopedisch chirurg

Bij de MRI-aanvraag gaven de huisartsen voor 487 van de 588 patiënten (82,8%) aan dat ze van plan waren te verwijzen naar een orthofoon: dat gold voor 260 (79,3%) van de 328 patiënten < 50 jaar en 227 (87,3%) van de 260 patiënten ≥ 50 jaar.

Uiteindelijk werden na de MRI slechts 353 (60%) patiënten verwezen naar een orthofoon: dit waren 168 patiënten < 50

Tabel 1 Kenmerken van 588 patiënten met knieklachten die een MRI kregen

Kenmerk	< 50 jaar (n = 328)	≥ 50 jaar (n = 260)	Totaal (n = 588)
Vrouw, n (%)	157 (47,9)	118 (45,4)	275 (46,8)
Leeftijd bij MRI, mediaan (SD)	37 (11,4)	60 (7,5)	48 (16,4)
Traumagerelateerde kniepijn, n (%)	139 (42,4)	76 (29,2)	215 (36,6)
Röntgen vooraf aan MRI, n (%)	84 (25,6)	102 (39,2)	186 (31,6)
Tijd tussen klachten en MRI, n (%)			
■ 0-1 week	17 (5,2)	11 (4,2)	28 (4,8)
■ 1-4 weken	73 (22,3)	46 (17,7)	119 (20,2)
■ > 4 weken	238 (72,6)	203 (78,1)	441 (75,0)
Werkd Diagnose, n (%)			
meniscusletsel*	250 (76,2)	199 (76,5)	449 (76,4)
kruisbandletsel	38 (11,6)	25 (9,6)	63 (10,7)
collateralebandletsel	43 (13,1)	33 (12,7)	76 (12,9)
kraakbeenletsel	78 (23,8)	79 (30,4)	157 (26,7)
corpus alienum	21 (6,4)	24 (9,2)	45 (7,7)
effusie	23 (7,0)	12 (4,6)	35 (6,0)
anders of niet omschreven	27 (8,2)	17 (6,5)	44 (7,5)
Intentie om te verwijzen naar orthofoon, n (%)	260 (79,3)	227 (87,3)	487 (82,8)

* Longitudinaal en dwars.

Tabel 2 Uitkomst van MRI en verwijzingen naar orthofoon van 588 patiënten bij wie MRI van de knie werd verricht

Uitkomst	< 50 jaar (n = 328)	≥ 50 jaar (n = 260)	Totaal (n = 588)
Meniscusletsel op MRI	87 (26,5)	125 (48,1)	212 (36,1)
■ verwijzingen naar orthopedisch chirurg	74 (85,1)	111 (88,8)	185 (87,3)
Kruisbandletsel op MRI	49 (14,9)	29 (11,2)	78 (13,3)
■ verwijzingen naar orthopedisch chirurg	36 (73,5)	23 (79,3)	59 (75,6)
Collateralebandletsel op MRI	8 (2,2)	7 (2,7)	15 (2,6)
■ verwijzingen naar orthopedisch chirurg	3 (37,5)	7 (100,0)	10 (66,7)
Corpus alienum op MRI	15 (4,6)	33 (12,7)	48 (8,2)
■ verwijzingen naar orthopedisch chirurg	15 (100,0)	29 (87,9)	44 (91,7)
Botkneuzing op MRI	5 (1,5)	4 (1,5)	9 (1,5)
■ verwijzingen naar orthopedisch chirurg	5 (100,0)	4 (100,0)	9 (100,0)
Kraakbeenletsel op MRI	93 (28,4)	166 (63,8)	259 (44,0)
■ verwijzingen naar orthopedisch chirurg	60 (64,5)	126 (75,9)	186 (71,8)
Alle positieve MRI-uitkomsten inclusief kraakbeenletsel	171 (52,1)	217 (83,5)	388 (66,0)
■ verwijzingen naar orthopedisch chirurg	124 (72,5)	171 (78,8)	295 (76,0)
Alle positieve MRI uitkomsten exclusief kraakbeenletsel	108 (32,8)	139 (53,5)	247 (42,0)
■ verwijzingen naar orthopedisch chirurg	91 (84,3)	121 (87,1)	212 (85,8)
Totaal aantal verwijzingen naar orthofoon na MRI*	168 (51,2)	185 (71,2)	353 (60,0)
Eenmalig consult orthofoon	37 (22,4)	48 (26,5)	85 (24,6)
Orthopedische interventie	101 (30,8)	121 (46,5)	222 (37,8)
■ injectie	2 (2,0)	10 (8,3)	12 (5,4)
■ arthroscopie	84 (83,2)	94 (77,7)	178 (80,2)
■ operatie	15 (14,9)	17 (14,0)	32 (14,4)
Verwijzing naar fysiotherapeut	62 (18,9)	22 (8,5)	84 (14,3)

Alle getallen zijn n (%), tenzij anders aangegeven; de percentages in de ingesproongen regels zijn berekend over de aantallen direct erboven.

* Inclusief 58 patiënten zonder afwijkingen op MRI.

jaar (51,2%) en 185 patiënten ≥ 50 jaar (71,2%). In de jongere leeftijdsgroep kregen 101 patiënten (60,1%) na deze verwijzing een orthopedische interventie, meestal een artroscopie; in de oudere groep waren dat er 121 (65,4%).

[Tabel 3] laat zien hoe de verwijsintentie werd beïnvloed door de MRI. In beide leeftijdsgroepen veranderde de MRI-scan het verwijspatroon significant. Bij in totaal 230 patiënten (39,1%, 95%-BI 35,2-43,1) kwamen de huisartsen terug op hun aanvankelijke voornemen: ze vonden verwijzing niet langer nodig na de MRI, of juist wel nodig terwijl ze het niet van plan waren geweest.

Van de 101 patiënten bij wie de huisarts dat aanvankelijk niet van plan was, kregen er 48 (47,5%) na de MRI alsnog een verwijzing naar een orthofoon: 23 patiënten (69,7%) ouder dan 50 jaar en 25 patiënten (36,8%) jonger dan 50 jaar. In de oudere groep ondergingen 14 patiënten (60,9%) uiteindelijk een ingreep.

Het aantal verwijzingen na de MRI-scan was significant lager dan het zonder MRI zou zijn geweest: de huisartsen hadden 487 verwijsintenties aangegeven en verwezen uit-

eindelijk 353 patiënten, dat is 22,8% minder (95%-BI 19,4-26,2, $p < 0,001$). De reductie was in beide leeftijdsgroepen significant ($p < 0,001$). In de jongere groep leidde MRI tot 28,1% minder verwijzingen; deze patiënten hadden ook vaker een MRI-scan zonder klinisch relevante afwijkingen. In de oudere groep was de reductie 16,1%.

BESCHOUWING

De huisartsen waren van plan 82,8% van de patiënten te verwijzen; na de MRI verwezen zij slechts 60%, met inbegrip van 48 patiënten (8,2%) bij wie ze dat niet van plan waren geweest. De directe toegankelijkheid van MRI veranderde het verwijzingspatroon significant en zorgde voor minder verwijzingen naar een orthopedisch chirurg.

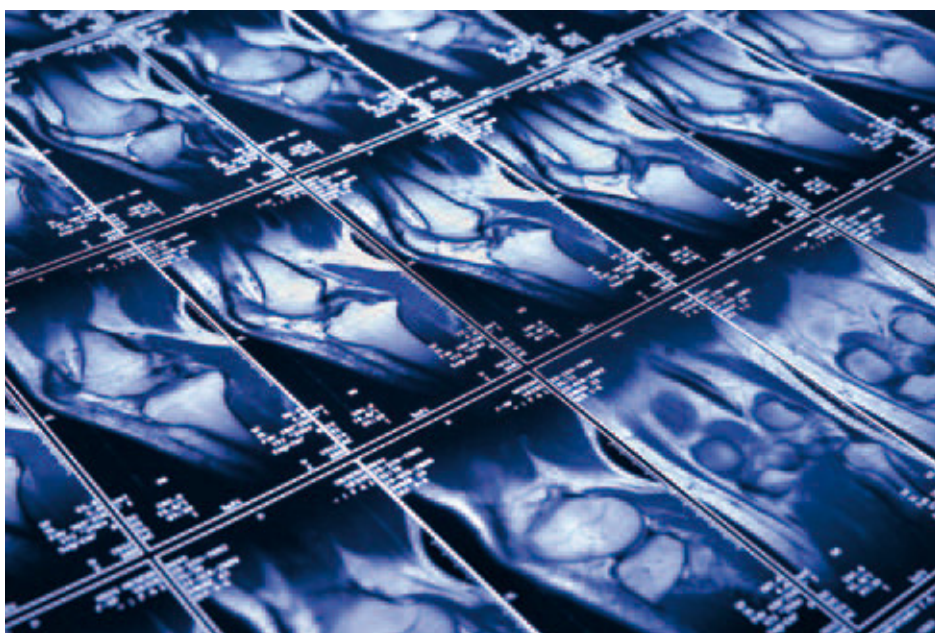
Sterke punten en beperkingen

Voor zover wij weten is dit het eerste prospectieve onderzoek naar de invloed van MRI op het verwijzingsgedrag bij knieklachten in Nederland. Het grote aantal deelnemende huisartsen maakt de resultaten representatief voor de klinische praktijk.

Tabel 3 Verandering in het verwijzingsgedrag van huisartsen na een MRI van de knie

	Verwijsintentie	Niet verwezen na MRI	Geen verwijsintentie	Verwezen na MRI	Verandering*
Totaal n = 588	487	182	101	48	230 (39,1%)
< 50 jaar n = 328	260	117	68	25	142 (43,3%)
≥ 50 jaar n = 260	227	65	33	23	88 (33,8%)

* n (%); volgens de McNemar-toets zijn alle veranderingen significant ($p < 0,001$).



Intra-articulaire afwijkingen in de knie kunnen betrouwbaar worden gedetecteerd door MRI. Deze diagnostiek is voor de meeste huisartsen beschikbaar.

Het observationele karakter van ons onderzoek kan een beperking zijn. De huisartsen wisten dat de patiënt een MRI-scan zou krijgen en dat kan hun voornemen om naar een orthopeed te verwijzen hebben beïnvloed. Dit zou kunnen worden ondervangen door een gerandomiseerd onderzoek te doen met een groep die beschikt over MRI en een controlegroep die geen toegang heeft tot MRI. Het zou dan niet nodig zijn naar de intentie te vragen. Ook zo'n onderzoek zou de praktijk echter niet precies genoeg weergeven, want men kan de huisartsen niet blinderen voor de interventie en hun handelen zou dus toch beïnvloed worden. Daarbij is zo'n RCT praktisch moeilijk uitvoerbaar en zou de onderzoekspopulatie veel groter moeten zijn.

De kracht van ons onderzoek is dat we het daadwerkelijke beleid in de werkelijke setting gestructureerd en precies gemeten hebben. Alle patiënten met knieklachten voor wie de huisarts nader MRI-onderzoek nodig vond, werden geïnccludeerd. Het is mogelijk dat huisartsen sommige patiënten rechtstreeks naar een orthopeed verwezen zonder eerst een MRI aan te vragen, maar dit is waarschijnlijk weinig gebeurd omdat de huisartsen wisten dat ze aan een onderzoek deelnamen en zich ervan bewust waren dat er een wachtlijst was voor de orthopeed.

MRI is een betrouwbaar hulpmiddel met een hoge negatief voorspellende waarde bij niet-acute knieklachten.⁶ Die klinische waarde wordt bevestigd door onze bevinding dat het aantal verwijzingen naar de tweede lijn voor knieklachten significant afneemt als de huisarts eerst een MRI heeft laten maken. Dat een MRI van de knie al zo vroeg in het diagnostische proces kosteneffectief kan zijn, is ook in ander onderzoek aangetoond.⁶⁻⁸

Voor een kwart van de patiënten werd al een MRI aangevraagd voordat de klachten vier weken hadden aangehouden. Dit

doet vermoeden dat er meer MRI's zijn aangevraagd dan strikt noodzakelijk was. Het is mogelijk dat huisartsen de scan ook gebruikten om de patiënt gerust te stellen, want bij 101 patiënten hadden ze niet de intentie om te verwijzen naar een orthopeed. Dat 48 van deze patiënten alsnog verwezen moesten worden, lijkt gebruik van MRI uit voorzorg toch wel te rechtvaardigen. Een vergelijking tussen de werkdiagnose van de huisarts en de MRI-uitslag wijst uit dat MRI zorgt voor een duidelijkere diagnose en daardoor voor een beter passend behandelbeleid.

CONCLUSIE

Directe toegang tot MRI voor patiënten met verdenking op intra-articulair knieletsel in de eerste lijn zorgt voor een significante daling van het aantal verwijzingen naar een orthopeed. Een MRI van de knie als aanvullend onderzoek bij patiënten met hardnekkige knieklachten wordt aanbevolen. ■

LITERATUUR

- 1 Oei EHG, Nikken JJ, Verstijnen ACM, Ginai AZ, Myriam Hunink MG. MR imaging of the menisci and cruciate ligaments: a systematic review. *Radiology* 2003;226:837-48.
- 2 Mackenzie R, Palmer CR, Lomas DJ, Dixon AK. Magnetic resonance imaging of the knee: diagnostic performance studies. *Clin Radiol* 1996;51:251-7.
- 3 Belo J, Berg HF, Klein Ikink AJ, Wildervanck-Dekker CMJ, Smorenburg HAAJ, Draijer LW. NHG-Standaard Traumatische knieproblemen. *Huisarts Wet* 2010;54:147-58.
- 4 Boks S, Vroegindewij D, Koes B, Hunink M, Bierma-Zeinstras S. Magnetic resonance imaging abnormalities in symptomatic and contralateral knees: prevalence and associations with traumatic history in general practice. *Am J Sports Med* 2006; 34: 1984-91.
- 5 Van Arkel ERA, Van Essen A, Koëter S, Puts KA, Rijk PC, Van Thiel ThPH, et al. Richtlijn artroscopie van de knie. 's-Hertogenbosch: Nederlandse Orthopaedische Vereniging; 2010.
- 6 Vincken PWJ. MRI of the knee: Cost-effective use [dissertation]. Leiden: Leiden University; 2010.
- 7 DAMASK Trial Team. Cost-effectiveness of magnetic resonance imaging of the knee for patients presenting in primary care. *Br J Gen Pr* 2008;58:e10-6.
- 8 Bryan S, Weatherburn G, Bungay H, Hatrick C, Salas C, Parry D, et al. The cost-effectiveness of magnetic resonance imaging for investigation of the knee joint. *Heal Technol Assess* 2001;5:1-95.

MRI stelt niet ernst van knieklachten vast

Er zijn twee NHG-Standaarden over diagnostiek en behandeling van knieklachten.^{1,2} Beide standaarden zijn terughoudend in hun advies als het gaat om het gebruik van MRI bij de diagnostiek van patiënten met knieklachten. Bij patiënten met niet-traumatische knieklachten wordt MRI niet aangeraden vanwege het ontbreken van een verband tussen afwijkingen op de MRI en de klachten van de patiënt. Bij traumatische knieklachten is er geen meerwaarde van de MRI-diagnostiek ten opzichte van anamnese en lichamelijk onderzoek van de huisarts. Ondanks deze aanbevelingen is de praktijk weerbarstig. Voor huisartsen is het eenvoudiger geworden om een MRI aan te vragen, de ziektekostenverzekeraars vergoeden de kosten en patiënten willen een tastbaar bewijs dat er iets mis is: eerst zien, dan geloven. Het is de vraag of in dit licht de NHG-Standaarden niet aangepast moeten worden en in overeenstemming gebracht dienen te worden met de praktijk van alledag.

MRI-DIAGNOSTIEK BIJ HARDNEKKIGE KNEI KLACHTEN

Om deze vraag te beantwoorden deden Berg et al. een exploratief prospectief cohortonderzoek naar de effecten van MRI-diagnostiek op het verwijsgedrag van de huisarts. In deze aflevering doen zij hiervan verslag.³ In totaal verwezen 186 huisartsen 588 patiënten voor MRI-diagnostiek van de knie en gaven daarbij onder andere aan of patiënt al dan niet verwezen zou worden naar de orthopedisch chirurg. Zij vonden dat er na MRI een daling van ruim 20% van het aantal verwijzingen optrad. Concluderend vinden zij dat MRI-diagnostiek aanbevolen kan worden bij patiënten met hardnekkige knieklachten.

HOGE VERWACHTINGEN PATIËNTEN

Wat is er af te dingen op deze conclusie? Wat opvalt is het type onderzoek dat zij gedaan hebben om tot hun conclusies te komen. Een prospectief cohortonderzoek doet wat bewijslast betreft onder voor een RCT, die wél in de NHG-Standaard wordt aangevoerd. De standaard concludeert op basis van deze RCT dat er geen significante verschillen in uitkomsten zijn tussen patiënten die wel en geen MRI kregen wat betreft diagnostiek en therapie.^{4,5} Ook verminderde het aantal verwijzingen naar de orthopedie niet onder invloed van de gemaakte MRI. Dit laatste staat op gespannen voet met de bevindingen van het onderzoek van Berg. Het is waarschijnlijk te verklaren uit de manier waarop deze laatste het aantal verwijzingen hebben gemeten. Door namelijk vooraf aan de huisarts te vragen of ze de patiënt die ze verwezen voor een MRI anders naar een orthopedisch chirurg verwezen hadden. De kans is groot dat op deze vraag een positief antwoord zal volgen. Het kan best zo zijn dat een deel van de verwijzingen naar de orthopedie geluxeed is vanwege de mogelijkheid om op eenvoudige wijze een MRI te laten maken. Patiënten hebben hier nu eenmaal



Foto: ESB Professional/Shutterstock

hoge verwachtingen van. Dit probleem had ondervangen kunnen worden door de patiënten te randomiseren en het onderzoek te controleren. Wat verder opvalt, is dat de selectie van de patiënten heeft plaatsgevonden zonder duidelijk onderscheid te maken tussen patiënten met een traumatisch of een niet-traumatisch letsel van de knie. Ook valt op dat 25% van de patiënten minder dan vier weken klachten heeft voorafgaand aan het MRI-onderzoek. Deze selectie van patiënten maakt het moeilijk om te beslissen op welke specifieke doelgroep van patiënten met knieklachten MRI-onderzoek nu meerwaarde heeft in de zin van minder verwijzing.

VERTROUWEN EIGEN DIAGNOSTISCH VERMOGEN

Een belangrijke tekortkoming van MRI-onderzoek is dat het onderzoek wel accuraat genoeg is voor het stellen van een diagnose, maar minder geschikt is om de ernst van de klachten vast te stellen.⁶ Het is niet de gescheurde meniscus of artrose die bepaalt of een patiënt verwezen moet worden, maar de reactie op de door de huisarts, in samenspraak met de fysiotherapeut, ingestelde behandeling. Deze beslissing is goed mogelijk op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek en beloop in de tijd. Waarschijnlijk kan een eerstelijns orthopedisch consult hier meer ondersteuning bij bieden.⁷ MRI hoort thuis in de tweede lijn, als onderdeel van de besluitvorming rond een eventuele chirurgische interventie. Op basis van dit onderzoek is er geen aanleiding MRI kniebreed voor de eerste lijn ter beschikking te stellen en de NHG-Standaard bij te stellen. Huisarts, heb vertrouwen in het eigen diagnostisch vermogen!

LITERATUUR

- 1 NHG-Werkgroep Niet-traumatische knieklachten. NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten. Huisarts Wet 2016;59:62-6.
- 2 Belo JN, Berg HF, Klein Ikink AJ, Wildervanck-Dekker CMJ, Smorenburg HAAJ, Draijer LW. Traumatische knieklachten. Huisarts Wet 2010;54:147-58.
- 3 Berg H, Vermeulen M, Algra P, Boonman-de Winter L. Directe toegankelijkheid tot MRI verbetert verwijzen. Huisarts Wet 2017;60:215-15.

De rest van de literatuurlijst staat onderaan dit artikel op www.henw.org.

Vroegdetectie en tijdige behandeling van hartfalen zijn zinvol

Samenvatting

Van Riet EES, Rutten FH. *Vroegdetectie en tijdige behandeling van hartfalen zijn zinvol. Huisarts Wet* 2017;60(5):217-9.

Hartfalen is een belangrijk medisch probleem dat vooral bij ouderen voorkomt en leidt tot verlies van functionaliteit en kwaliteit van leven, een grote kans op sterfte en hoge kosten voor de gezondheidszorg. Hartfalen komt frequent voor, maar wordt vaak niet herkend. Zowel de huisarts als de patiënt zelf verklaart kortademigheid en verminderde inspanningstolerantie dikwijls door 'deconditionering' of aandoeningen zoals COPD. In dit artikel zoeken wij een antwoord op de vraag of vroegdetectie en tijdige behandeling van hartfalen bij ouderen met kortademigheid zinvol en haalbaar zijn. Wij concluderen dat dit zo is, mits er aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Huisartsen zullen aandacht moeten hebben voor het implementeren van diagnostische en farmacologische kennis over hartfalen in de dagelijkse praktijk. Goede samenwerking tussen huisartsenpraktijk en hartfalenpolikliniek is belangrijk voor een geïntegreerde eerste- en tweedelijns hartfalenzorg.

INLEIDING

Hartfalen is een progressief syndroom dat vooral, en frequent, bij ouderen voorkomt. Zowel de incidentie als de prevalentie stijgt sterk boven de leeftijd van 65 jaar.¹ Een recente systematische review meldt een mediane prevalentie van 11,8%.² Het is een belangrijk gezondheidsprobleem, dat gepaard gaat met een vermindering in het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven, en een verhoogde morbiditeit en mortaliteit.³

Binnen het hartfalenspectrum zijn hartfalen met een

verminderde ejectiefractie (HFrEF) en hartfalen met een behouden ejectiefractie (HFpEF) de belangrijkste fenotypen. Bij beide is de pompfunctie van het hart insufficiënt; bij HFrEF is er sprake van verminderde contractiekracht (systolische disfunctie) en bij HFpEF verminderde vulling (diastolische disfunctie). Beide fenotypen veroorzaken dezelfde klachten en symptomen, die echter niet uniek zijn voor hartfalen: kortademigheid, verminderde inspanningstolerantie en perifeer oedeem.⁴

In 2015 hebben wij in *Huisarts en Wetenschap* een onderzoek beschreven naar het voorkomen van niet-herkend hartfalen bij ouderen (≥ 65 jaar) die in het voorafgaande jaar met kortademigheid bij de huisarts waren geweest.⁵ Onafhankelijk van de diagnose die de huisarts toentertijd stelde hebben we ze voor het onderzoek gevraagd, tenzij ze bekend waren met echografisch bevestigd hartfalen. Na een uitgebreid diagnostisch onderzoek inclusief echocardiografie bleek bij 92 van de 585 deelnemers (15,7%; 95%-BI 12,9-19,0) sprake te zijn van niet eerder herkend hartfalen; 17 HFrEF (2,9%; 95%-BI 1,8-4,7), 70 HFpEF (12,0%; 95%-BI 9,5-14,9) en 5 geïsoleerd rechtszijdig hartfalen (0,9%; 95%-BI 0,3-2,1).

Wij concludeerden dat niet-herkend hartfalen geregeld voorkomt bij ouderen die hun huisarts bezoeken met kortademigheid bij inspanning. Dit suggereert dat huisartsen vaak niet aan hartfalen denken en niet altijd lijken te beseffen dat kortademigheid een cardiale oorzaak kan hebben. Daarnaast ontstaat hartfalen vaker bij mensen die al bekend zijn met COPD. Ouderen (≥ 65 jaar) met COPD hebben een twee- tot driemaal hoger risico op hartfalen dan leeftijdgenoten (26% in plaats van 10%). Vaak blijkt het te gaan om niet-herkend hartfalen, namelijk 20,5% van de 26%, dus 80%.⁶

Nu dringt de vraag zich op of deze bevinding een klinisch relevant probleem is. Zijn vroegdetectie en tijdige behandeling van hartfalen bij ouderen zinvol en haalbaar?

VROEGDETECTIE

Zoals uit eerdere cross-sectionele screeningsonderzoeken is gebleken, herkennen huisartsen hartfalen vaak niet als zodanig.^{7,8} Vroege detectie van hartfalen in de eerste lijn wordt bemoeilijkt doordat klachten en symptomen aspecifiek zijn, door de aanwezigheid van comorbiditeiten en de beperkte toegang van huisartsen tot echocardiografie.

Toch zijn er de laatste jaren meer mogelijkheden gekomen die de huisarts bij de diagnostiek ondersteunen. Zo zijn er predictieregels ontworpen voor patiënten bij wie de huisarts hartfalen vermoedt⁹ en voor hoogrisicogroepen, zoals ouderen met COPD (≥ 65 jaar)¹⁰ of diabetes mellitus (≥ 60 jaar)¹¹. Wij

De kern

- Hartfalen is een belangrijk gezondheidsprobleem dat vooral bij ouderen voorkomt en leidt tot verlies van functionaliteit en kwaliteit van leven, en een grote kans op sterfte.
- Huisartsen herkennen hartfalen vaak niet, wat geregeld tot onderbehandeling leidt.
- Vroegdetectie en tijdige behandeling zijn bewezen zinvol bij patiënten met hartfalen met een verminderde ejectiefractie, en verbeteren de prognose.
- Ook bij patiënten met hartfalen met een behouden ejectiefractie kan vroegdiagnostiek zinvol zijn om misclassificatie te voorkomen en patiënten inzicht te geven in de herkomst van hun klachten.
- Vroegdetectie van hartfalen door huisartsen is haalbaar, zeker als echocardiografie, met een begrijpelijke verslaglegging, laagdrempelig beschikbaar komt.
- Tijdige en efficiënte behandeling moet volgen op vroegdetectie. Hiervoor is een educatieve inhaalslag bij huisartsen nodig betreffende de kennis over farmacologie bij hartfalen en moet de samenwerking met de hartfalenpolikliniek geïntensiveerd worden.

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht, Heidelberglaan 100, 3584 CX, Utrecht; dr. E.E.S. van Riet, Specialist Ouderengeneeskunde in opleiding; dr. F.H. Rutten, huisarts • Correspondentie: E.E.S.vanRiet@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

hebben een voorspelregel ontworpen voor ouderen (≥ 65 jaar) die met kortademigheid bij de huisarts komen.¹²

Onze voorspelregel heeft een voordeel boven de andere voorspelregels en het diagnostisch traject beschreven in de NHG-Standaard Hartfalen.¹³ Namelijk dat deze toepasbaar is op het grote domein van ouderen met kortademigheid (tot wel 36% van ouderen ≥ 65 jaar blijkt uit vragenlijstonderzoek kortademigheidsklachten aan te geven¹⁴). Door het gebruiken van de voorspelregel wordt de kans op cognitieve bias kleiner, die ontstaat als artsen (of patiënten) kortademigheid toedichten aan bijvoorbeeld COPD of 'deconditionering'. De regel bestaat uit negen voorspellers, afkomstig uit anamnese, lichamelijk onderzoek en eenvoudig aanvullend onderzoek [tabel 1]. Een totaalscore ontstaat door de punten van de aanwezige voorspellers bij elkaar op te tellen. Bij een totaalscore van 21 punten of lager is de kans op hartfalen erg laag. Bij een score boven de 21 punten is er mogelijk sprake van hartfalen en dan is het bij deze patiënten zinvol om aanvullend een echocardiogram te laten maken.

Onze regel is extern gevalideerd in twee verschillende populaties en daarom direct in de dagelijkse praktijk van de huisarts toepasbaar. De mogelijke impact op de dagelijkse praktijk is groot; de negatief voorspellende waarde van de regel is 87%, wat betekent dat er een laag risico van 13% is op vals-negatieven ('gemist' hartfalen). Een groot deel van de patiënten met onderliggend hartfalen kan men hiermee wel in een vroeg stadium opsporen, veel meer dan gebeurt op basis van gerezen verdenking bij de huisarts.

Vroege detectie maakt vroege behandeling mogelijk. Naast het belang van tijdige behandeling kan het vroeg stellen van de diagnose ook om andere redenen de moeite waard zijn: 1) het voorkomt misclassificatie van klachten (mensen krijgen niet ten onrechte een diagnose, bijvoorbeeld COPD), 2) men kan patiënten de oorzaak van hun klachten uitleggen, en 3) het helpt de prognose van patiënten beter te voorspellen.

VROEGE BEHANDELING

Voor patiënten met HFrEF zijn medicijnen beschikbaar die de klachten verlichten en ook de prognose verbeteren. Het belooft van hartfalen met een verminderde ejectiefraction is progressief, maar vroege behandeling kan dit proces vertragen.^{15,16}

Volgens de richtlijnen^{4,13} moet men ACE-remmers en bètablokkers bij HFrEF altijd allebei initiëren en stapsgewijs optitreren. Zij verbeteren de klachten, en verminderen het aantal ziekenhuisopnamen en de mortaliteit. Diuretica verbeteren de prognose niet, maar geven symptoomverlichting in het geval van overvulling. Bij aanhoudende klachten moet men spironolacton of eplerenone toevoegen.

Geen enkele therapie heeft tot nu toe onomstotelijk aangetoond de prognose van patiënten met HFpEF te verbeteren. Wel laten ACE-remmers/ARB's en spironolacton een gunstige tendens zien. Deze patiënten moeten lisdiuretica krijgen om bij momenten van overvulling de klachten te kunnen verlichten. Deze dienen wisselend in dosering te worden gebruikt, waarbij men moet streven naar de laagst mogelijke effectieve

Tabel 1 Risicoscore voor het schatten van aan- of afwezigheid van hartfalen

Voorspeller	Punten
Ischemische hartziekte in de VG	2
BMI > 30 kg/m ²	4
Lateraal verplaatste apex	4
Hartritme > 90 slagen/minuut	1
NT-proBNP > 14,75 pmol/L (125 pg/ml)	9
Abnormaal elektrocardiogram	5
Perifeer oedeem	4
Leeftijd > 75 jaar	3
Systolische cardiale soufflé	3

VG: voorgeschiedenis; BMI: body mass index; NT-proBNP: N-terminal pro B-type natriuretisch peptide

dosering en kortdurende ophoging bij klachten en tekenen van overvulling (orthopneu, enkeloedeem, crepiteren over de longen). Daarnaast dient men de bloeddruk optimaal te behandelen.

Uit diverse praktijkonderzoeken blijkt dat patiënten met HFrEF in de eerste lijn vaak onderbehandeld worden.^{17,18} Als er echter eerst op de hartfalenpolikliniek instelling op behandeling heeft plaatsgevonden, dan zet de huisarts de behandeling adequaat voort.^{19,20} In een onlangs door ons uitgevoerd clustergerandomiseerd onderzoek bleken huisartsen die een training kregen in het optimaliseren van hartfalenmedicatie patiënten met nieuw ontdekt hartfalen toch maar matig op te titreren. Zes maanden na de diagnose gebruikte 71% een ACE-remmer of ARB en 53% een bètablokker.²¹

DILEMMA'S RONDOM VROEGDETECTIE EN -BEHANDELING

Ondanks het beschikbare bewijs dat vroegdetectie en tijdige behandeling van HFrEF helpt om de prognose te verbeteren, lijken huisartsen niet geneigd om deze patiënten actief op te sporen en te behandelen. Dit staat in schrijnend contrast met COPD, een aandoening waarbij nauwelijks prognostische winst valt te behalen met medicamenteuze interventies.

Mogelijk spelen hierbij de volgende factoren een rol:

- Vaak denken huisartsen niet aan hartfalen wanneer patiënten specifieke klachten vertonen, zoals kortademigheid, vooral bij comorbiditeiten. Als ze zich in een vroeg stadium wel bewust zijn van deze mogelijke diagnose, kan de noodzaak om in ieder geval voor echocardiografie naar de tweede lijn te verwijzen voor hen of de patiënt een barrière vormen om de diagnose met zekerheid te stellen en te weten of er sprake is van HFrEF of HFpEF. Echocardiografie is veelal niet laagdrempelig toegankelijk, terwijl het wel een noodzakelijk onderdeel is in de diagnostiek. Vrije toegang kan het aantal onterechte verwijzingen naar de cardioloog verlagen.²² Om zo'n *open access*-constructie echt succesvol te maken is het van belang dat huisartsen de echoverslagen goed kunnen interpreteren. Het is belangrijk om in ieder geval het diagnostische fenotype aan te geven, omdat dit behandelconsequenties heeft. Ook zou de



Foto: Shutterstock

Vroegdetectie en -behandeling van hartfalen bij ouderen is zinvol en haalbaar.

cardioloog hieraan een concreet behandeladvies kunnen koppelen.

- Het merendeel van de patiënten die worden opgespoord met vroegdiagnostiek heeft HFpEF. Voor patiënten met HFpEF is de behandeling gericht op klachtenverlichting en is het effect op de prognose niet duidelijk. Men zou kunnen denken dat vroegdetectie om hen op te sporen minder zinvol is. Als er duidelijke prognoseverbeterende therapie voor HFpEF beschikbaar komt, zou dit kunnen verbeteren.
- Van vroege behandeling van nieuw gevonden HFrEF met maximaal tolerabele doseringen ACE-remmer/ARB en een bètablokker blijkt momenteel geen sprake te zijn. Een gat tussen *best practice* en de dagelijkse praktijk wordt ook wel 'klinische inertie' genoemd en blijkt een wijd verspreid probleem te zijn bij de behandeling van chronisch zieken.^{23,24} Men denkt dat hiervoor zowel factoren gerelateerd aan de arts, de patiënt als de zorgorganisatie verantwoordelijk zijn. Artsen zouden 1) de zorg die ze verlenen overschatten, 2) afwijken van richtlijnen om redenen die niet 'hard' zijn, en 3) educatie en training missen om de juiste doelen te behalen.²⁵

Vroeg ontdekt hartfalen in de huisartsenpraktijk gaat veelal gepaard met minder ernstige klachten dan nieuw ontdekte gevallen in het ziekenhuis (een deel door de huisarts verwezen voor astma cardiale/acuut hartfalen). Dit kan de motivatie van zowel patiënt als huisarts om te starten en door te gaan met optitreren van medicatie in de weg staan. Hiermee wordt HFrEF-patiënten echter een behandeling onthouden die niet alleen van invloed is op hun morbiditeit en mortaliteit, maar ook op hun kwaliteit van leven.

In theorie zou dit doel bereikt moeten kunnen worden door educatie en training van huisartsen. In de praktijk blijkt het vergroten van deskundigheid echter niet zo gemakkelijk. Goede samenwerking met de hartfalenpolikliniek kan een oplossing zijn. Door patiënten met verdenking op hartfalen naar de hartfalenpolikliniek te verwijzen voor verdere diagnostiek en optitratie van medicatie, en goed ingestelde, stabiele patiën-

ten vervolgens terug te laten verwijzen naar de huisarts kan adequate zorg op de juiste plaats worden geleverd. Hierbij is de onlangs gepubliceerde Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Hartfalen nuttig als vertrekpunt voor regionale afspraken. Een geïntegreerde eerste- en tweedelijns hartfalenzorg zou door verbetering van de zorg kunnen leiden tot vermindering van ongeplande ziekenhuisopnamen.

CONCLUSIE

Is vroegdetectie en -behandeling van hartfalen bij ouderen zinvol en haalbaar? Ja. Deze worden nog zinnvoller zodra er prognoseverbeterende therapie komt voor HFpEF. Ze helpen ook om misclassificatie/verkeerde diagnoses te voorkomen en patiënten inzicht te geven in de herkomst van hun klachten. En wat betreft de haalbaarheid? Ja. Zeker als echocardiografie laagdrempelig beschikbaar komt voor huisartsen. Dan moeten huisartsen echter ook beter thuis raken in farmacologie bij hartfalen en is een intensieve(re) samenwerking met de hartfalenpolikliniek noodzakelijk.

De te behalen winst voor de patiënt zou iedere huisarts *eager* moeten maken om oudere mensen met kortademigheidsklachten goed te diagnosticeren, waarbij ze hartfalen zeker niet mogen vergeten als mogelijke oorzaak. ■

LITERATUUR

- 1 Mosterd A, Hoes AW. Clinical epidemiology of heart failure. *Heart* 2007;93:1137-46.
- 2 Van Riet EES, Hoes AW, Wagenaar KP, Limburg A, Landman MAJ, Rutten F. Epidemiology of heart failure: the prevalence of heart failure and ventricular dysfunction in older adults over time. A systematic review. *Eur J Heart Fail* 2016;18:242-52.
- 3 Schocken DD, Benjamin EJ, Fonarow GC, Krumholz HM, Levy D, Mensah GA, et al. Prevention of heart failure: a scientific statement from the American Heart Association Councils on Epidemiology and Prevention, Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, and High Blood Pressure Research; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2008;117:2544-65.

De rest van de literatuur staat bij het artikel op www.henw.org.

Praktijkorganisatie-richtlijn Infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk

Masja Loogman, Margriet Bouma

Goede infectiepreventie wordt steeds belangrijker vanwege globalisering, regelmatige uitbraken van pathogene ziekteverwekkers en de toename van het aantal bijzonder resistente micro-organismen. In de gezondheidszorg kan verspreiding van ziekteverwekkers grote consequenties hebben. Het voorkómen van infecties in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk is daarom een belangrijk onderwerp dat continu aandacht vergt. Huisartsen, verloskundigen en afgevaardigden van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) stellen de Praktijkorganisatie-richtlijn Infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk op.

De richtlijn is in lijn met de Nederlandse wet- en regelgeving en sluit zo veel mogelijk aan op de richtlijnsenserie *Algemene voorzorgsmaatregelen* van de WIP die basale infectiepreventiemaatregelen beschrijft voor de gezondheidszorg. Bij de formulering van de aanbevelingen is rekening gehouden met de praktische haalbaarheid en de specifieke situatie in de eerste lijn wat betreft het risico op infectie voor patiënt of hulpverlener.

BELANGRIJKSTE DISCUSSIEPUNTEN

Wanneer moet ik persoonlijke beschermingsmiddelen gebruiken?

De huisarts of verloskundige maakt zelf de afweging of het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (PBM) nodig is. Deze afweging wordt gemaakt op grond van risico's, waarbij de kans op spatten en spuiten van bloed of andere lichaamsvochten in combinatie met de kans op een ernstige infectieuze aandoening wordt meegenomen in de overweging.

De aanbevelingen voor huisartsen en verloskundigen zijn gematigder dan de aanbevelingen in de ziekenhuisrichtlijnen van de WIP, waarin PBM altijd

worden aanbevolen indien er een risico is op spatten en spuiten. De situatie in de eerste lijn is natuurlijk anders dan in de tweede lijn. Op het spreekuur in de eerste lijn worden minder vaak patiënten met ernstige besmettelijke aandoeningen gezien dan in de tweede lijn, waardoor de risico's minder groot zijn. De bereidheid tot het nemen van alle beschermende maatregelen in laagrisicosituaties is laag. Mede daarom heeft de werkgroep de aanbevelingen uit de WIP-richtlijn Persoonlijke beschermingsmiddelen op basis van praktische overwegingen op een aantal punten afgezwakt.

Welke handschoenen moet ik bestellen?

Zowel poeder- als latex-handschoenen kunnen allergische reacties veroorzaken. Daarom wordt het gebruik van latex- en poedervrije handschoenen van hypoallergeen materiaal geadviseerd (bijvoorbeeld nitrilhandschoenen).

Handschoenen voor inwendig gebruik dienen een CE-markering te hebben volgens de Europese richtlijn persoonlijke beschermingsmiddelen en volgens het Besluit Medische hulpmiddelen. Daarnaast gelden er normen en eisen voor de functionaliteit en veiligheid, de zogenaamde NEN-normen. Voor de huisartsen- en verloskundigenpraktijk worden handschoenen geadviseerd die aan de volgende drie normen voldoen:

- NEN-EN 420 + A1 (beschermende handschoenen; algemene eisen en beproevingsmethoden) én
- NEN-EN 374-1, 2 (beschermende handschoenen tegen micro-organismen) én

- NEN-EN 455-1, 2, 3, 4 (medische handschoenen voor eenmalig gebruik).

Voorheen konden handschoenen maar één normering dragen. Tegenwoordig kunnen (vaak dezelfde) handschoenen aan meerdere normeringen voldoen. De beschikbaarheid van deze handschoenen is goed en de kosten zijn aanzienlijk gedaald in de loop der jaren.

Welke normen gelden er nog meer voor de verschillende persoonlijke beschermingsmiddelen?

In de richtlijn zijn normen opgenomen waaraan de verschillende PBM dienen te voldoen.

- chirurgisch mondneusmasker: NEN-EN 14683;
- ademhalingsbeschermingsmasker (bij voorkeur FFP2): NEN-EN 149;
- beschermende overall: EN 14126;
- oogbescherming: NEN-EN 166.

Welke kleding kan ik aan in de praktijk?

In ziekenhuizen adviseert men kleding met korte mouwen, geen sieraden en geen polshorloges tijdens werkzaamheden, aangezien er anders geen goede handhygiëne kan worden uitgevoerd. Ook voor de huisartsenpraktijk zou dit wenselijk zijn. De situatie in de huisartsenpraktijk is echter anders dan in de tweede lijn; er wordt geen dienstkleiding gedragen zoals in ziekenhuizen. Huisartsen leggen visites af bij patiënten thuis, wat men op koude dagen veelal niet doet in kleding met korte mouwen. Verder kan het werken zonder polshorloge onhandig zijn als er geen klok aan de muur hangt bij de patiënt thuis of als de huisarts onverhoeds eerste hulp moet verlenen op straat of in een andere ruimte dan zijn eigen spreekkamer.

De richtlijn adviseert om in ieder geval schone (werk)kleding met korte mouwen te dragen tijdens het verrichten van ingrepen waarbij huid of slijmvlies worden doorbroken, of tijdens verloskundige handelingen. Het dragen van sieraden/accessoires aan handen en onderarmen tijdens werk-

De werkgroep van de richtlijn Infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk had de volgende leden: Boelman L, De Bot CMA, Bouma M, Van den Broek S, Loogman MCM, De Roon-Immerzeel A, Van der Vorm ER, Welling LD, Van Zeijl JH.

Deze maand is online de Praktijkorganisatie-richtlijn Infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk gepubliceerd (www.nhg.org/infectiepreventie). Deze richtlijn doet aanbevelingen voor infectiepreventie in huisartsenvoorzieningen en verloskundigenpraktijken en vervangt vanaf nu de WIP-richtlijn infectiepreventie in de huisartsenpraktijk en de KNOV-standaard Hygiëne en Infectiepreventie.



Met een autoclaaf kan kritisch instrumentarium na reiniging gesteriliseerd worden.

zaamheden, zoals ringen, armbanden en braces, wordt ontraden. Een polshorloge wordt in ieder geval ontraden tijdens het verrichten van ingrepen waarbij huid of slijmvliezen worden doorbroken of tijdens verloskundige handelingen.

Hoe moet ik medisch instrumentarium in de praktijk reinigen?

Disposable instrumentarium heeft de voorkeur, gezien de eisen die er gesteld worden aan het reinigingsproces. Er wordt in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk echter nog veel gewerkt met niet-disposable instrumentarium. Bij het gebruik van niet-disposable instrumentarium onderscheiden we niet-kritisch (contact met intacte huid), semi-kritisch (contact met slijmvliezen of niet-intacte huid) en kritisch gebruik (contact met een steriele lichaamsholte of steriel weefsel). Het type gebruik

heeft gevolgen voor het verdere reinigingsproces.

Al het instrumentarium moet na gebruik gereinigd worden. Een medische vaatwasmachine heeft de voorkeur, omdat deze een gevalideerd proces heeft. Dit geeft minder risico op contaminatie van de omgeving of spatincidenten. Sommige van deze machines kunnen ook desinfecteren. In de meeste huisartsen- of verloskundigenpraktijken is echter geen medische vaatwasmachine aanwezig. Om deze reden besteedt de richtlijn nog aandacht aan handmatige reiniging van instrumentarium.

Semi-kritisch instrumentarium dient na reiniging gedesinfecteerd te worden. Kritisch instrumentarium wordt na reiniging gesteriliseerd. Specula dienen altijd gereinigd en gesteriliseerd te worden na gebruik. Indien het speculum gebruikt wordt voor de insertie van IUD's, dan wordt het gerekend tot het kritisch

instrumentarium en dient het na sterilisatie verpakt bewaard te worden.

Hoe lang is gesteriliseerd kritisch instrumentarium houdbaar?

- Kritisch instrumentarium en andere kritische materialen blijven steriel zolang de verpakking droog en onbeschadigd blijft en niet te oud is. In te volle lades is het risico op beschadiging van verpakkingen groot.
- De houdbaarheid van de steriliteit is afhankelijk van verschillende factoren, zoals het type verpakkingsmateriaal en de manier van verpakken, transport, opslagmiddelen en opslagplaats. Het is lastig om de houdbaarheid van verschillende verpakking-opslagcombinaties in te schatten. Een handreiking hiervoor staat in de NEN-norm R5301-01 'Houdbaarheid van gesteriliseerde medische hulpmiddelen in instellingen', waarvan een onder-



Gebruik latex- en poedervrije handschoenen van hypoallergeen materiaal.

deel van de tekst is opgenomen in een bijlage bij de richtlijn, te vinden via een link.

- Gesteriliseerd kritisch instrumentarium dat verpakt in laminaatzakjes bewaard wordt, is één maand houdbaar. Dit lijkt weinig, maar gelukkig is de turnover van het meeste kritisch instrumentarium in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk hoog. De houdbaarheid van instrumentarium kan worden verlengd naar zes maanden indien er gebruik wordt gemaakt van een tweede verpakkingslaag, bijvoorbeeld nog een laag laminaat, én als deze verpakking in een gesloten bak wordt bewaard.

In welke situaties moet ik steriel werken?

Het gebruik van steriele handschoenen is onderdeel van steriel werken en is gebaseerd op algemeen aanvaarde microbiologische principes volgens Spaulding (jaren '50). Dit principe heeft bij chirurgische ingrepen en in de verloskunde

geleid tot een afname van het aantal infecties. In de oude WIP-richtlijn voor huisartsen stond vermeld dat er gehecht dient te worden met steriele handschoenen. Realiteit is echter dat het merendeel van de huisartsen hecht met niet-steriele handschoenen. Exacte cijfers over hoe vaak dit gebeurt, zijn er niet.

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het werken met niet-steriele versus steriele handschoenen bij chirurgische ingrepen in de eerste lijn. De onderzoeken die wij vonden, laten geen significant verschil zien in het aantal wondinfecties tussen werken met steriele of niet-steriele handschoenen bij kleine chirurgische, dermatologische ingrepen.

Wij concluderen dat het in bepaalde situaties volstaat om 'schoon' te werken, zoals bij het hechten van een ongecompliceerde snijwond bij een immunocompetente patiënt. In alle andere gevallen moet de huisarts een afweging maken wat betreft het wel of niet steriel werken.

Onder *schoon werken* wordt verstaan:

schone, niet-steriele handschoenen, desinfectie van het werkveld, steriel instrumentarium en het volgen van een standaardprocedure waarbij de ingreep niet wordt onderbroken.

Onder *steriel werken* wordt verstaan: steriele handschoenen, desinfectie van de huid, een steriel werkveld, steriel instrumentarium en het volgen van een standaardprocedure waarbij de ingreep niet wordt onderbroken. De inschatting wanneer steriel werken (en dus het gebruik van steriele handschoenen) is geïndiceerd, wordt overgelaten aan de huisarts.

Om de juiste afweging te maken of er steriel gewerkt moet worden bij een chirurgische ingreep in de eerste lijn of dat er andere voorzorgsmaatregelen genomen moeten worden (zoals antibiotische profylaxe of verwijzing naar de tweede lijn), is er behoefte aan handvatten.

Steriel werken wordt geadviseerd bij een verhoogd risico op een wondinfectie. Zowel patiëntgebonden factoren als een bepaald type ingreep kunnen risicoverhogend zijn. Voorbeelden van patiëntgebonden factoren die een verhoogd risico op infectie geven zijn: hoge leeftijd, comorbiditeit zoals immunosuppressie en diabetes mellitus. Voorbeelden van factoren samenhangend met de ingreep die een verhoogd risico op infectie kunnen geven zijn: de grootte en diepte van de excisie, lokalisatie van de excisie (oor, neus of onderste extremiteit), excisie van een huidmaligniteit (basaalcelcarcinoom of plaveiselcelcarcinoom). Andere factoren die de wondgenezing kunnen beïnvloeden: perifeer arterieel vaatlijden, neuropathie, gebruik anticoagulantia.

Hoe groot de invloed van de afzonderlijke risicofactoren is, valt helaas niet te zeggen. Een voorbeeld van een ingreep waarbij altijd steriel gewerkt moet worden is een vasectomie.

Wat is het beleid met betrekking tot de immuun- en vaccinatiestatus van praktijkmedewerkers (RI&E)?

Werkgevers van huisartsen- en verloskundigenpraktijken moeten een beleid hebben met betrekking tot de immuun- en vaccinatiestatus van praktijkmedewerkers (RI&E). Vanwege het risico op

Overzicht minimumnormen

Deze set minimumnormen hoort bij de richtlijn *Infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk* (versie 2017)

- Praktijkmedewerkers passen handhygiëne toe conform de richtlijn *Infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk*.
- Draag geen sieraden/accessoires aan handen en onderarmen zoals ringen, polshorloges, armbanden en braces tijdens het verrichten van ingrepen waarbij huid of slijmvlies worden doorbroken of tijdens verloskundige handelingen. Draag tijdens overige werkzaamheden hooguit een polshorloge als dit nodig is voor diagnostische doeleinden.
- Draag in elk geval schone (werk)kleding met korte mouwen tijdens het verrichten van ingrepen waarbij huid of slijmvlies worden doorbroken en tijdens verloskundige handelingen.
- Praktijkmedewerkers beschikken bij patiëntgebonden werkzaamheden binnen én buiten de praktijk over handalcohol.
- In de praktijk zijn de volgende persoonlijke beschermingsmiddelen aanwezig:
 - steriele en niet-steriele handschoenen;
 - chirurgisch mondneusmasker;
 - oogbescherming zoals een beschermende bril;
 - beschermende kleding zoals een disposable, niet vochtdoorlatend haltershort.
- Kritisch instrumentarium én specula worden gesteriliseerd na gebruik.
- De praktijk beschikt over een autoclaaf

die voldoet aan de daarvoor geldende kwaliteitseisen voor infectiepreventie zoals geformuleerd in deze richtlijn, of laat sterilisatie van medisch instrumentarium door een erkend professional buiten de voorziening uitvoeren.

- Praktijkmedewerkers die patiëntgebonden werkzaamheden verrichten, beschikken over een naaldencontainer (zowel op de praktijk als in de visitetas).
- Praktijkmedewerkers die patiëntgebonden werkzaamheden verrichten, zijn gevaccineerd tegen hepatitis B en hun vaccinatiestatus is bekend – tenzij een medewerker vaccinatie tegen hepatitis B, om welke reden dan ook, weigert. De praktijk houdt zich aan de regels voor non-responders en weigeraars zoals beschreven in de relevante richtlijnen.
- Alle 'medische hulpmiddelen' voldoen aan de daarvoor geldende kwaliteitseisen met betrekking tot infectiepreventie, zoals de NEN-normen, geformuleerd in deze richtlijn.
- Bij invasieve ingrepen wordt er minimaal schoon gewerkt. Schoon werken betekent minimaal: desinfectie van de huid, het gebruik van steriel instrumentarium, het gebruik van schone niet-steriele handschoenen en het volgen van een standaardprocedure waarbij de ingreep niet wordt onderbroken.

Definitie praktijkmedewerkers: (huis)artsen, verloskundigen, ondersteunend personeel en eventuele stagiaires in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk, die patiëntgebonden werkzaamheden verrichten.

blootstelling aan bloed behoren praktijkmedewerkers gevaccineerd te zijn tegen hepatitis B. De immunisatie voor hepatitis B moet een maand na de laatste injectie worden gecontroleerd.

Verder moet worden nagegaan of de praktijkmedewerker is gevaccineerd in overeenstemming met het Nederlandse rijksvaccinatieprogramma en of deze infectieziekten heeft (gehad), zoals hiv,

hepatitis B en hepatitis C. Wanneer een praktijkmedewerker niet gevaccineerd is volgens het RVP en de desbetreffende infecties niet heeft doorgemaakt in het verleden, dan wordt vaccinatie tegen BMR, DKTP én waterpokken geadviseerd. Het aanbieden van de overige vaccinaties in het RVP is twijfelachtig omdat deze infectieziekten weinig voorkomen en de kans op transmissie van

deze ziekten in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk heel klein is.

Als de praktijkmedewerker niet weet of hij een infectieziekte heeft doorgemaakt of is gevaccineerd, dan wordt eventueel een titer bepaald. Voor vrouwelijke verloskundigen of huisartsen die bevallingen doen is het wenselijk om een serostatus van CMV, parvovirus en varicella zoster te laten bepalen.

Praktijkmedewerkers die niet gevaccineerd willen worden kunnen niet gedwongen worden om zich te laten vaccineren. Hoe te handelen bij praktijkmedewerkers die niet zijn gevaccineerd tegen hepatitis B en bij nonresponders op vaccinatie, staat beschreven in de *Landelijke richtlijn preventie transmissie van hepatitis B van medisch personeel naar patiënten*.

IMPLEMENTATIETRAJECT

In deze richtlijn zijn diverse aanbevelingen opgenomen, die niet allemaal op korte termijn te realiseren zijn. Een implementatietraject is noodzakelijk. Bij de richtlijn zijn diverse bijlagen ontwikkeld, waarin de praktische uitwerkingen van aanbevelingen te vinden zijn. Deze zijn online te vinden via links in de richtlijn.

De meeste aanbevelingen in deze richtlijn zijn geen minimumnormen. Er is door de beroepsgroep een aparte set minimumnormen voor de huisartsen- en verloskundigenpraktijk vastgesteld, die naar verwachting binnen een jaar geïmplementeerd kan worden. Zie hieronder voor een overzicht van de set minimumnormen behorende bij deze richtlijn. ■

Belangrijkste wijzigingen

- Erythema migrans, hidradenitis suppurativa en traumatische (bijt)wonden en wondinfecties worden niet meer besproken in deze standaard, maar in de gelijknamige NHG-Behandelrichtlijnen.
- Het periaanaal abces is toegevoegd aan deze standaard.
- Verwijs alle vormen van een panaritium dezelfde dag naar de (plastisch) chirurg omdat de diepte van de infectie klinisch niet goed kan worden vastgesteld.
- Incisie en drainage, gevolgd door curettage van een acute sinus pilonidalis, geeft beduidend minder kans op een recidief vergeleken met incisie en drainage alleen.
- Verwijs een patiënt met een acute sinus pilonidalis naar de chirurg voor incisie, drainage en curettage in verband met vereiste adequate verdoving (meestal regionale of algehele anesthesie), tenzij de huisarts inschat dat lokale anesthesie volstaat en bekwaam is de procedure zelf uit te voeren.

Kernboodschappen

- Antibioticaresistentie voor *Staphylococcus aureus* komt weinig voor in de Nederlandse huisartsenpraktijk.
- Wacht bij twijfel over het bestaan van een abces één tot twee dagen af, of punteer of aspireer.
- Denk bij (recidiverende) abscessen op specifieke locaties (oksels, liezen) aan hidradenitis suppurativa als onderliggende ziekte (zie NHG-Behandelrichtlijn Hidradenitis suppurativa).
- Overweeg de diagnose necrotiserende wekedeleninfectie (voorheen: fasciitis necroticans) bij disproportioneel veel pijn, een onscherp begrensd erytheem en/of sepsis.
- Maak bij een cellulitis rondom het oog onderscheid tussen een periorbitale

en orbitale cellulitis en verwijs bij een vermoeden van een orbitale cellulitis met spoed naar de oogarts.

- Behandel predisponerende factoren (intertrigo, erythrasma, mycose en lymfoedeem aan de onderste extremiteiten) ter voorkoming van een recidief cellulitis.
- Verwijs een patiënt met een periaanaal abces naar de chirurg voor incisie en drainage, omdat adequate verdoving (meestal regionale of algehele anesthesie) nodig is voor goede beoordeling en de chirurg eventueel benodigde aanvullende fistulotomie kan uitvoeren. De huisarts hoeft de patiënt niet te verwijzen als hij inschat dat alleen incisie en drainage voldoende is en hij bekwaam is de procedure zelf uit te voeren.

INLEIDING

De NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van bacteriële infecties van de huid en huidadnexen (haarfollikels, talgklieren, zweetklieren en het nagelbed).

Andere huidaandoeningen waarbij een bacteriële verwekker een rol speelt, zoals acne, hidradenitis suppurativa, otitis externa, hordeolum en huidaandoeningen die uitingen zijn van seksueel overdraagbare aandoeningen, vallen buiten het bestek van deze standaard.

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 zijn 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 afwij-

ACHTERGRONDEN**Begrippen**

De standaard hanteert de volgende indeling van bacteriële huidinfecties:

- *oppervlakkige bacteriële huidinfecties*: erythrasma, folliculitis, impetigo, pitted keratolysis;
- *diepe bacteriële huidinfecties*: cellulitis/erysipelas, ecthyma, erysipeloïd, furunkel/karbunkel, panaritium, paronychia, periaanaal abces, sinus pilonidalis.

Epidemiologie

De totale incidentie van bacteriële huidinfecties in de huisartsenpraktijk ligt naar schatting rond 50 per 1000 per jaar.¹ Antibioticaresistentie van de meest voorkomende verwekker van bacteriële huidinfecties, de *Staphylococcus aureus*, komt in de Nederlandse huisartsenpraktijk weinig voor. De prevalentie van resistentie varieert van 0-5% voor middelen van eerste keus, zoals flucloxacilline en fusidinezuurcrème, en 4-7% voor reservemiddelen, zoals azitromycine en claritromycine. Dit geldt waarschijnlijk ook voor antibioticaresistentie van *Streptococcus pyogenes*. De prevalentie van meticillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) in de Nederlandse huisartsenpraktijk is gemiddeld 0,8%, maar kan regionaal verschillen. De prevalentie van MRSA onder asielzoekers en geëmigreerde vluchtelingen is vele malen hoger, namelijk 10%.²

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

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistent, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke 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.

De werkgroep bestond uit (op alfabetische volgorde): Bons SCS, Bouma M, Draijer LW, Koning S, Mulder L, Warnier MJ, Wichers IM. NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (tweede herziening). Huisarts Wet 2017;60(5):224-33.

De NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties is geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie (Huisarts Wet 2007;50(9):426-44).

Etiologie

De huid van de mens is gekoloniseerd met permanente en tijdelijke bacteriën, waarvan de aantallen verschillen per individu en plaats op het lichaam.³ Door hygiënemaatregelen, zoals handen wassen, vermindert het aantal tijdelijke bacteriën op de huid. Tot de permanente groep horen onder andere de *Staphylococcus epidermis*, *Staphylococcus hominis*, *Propionibacterium acnes* en *Corynebacterium minutissimum*. Permanente bacteriën zijn minder pathogeen dan de tijdelijke en veroorzaken vaak pas huidinfecties wanneer er een huiddefect is. Belangrijke bacteriën uit de tijdelijke groep zijn onder andere de *Staphylococcus aureus* en *Streptococcus pyogenes* (groep-A-bèta-hemolytische streptokok). Dragerschap van *Staphylococcus aureus* wordt gezien als een belangrijk reservoir voor het ontwikkelen van resistentie en recidiverende huidinfecties, zoals cellulitis en furunculose. De neus is het meest consistente reservoir voor *Staphylococcus aureus*. In Nederland is 17,5% van de gezonde volwassenen en 38,5% van de gezonde kinderen permanent drager van deze bacterie.⁴

In wond- en puspreparaten uit huisartsenpraktijken in Europese landen werd bij patiënten < 12 en > 12 jaar bij respectievelijk 59% en 50% een *S. aureus* en bij 23% en 14% een grampositieve verwekker (zoals streptokokken) gekweekt.⁵

Algemene risicofactoren voor een bacteriële huidinfectie zijn een beschadiging van de huid, een verminderde arteriële of veneuze circulatie, verminderde lymfeafvoer en een verminderde aangeboren of verworven afweer.⁶

Risicofactoren voor dragerschap zijn etnische afkomst, hemodialyse, nierfalen, hiv, diabetes mellitus, overgewicht en bepaalde huidaandoeningen. Dragerschap van *Streptococcus pyogenes* komt weinig voor.

Pathofysiologie

Hieronder worden de verschillende bacteriële huidinfecties en abscessen besproken.⁷ Necrotiserende wekedeleninfectie en het staphylococcal scalded skin syndroom, die onderdeel van de differentiaaldiagnoses vormen, worden hier ook besproken.

Oppervlakkige bacteriële huidinfecties

Erythrasma

Erythrasma is een oppervlakkige huidinfectie die veroorzaakt wordt door *Corynebacterium minutissimum*. De infectie kenmerkt zich door scherp begrensde, roodbruine, fijn schilferende plekken die vooral voorkomen tussen de tenen en in mindere mate in de liezen, oksels en submammair. Erythrasma komt voornamelijk voor bij volwassenen. Meestal geeft erythrasma weinig klachten, soms irritatie of jeuk. Factoren die mogelijk een oorzakelijke rol spelen zijn warmte, zweten, obesitas en diabetes. Het natuurlijk beloop is niet bekend.

Folliculitis

Folliculitis (puist) is een oppervlakkige ontsteking van de hals van de haarfollikel. *Staphylococcus aureus* is de meest voorkomende verwekker. Andere bacteriële verwekkers zijn *Pseudomonas aeruginosa* (aanwezig in vervuilde baden) en *Propionibacterium acnes* (zie NHG-Standaard Acne). Naast de bacteriële oorzaken bestaan er ook mycotische (Pityrosporum/Malassezia folliculitis), parasitaire (demodexfolliculitis), chemische en iatrogene (pseudofolliculitis barbae) oorzaken, die buiten het bestek van deze standaard vallen. Het onderscheid tussen een bacteriële of mycotische verwekker is klinisch niet goed vast te stellen. Een folliculitis komt vaak gegroepeerd voor op een erythmateuze ondergrond. Naast algemene risicofactoren worden epileren, scheren, occlusie en contact met oliën in verband gebracht met folliculitis. De aandoening gaat meestal binnen één tot twee weken vanzelf over.

Impetigo

Impetigo (krentenbaard) is een besmettelijke, oppervlakkige huidinfectie. De meest voorkomende verwekker is *Staphylococcus aureus*. In ongeveer 10% van de gevallen is de verwekker een *Streptococcus pyogenes* of een menginfectie. In zeldzame gevallen kan dit resulteren in een acute glomerulonefritis. Er zijn twee presentatievormen: impetigo vulgaris of crustosa en impetigo bullosa. De laatste vorm komt maar weinig voor.

Impetigo vulgaris of crustosa kenmerkt zich door laesies van geelbruine korsten, terwijl bij impetigo bullosa blaasvorming het klinisch beeld bepaalt. De voorkeurslokatie is het gelaat. Impetigo komt vooral voor bij kinderen < 12 jaar. De kans op besmetting van andere kinderen is in de periode tot het indrogen van de erupties groot. Impetigo komt soms in epidemieën op scholen of binnen een gezin voor. Het natuurlijk beloop van impetigo is gunstig. Van impetiginisatie is sprake wanneer een bestaande dermatose (meestal eczeem) geïnfecteerd raakt (zie de NHG-Standaard Eczeem).

Pitted keratolysis

Pitted keratolysis (keratolysis plantare sulcatum) ontstaat door een combinatie van vocht, warmte en *Corynebacterium minutissimum*. Mogelijk spelen ook andere bacteriën een rol. Deze infectie kenmerkt zich door putjes in de hoornlaag die in grootte variëren en kunnen samenvloeien tot oppervlakkige erosies. De aandoening komt voornamelijk voor op de voetzolen, aan de randen van de tenen en soms ook op de handpalmen. Meestal heeft de patiënt geen klachten; soms klagen patiënten over irritatie en een hinderlijke geur wanneer de infectie gepaard gaat met zweetvoeten. Het natuurlijk beloop is niet bekend.

Diepe bacteriële huidinfecties

Cellulitis/erysipelas

In deze standaard wordt de term cellulitis gebruikt voor zowel cellulitis als erysipelas (wondroos).⁸ Cellulitis is een diepe huidinfectie, die meestal wordt veroorzaakt door een infectie met bèta-hemolytische streptokokken (waaronder *Streptococcus pyogenes*) of *Staphylococcus aureus*. De *porte d'entrée* is doorgaans een huiddefect. Cellulitis is te herkennen aan een pijnlijk, warm, scherp begrensd en glanzend erytheem dat soms gepaard gaat met algemene ziekteverschijnselen, zoals koorts, rillingen en misselijkheid en (hemorragische) blaren of pustels. Cellulitis komt vaak voor aan een been, minder vaak aan een arm of in het gezicht en zelden of nooit beider-

zijds. Complicaties als abcesvorming, nefritis en sepsis bij een cellulitis zijn zeldzaam. Cellulitis recidiveert in 25% van de gevallen binnen drie jaar.

Risicofactoren voor een recidief cellulitis zijn lymfoedeem (tevens een mogelijk gevolg van cellulitis), ulcera of traumatische wonden aan het been, tinea pedis, interdigitale intertrigo en overgewicht. Daarnaast zijn chronische veneuze insufficiëntie, perifeer vaatlijden en ipsilaterale diepe veneuze trombose ook beschreven als risicofactoren.

Bij een cellulitis rondom het oog kan er sprake zijn van een cellulitis voor het orbitale septum, de *preseptale of periorbitale cellulitis* (geen oogklachten) of een cellulitis achter het septum orbitae, de *orbitale cellulitis* (pijn, visusklachten, oogbewegings- stoornissen en exophthalmus). De periorbitale cellulitis reageert doorgaans goed op orale antibiotica en complicaties zijn zeldzaam, terwijl bij een orbitale cellulitis een risico op ernstige complicaties, zoals sinus cavernosus-trombose, meningitis en hersenabces, bestaat.

Ecthyma

Ecthyma is een ulcus die veroorzaakt wordt door een infectie. Meestal wordt een ecthyma veroorzaakt door groep-A-hemolytische streptokokken, maar ook stafylokokken, *Pseudomonas* (ecthyma gangrenosum) of het parapoxvirus (orf of ecthyma contagiosum) kunnen deze veroorzaken. Orf komt vaak voor bij veehouders met zieke dieren en geneest spontaan. Omdat het niet mogelijk is om een onderscheid tussen een bacterieel en viraal infect te maken, is de anamnese essentieel. Een ecthyma wordt gekenmerkt door een uitgeponst ulcus omgeven door een rode hof en ontstaat gewoonlijk secundair aan een bestaande huidlaesie (insectenbeet of wondje). De aandoening komt vooral voor bij patiënten met een verminderde weerstand en/of door een gebrekkige hygiëne. Een ecthyma-ulcus geneest met littekenvorming.

Erysipeloid

Erysipeloid (vlekziekte) wordt veroorzaakt door *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Dit is een

bacterie die bij vrijwel alle dieren voorkomt en wordt uitgescheiden met de mest. Erysipeloid kenmerkt zich door een blauwrode, scherp begrensde pijnlijke plek op de hand of vinger, soms met regionale lymfeklierzwellings en koorts. Het is een beroepsziekte die tegenwoordig nog maar zelden voorkomt door de verbeterde hygiëne en technologische vooruitgang in de voedselindustrie. Besmetting vindt meestal plaats via een huiddefect. Personen die frequent met vis, vogels of vlees (visserij, poeliers en slagers) in aanraking komen, lopen het grootste risico. Het beloop is meestal goedaardig en kan enkele weken tot maanden duren.

Furunkel en karbunkel

Bij een furunkel (diepe folliculitis of steenpuist) is er sprake van een diepe necrotiserende ontsteking van een haarfollikel of van een conglomeraat van follikels (karbunkel of negenoot). De verwekker is doorgaans *Staphylococcus aureus*, soms een streptokok, proteus- of pseudomonasbacterie. Een furunkel wordt mogelijk veroorzaakt door een stoornis in de afvoer van de follikel. Soms speelt een beschadiging van de huid (bijvoorbeeld door schurende kleding) een rol. In de basis van de follikel ontstaat een abces, dat doorgaans binnen een week spontaan doorbreekt. Hierna wordt het restinfiltraat binnen enkele weken resorbeerd. Bij personen met verminderde afweer kunnen bacteriëmie en sepsis optreden. Bij furunkels in het gelaat (met name de neus) is trombose van de sinus cavernosus een zeldzame, maar ernstige complicatie. Bij aanwezigheid van grotere aantallen furunkels tegelijkertijd of bij frequente recidieven (meer dan vier per jaar) spreekt men vaak van furunculose. Een karbunkel zit vaak dieper, waardoor specialistische chirurgische behandeling geïndiceerd is.

Necrotiserende wekedeleninfectie (voorheen: fasciitis necroticans)

Necrotiserende wekedeleninfectie is een zeldzame fulminante infectie van de weke delen met uitbreiding naar de huid. Het wordt veroorzaakt door mono-infecties en door mengflora. Het be-

gint vaak met een onscherp begrensd erytheem met swelling en de patiënt heeft buitenproportioneel veel pijn en sepsis. De voorkeurslocaties zijn de extremiteiten, de thorax en het perineum. Daarnaast kan binnen enkele uren tot dagen een paarsrode huidverkleuring met bullae, gangreen en necrose ontstaan. In een groot deel van de gevallen is de porte d'entrée een chronische of traumatische wond en is er sprake van comorbiditeit (diabetes mellitus, perifeer arterieel vaatlijden). Risicofactoren voor overlijden aan een necrotiserende wekedeleninfectie zijn oudere leeftijd, meerdere infectiehaarden, ernstig perifeer arterieel vaatlijden, ziekenhuisgerelateerde infectie en ernstige sepsis en shock bij ziekenhuisopname door late herkenning. Hoewel de kwaliteit van de zorg verbeterd is, houdt de helft van de patiënten matige tot ernstige beperkingen of moet een amputatie ondergaan en overlijdt een kwart van de patiënten.

Panaritium

Een panaritium (fijt) is een etterende ontsteking aan de buigzijde van de vingers, die kan ontstaan na een (prik)verwonding. De verwekker is *Staphylococcus aureus*. De vingertop bestaat uit kleine compartimenten, waardoor abcesvorming al snel een kloppende pijn veroorzaakt. Andere symptomen zijn lokale swelling en roodheid. De septa van de compartimenten zijn gehecht aan het bot, waardoor het risico bestaat op een osteomyelitis. Hoewel bij een oppervlakkige ontsteking soms een pusblaar zichtbaar is, blijft het onderscheid tussen een oppervlakkig (cutaan) en diep panaritium (subcutaan, ossaal of in de pezen) klinisch niet goed mogelijk. Het natuurlijk beloop is niet bekend.

Paronychia

Een paronychia (omloop) is een ontsteking van de nagelriem. Een acuut paronychia wordt waarschijnlijk veroorzaakt door *Staphylococcus aureus*, hoewel ook verwekkers worden gevonden die tot de normale mondflora behoren. In de loop van het ontstekingsproces kan pusvorming optreden. Het abces kan soms spontaan ontlasten.

Bij een langer bestaand paronychia spreekt men van een chronisch paronychia dat vaak minder pijnlijk is en een hobbelig aspect en verkleuring van de nagel kan veroorzaken. Bij een chronisch paronychia spelen frequent contact met water of vocht (huishoudelijk werk, duimzuigen), bepaalde voedingsmiddelen of irriterende stoffen (visboer, bakker) en een mechanisch trauma (op nagelriemen bijten) waarschijnlijk een belangrijke rol. Deze factoren en een slechte hygiëne verhogen het risico op een secundaire infectie met een schimmel of bacterie. Daarnaast kunnen bepaalde medicijnen (onder andere retrovirale middelen en tretinoïne) een chronisch paronychia veroorzaken.

Periaanaal abces

Het periaanaal abces is een ontsteking van de anale klieren, waarbij zowel aerobe als anaerobe bacteriën worden gevonden. De anale klieren penetreren de anale sfincter tot aan het intersfincterische vlak, zodat een abces zich op verschillende niveaus kan voordoen. Het wordt ingedeeld naar lokalisatie (van oppervlakkig naar diep) in periaanaal, ischiorectaal, intersfincterisch en supraleveator. De klachten kunnen variëren van oppervlakkige pijn, koorts en zwelling tot alleen diepe anale pijn. In 30-50% van de gevallen ontstaat er bij het abces een fistel. Het periaanaal abces kan een uiting zijn van colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn.

Sinus pilonidalis

Een sinus pilonidalis is een verworven ontsteking in de bilnaad. Verwekkers zijn zowel aerobe als anaerobe bacteriën. Er zijn twee ontstaanswijzen. De ontsteking begint vrijwel altijd met een verstopte haarfollikel, die subcutaan kan barsten. Hierdoor ontstaat een abces (acute sinus pilonidalis). Soms vindt epithelisatie van de abcesholte plaats met fistelvorming als gevolg (chronische sinus pilonidalis). Zelden blijkt een sinus pilonidalis te ontstaan door een afgebroken haar die abnormaal in de huid groeit en een vreemdlichaamreactie veroorzaakt met cyste of fistelvorming als gevolg. De aandoening komt

twee keer zo vaak voor bij mannen als bij vrouwen op een gemiddelde leeftijd van respectievelijk 21 en 19 jaar. Risicofactoren zijn overmatige beharing en obesitas.

Staphylococcal scalded skin syndrome

Het staphylococcal scalded skin syndrome wordt veroorzaakt door een toxine die geproduceerd wordt door de *Staphylococcus aureus*. Dit syndroom kenmerkt zich door snel uitbreidende blaarvorming en vervelling lijkend op een verbranding van de huid. Vaak gaat dit gepaard met koorts. De aandoening komt vooral voor bij kinderen < 5 jaar, mogelijk door het minder goed kunnen klaren van de toxinen. Om deze reden treedt het soms ook op bij ouderen met nierfunctiestoornissen of immuuncompromitteerden. Het syndroom kan levensbedreigend zijn indien het niet op tijd behandeld wordt.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

Het doel van de anamnese is om een risico-inschatting te maken van de ernst en oorzaak van de huidinfectie.

Informeer naar:

- lokalisatie, duur en beloop van de huidaandoening;
- koorts, algemeen ziek-zijn, mate van pijn en jeuk;
- beroep (in verband met aard verwekker, risico op MRSA (zie **Kader 2**) en risico op besmetting van anderen in zorg en voedingsmiddelenindustrie);
- hygiëne (dak- en thuislozen);
- verblijf of operatie in buitenlands ziekenhuis (risico op MRSA, zie **Kader 2**);
- comorbiditeit en medicatie: controleer of een patiënt tot een *risicogroep* behoort (zie **Kader 3**).

Vraag op indicatie:

- naar oogklachten (pijn, verminderde visus) bij cellulitis rondom het oog;
- bij een abces naar eerdere abscessen of cystes (denk aan hidradenitis suppurativa bij recidiverende ontstekingen of typische lokaties (oksels, liezen, submamair)).

Kader 1 Spoed

De huisarts vormt zich eerst een indruk van de klinische stabiliteit van de patiënt volgens de ABCDE-systematiek. Bij spoedgevallen gaat het vooral om de patiënt die ernstig ziek is of met een verdenking op een sepsis of waarbij er aanwijzingen zijn voor een bedreigd lichaamsdeel. In deze gevallen wordt de patiënt met spoed verwezen.

Kader 2 Patiënten met verhoogd risico op MRSA

- Patiënten die < 2 maanden geleden > 24 uur waren opgenomen of geopereerd in een buitenlands ziekenhuis.⁹
- Patiënten die van een afdeling of unit komen waar MRSA voorkwam.
- Patiënten die beroepsmatig nauw contact hebben met levende varkens of vleeskalveren.
- Patiënten met een bekend dragerschap voor MRSA.
- Patiënten die < 2 maanden geleden woonachtig waren in een asielzoekerscentrum.

Kader 3 Risicogroepen

- *Verhoogd risico op gecompliceerd beloop door een verminderde afweer*: onder andere onbehandelde hiv-infectie, multipale sclerose, transplantatie (orgaan/stamcel/beenmerg) in verleden, (hematologische) maligniteit, asplenie, medicatie (immunosuppressiva, (soms tot een jaar na gebruik van) cytostatica en intraveneus drugsgebruik.⁶
- *Verhoogd risico op endocarditis*: voorgeschiedenis van endocarditis, hartklep-prothesen of aangeboren hartklepafwijkingen.¹⁰
- *Verhoogd risico op infectie van een gewrichtsprothese*: een gewrichtsprothese < 2 jaar oud of een gewrichtsprothese > 2 jaar in combinatie met een voorgeschiedenis van een geïnfecteerde gewrichtsprothese, reumatische gewrichtsaandoening of hemofilie.¹¹

Lichamelijk onderzoek

Verricht het volgende onderzoek:

- beoordeel de algemene toestand en mate van ziek-zijn (op indicatie pols/bloeddruk, zie **kader 1**);
- beoordeel de omvang, begrenzing, zwelling, kleur en warmte van de huidinfectie;
- beoordeel of er sprake is van fluctuatie, purulent exsudaat, korstvorming of necrose;
- beoordeel bij vermoeden van een abces de omvang en aanwezigheid van fistels;

- beoordeel bij roodheid en zwelling rondom het oog de visus, oogbewegingen en aanwezigheid van exophthalmus.

Aanvullend onderzoek

Aanvullend onderzoek is niet nodig, behalve bij:¹²

- patiënten met een verhoogd risico op MRSA: kweek van huidlaesie, neus- en keelslijmvlies en perineum;¹³
- patiënten waarbij screening op dragerschap voor *Staphylococcus aureus* gewenst is (bijvoorbeeld bij recidiverende impetigo of furunculose); neuskweek;
- twijfel over het bestaan van een abces: wacht één tot twee dagen af of verricht een proefaspiratie of punctie (eventueel echografie).¹⁴

Het gebruik van een woodlamp om erythrasma aan te tonen wordt niet aanbevolen.¹⁵

Evaluatie

Ga na of er een indicatie is voor een spoedverwijzing naar de medisch-specialist:¹⁶

- een diepe bacteriële huidinfectie en algemene ziekteverschijnselen of snelle progressie van erytheem bij een patiënt met verminderde afweer (zie *Anamnese*);
- een diepe bacteriële huidinfectie in de buurt van medische implantaten (bijvoorbeeld drains of shunts);
- een (vermoeden van) orbitale cellulitis (roodheid en zwelling rondom oog, gestoorde visus en/of oogbewegingen en exophthalmus). Bij cellulitis periorbitalis ontbreken de oogklachten of -afwijkingen en zijn complicaties zeldzaam bij medicamenteuze behandeling (zie *Beleid cellulitis*);
- een (vermoeden van) necrotiserende wekedeleninfectie (onevenredig veel pijn bij ontsteking/wond).

De huisarts stelt op basis van de uitslag van de kweek vast of er sprake is van:

- dragerschap voor *Staphylococcus aureus*: bij een positieve neuskweek;
- dragerschap voor MRSA en/of huidinfectie door MRSA: bij een positieve

keel-, neus, perineum- of huidlaesiekweek.

In de overige gevallen stelt de huisarts de diagnose op basis van het lichamelijk onderzoek.

De verschillende bacteriële huidinfecties staan opgesomd in [tabel 1 en 2], waarin de kenmerken, de differentiaaldiagnostiek en de behandeling van de verschillende huidaandoeningen zijn samengevat.

RICHTLIJNEN BELEID

Hieronder staat per aandoening het beleid beschreven.

Voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling

De niet-medicamenteuze behandelingen staan bij de desbetreffende aandoeningen en in [tabel 1 en 2].

- Geef uitleg over de ontstaanswijze en het beloop van de aandoening.
- Geef hygiëne-adviezen:¹⁷
 - Regelmatig handen wassen met zeep

Tabel 1 Oppervlakkige bacteriële huidinfecties

Aandoening: efflorescenties	Differentiaaldiagnose	Niet-medicamenteuze behandeling	Medicamenteuze behandeling*
<i>Erythrasma</i> : scherp begrensde roodbruine egale uitslag met soms schilfering	Dermatomyosen	Adviseer factoren te vermijden die de overgroei bevorderen, zoals warmte en vocht. Adviseer de huidplooiën eenmaal daags te wassen; maak de aangedane huidplooiën daarna goed droog.	1. Miconazolcrème 20 mg/g 2 dd, 2-6 weken of bij uitgebreide laesies, zie stap 3. 2. Bij onvoldoende verbetering: fusidinezuurcrème 20 mg/g 3 dd, max. 2 weken. 3. Bij onvoldoende effect van stap 1 en 2: claritromycine éénmalig 1000 mg (alleen volwassenen).
<i>Folliculitis</i> : folliculaire pustels, omgeven door rode rand, met later eventueel korstvorming	Acne vulgaris pseudofolliculitis barbae, dermatitis perioralis, pityrosporum-folliculitis	Vermijd lokale corticosteroiden, vetten en oliën op de huid. Dek de huid niet af met pleisters. Wacht het spontane beloop zo veel mogelijk af.	1. Geen. 2. Bij hardnekkige klachten: flucloxacilline 500 mg 4 dd en bij kinderen 40 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1500 mg/dag), 7 dagen. Bij penicilline-overgevoeligheid: claritromycine 500 mg 2 dd en bij kinderen 15 mg/kg/dag in 2 giften (max. 1000 mg/dag) of clindamycine 600 mg 3 dd en bij kinderen 20 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1800 mg/dag), 7 dagen.
<i>Impetigo vulgaris (crustosa of bullosa)</i> : vesikels en pustels of blaren, exsudatieve geelbruine korsten op erythematuze bodem	Herpes simplex labialis staphylococcal scalded skin syndroom eczema herpeticum (bij impetiginisatie)	Gebruik van antiseptica en desinfectantia wordt niet aanbevolen.	1. Fusidinezuurcrème 20 mg/g 3 dd, max. 2 weken. 2. Bij onvoldoende verbetering: flucloxacilline 500 mg 4 dd en bij kinderen 40 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1500 mg/dag), 7 dagen. Bij penicilline-overgevoeligheid: claritromycine 500 mg 2 dd en bij kinderen 15 mg/kg/dag in 2 giften (max. 1000 mg/dag) of clindamycine 600 mg 3 dd en bij kinderen 20 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1800 mg/dag), 7 dagen.
<i>Pitted keratolysis</i> : putjes in de hoornlaag, soms uitgebreide erosies	Hyperhidrosis, tinea pedis, contacteczeem	Geen	1. Clindamycine 1% /benzoylperoxide 5% gel 1 dd (volwassenen en kinderen ≥ 12 jaar), 3-4 weken; bij kinderen < 12 jaar miconazolcrème 20mg/g 2 dd, 2-6 weken 2. Bij onvoldoende verbetering: miconazolcrème 20 mg/g 2 dd, 2-6 weken

* In de kolom 'Medicamenteuze behandeling' wordt indien van toepassing een stappenplan aangegeven.

Zie Achtergrond.

Tabel 2 Diepe bacteriële huidinfecties

Aandoening: efflorescenties	Differentiaaldiagnose	Niet-medicamenteuze behandeling	Medicamenteuze behandeling*
<i>Cellulitis</i> : (on)scherp begrensd glanzend rood, warm en gezwollen, soms bulleus	Necrotiserende weke-deleninfectie (disproportionele pijn) [#] , diepe veneuze trombose, stase dermatitis of lymfoedeem (beide benen)	Zwachtelen van het been wordt niet aanbevolen in de eerste vier tot zes weken van een cellulitis. Overweeg te starten met ambulante compressietherapie bij persisterend lymfoedeem na deze periode. Adviseer de belasting te beperken en het been hoog te leggen gedurende een week.	Flucloxacilline 500 mg 4 dd en bij kinderen 40 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1500 mg/dag), 10 tot 14 dagen. Bij penicilline-overgevoeligheid: claritromycine 500 mg 2 dd en bij kinderen 15 mg/kg/dag in 2 giften (max. 1000 mg/dag) of clindamycine 600 mg 3 dd en bij kinderen 20 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1800 mg/dag), 10 tot 14 dagen.
<i>Ecthyma-ulcus (bacterieel)</i> : met gele korsten bedekt ulcus, omgeven door een rode rand	Ecthyma door parapoxvirus (orf), ulcus cruris	Geen	Flucloxacilline 500 mg 4 dd en bij kinderen 40 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1500 mg/dag), 10 dagen. Bij penicilline-overgevoeligheid: claritromycine 500 mg 2 dd en bij kinderen 15 mg/kg/dag in 2 giften (max. 1000 mg/dag) of clindamycine 600 mg 3 dd en bij kinderen 20 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1800 mg/dag), 10 dagen.
<i>Erysipeloid</i> : omschreven (paars) rode, uitbreidende plek, doorgaans vanuit een wondje	Cellulitis, contact dermatitis (vaak symmetrisch)	Geen	Feneticilline 500 mg 3 dd (volwassenen en kinderen ≥ 10 jaar) en kinderen < 2 jaar: 125 mg 3 dd, 2 tot 10 jaar: 250 mg 3 dd of fenoxymethylpenicilline 500 mg 3 dd (alleen volwassenen), 7 dagen. Bij penicilline-overgevoeligheid: claritromycine 500 mg 2 dd en bij kinderen 15 mg/kg/dag in 2 giften (max. 1000 mg/dag) of clindamycine 600 mg 3 dd en bij kinderen 20 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1800 mg/dag), 7 dagen.
<i>Furunkel</i> : rood, warm infiltraat met centraal purulente blaas of necrotische prop	Hidradenitis suppurativa	Adviseer strak zittende en schurende kleding te vermijden.	1. Zie Beleid bij abces [kader 4]. Geef tevens antibiotica bij een furunkel boven de onderste kaaklijn, algemene ziekteverschijnselen of bij risicogroepen [kader 3], zie stap 2 2. Bij niet-genezende furunkel: flucloxacilline 500 mg 4 dd en bij kinderen 40 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1500 mg/dag), 7 dagen. Bij penicilline-overgevoeligheid: claritromycine 500 mg 2 dd en bij kinderen 15 mg/kg/dag in 2 giften (max. 1000 mg/dag) of clindamycine 600 mg 3 dd en bij kinderen 20 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1800 mg/dag), 7 dagen.
<i>Karbunkel</i> : conglomeraat van furunkels		Geen	Zie Verwijzing
<i>Panaritium</i> : zwelling en roodheid	Panaritium tendinosum, panaritium ossale, handflegmone	Geen	Zie Verwijzing
<i>Paronychia (acuut)</i> : rode en gezwollen nagelwal, eerst eenzijdig, later uitbreidend naar andere zijde van de nagelwal	Herpes simplex	Geen	1. Zie Beleid bij abces [kader 4] 2. Bij uitbreiding infectie: amoxicilline/clavulaanzuur 500/125 mg 3 dd en bij kinderen 40/10 mg/kg/dag in 3 giften (max. 1500/375 mg/dag), 7 dagen Bij penicilline-overgevoeligheid: volwassenen en kinderen ≥ 8 jaar en gewicht > 50 kg: doxycycline 1 dd 100 mg (eerste dag 200 mg) en bij kinderen ≥ 8 jaar en gewicht < 50 kg: 1 dd 2 mg/kg (eerste dag 4 mg/kg), 7 dagen Kinderen < 8 jaar: clindamycine 20 mg/kg/dag (max. 1800 mg/dag), 7 dagen
<i>Perianaal abces</i> : rood infiltraat rondom of in de anus	Sinus pilonidalis, abces bij hidradenitis suppurativa, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa	Geen	Zie Verwijzing
<i>Sinus pilonidalis, acute</i> : rood infiltraat in de bilnaad	Perianaal abces, abces bij hidradenitis suppurativa, furunkel, ziekte van Crohn	Geen	Zie Verwijzing

* In de kolom 'Medicamenteuze behandeling' wordt indien van toepassing een stappenplan aangegeven.

[#] Zie Achtergrond.

Tabel 3 Antibioticadoseringen

Preparaat	Volwassenen	Kinderen
Amoxicilline/clavulaanzuur	500/125 mg 3 dd	40/10 mg/kg/dag* in 3 giften (max. 1500/375 mg/dag)
Clarithromycine	500 mg 2 dd	15 mg/kg/dag* in 2 giften (max. 1000 mg/dag)
Clindamycine	600 mg 3 dd	20 mg/kg/dag* in 3 giften (max. 1800 mg/dag)
Doxycycline	100 mg 1 dd (eerste dag: 200 mg)	< 8 jaar: niet geven ≥ 8 jaar en < 50 kg: 2 mg/kg/dag 1 dd (eerste dag 4 mg/kg) ≥ 50 kg: 1 dd 100 mg (eerste dag 200 mg)
Feneticilline	500 mg 3 dd	< 2 jaar: 125 mg 3 dd 2 tot 10 jaar: 250 mg 3 dd ≥ 10 jaar: 500 mg 3 dd
Flucloxacilline	500 mg 4 dd	40 mg/kg/dag* in 3 giften (max. 1500 mg/dag)

* De doseringen zijn geschikt voor een matig-ernstige huidinfectie.

en goed drogen, nagels kort knippen;
– Eigen handdoek gebruiken en deze dagelijks verschoonen;
– Contact met de aangedane huid vermijden.

- Leg uit dat baden of een nat verband niet zinvol zijn voor de behandeling van een bacteriële huidinfectie.^{18,19} Het verweken van korsten of verkleefde wondranden kan wel nuttig zijn voor de genezing.
- Leg uit dat voor de genezing van diepe bacteriële huidinfecties beperking van de belasting van het aangedane lichaamsdeel waarschijnlijk zinvol is.
- Adviseer een patiënt met een vermoeden van een stafylokokken-, streptokokken- of MRSA-infectie van de huid, die werkzaam is in de voedingsindustrie of gezondheidszorg, contact op te nemen met de bedrijfsarts voor eventuele aanpassing van de werkzaamheden om verspreiding te voorkomen.²⁰
- In aansluiting op de mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar informatie over de verschillende aandoeningen op de website Thuisarts.nl.

Medicamenteuze behandeling

De medicamenteuze behandelingen staan bij de desbetreffende aandoeningen en in [tabel 1 en 2]. De doseringen van de verschillende antibiotica zijn samengevat in [tabel 3]. Kinderdoseringen ontbreken bij bacteriële huidinfecties die zelden of nooit bij kinderen worden gezien. Overleg met de medisch microbioloog of internist-infectioloog bij een bacteriële huidinfectie die veroorzaakt is door MRSA.

Positieve MRSA-kweek

Overleg met de medisch microbioloog of internist-infectioloog bij een bacteriële huidinfectie die veroorzaakt is door MRSA.

MRSA-dragerschap

Voor de maatregelen en medicamenteuze adviezen bij MRSA-dragerschap

Kader 4 Beleid bij abces

In dit kader wordt het algemene beleid bij een (beginnend) abces besproken (zoals bij een geïnfecteerde atheroom- of epitheelcyste). Het beleid bij een furunkel en paronychia staat ook beschreven bij de betreffende aandoening. Verwijs een karbunkel of panaritium voor behandeling naar de chirurg. Het beleid bij een periaanaal abces en sinus pilonidalis staat beschreven bij de betreffende aandoening.

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

- Leg bij afwezigheid van pus of fluctuatie uit dat het nodig is een tot twee dagen te wachten voordat de incisie gegeven kan worden.
- Leg bij een vastgesteld abces uit dat er sprake is van een ontsteking met pus, waarvoor chirurgische behandeling noodzakelijk is.

Medicamenteuze behandeling

- Geef pijnstilling (zie NHG-Standaard Pijn) aan patiënten met een beginnend abces die een tot twee dagen moeten wachten.

Chirurgische behandeling

- Bij fluctuatie zijn incisie en drainage van het abces geïndiceerd.
- Beoordeel eerst of het abces met lokale anesthesie voldoende verdoofd kan worden, verwijs bij twijfel naar de chirurg.
- Geef uitleg over de procedure en het risico op complicaties.
- Geef antibioticaprofylaxe 30-60 minuten voorafgaand aan incisie van een abces aan risicogroepen (zie [Kader 3]):

wordt verwezen naar de SWAB richtlijn Behandeling MRSA dragers.²³ Behandel eerst de bacteriële huidinfectie alvorens eradicatie te starten.

Oppervlakkige bacteriële huidinfecties

Erythrasma

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

- Leg uit dat de aandoening wordt veroorzaakt door een bacterie die tot de normale huidflora behoort.
- Adviseer factoren te vermijden die de overgroei bevorderen, zoals warmte en vocht.
- Adviseer de huidplooien eenmaal daags te wassen (gebruik bij voorkeur weinig zeep); maak de aangedane huidplooien daarna goed droog.
- Leg uit dat na genezing hyperpigmentatie van de huid nog een aantal weken kan blijven bestaan.

Medicamenteuze behandeling

volwassenen 2 gr flucloxacilline oraal en kinderen 50 mg/kg (maximaal 2 gr) flucloxacilline oraal. Bij overgevoeligheid voor penicilline (of aan patiënten die zeven dagen voor de ingreep zijn behandeld met penicilline): volwassenen 600 mg clindamycine oraal en kinderen tot 10 kg: 150 mg clindamycine oraal, 10-30 kg: 300 mg clindamycine oraal, 30-70 kg: 450 mg clindamycine oraal, > 70 kg 600 mg clindamycine oraal.

- Verdoof de huid door middel van bevroering met chloorethylspray (koelspray), lidocaïne/prilocaïne of lidocaïne/tetracaïne crème (beide alleen bij een intacte huid) of lidocaïne/prilocaïne-infiltratie.²¹ Maak hierbij een keuze op basis van inwerktijd: chloorethylspray (direct), lidocaïne-/prilocaïne-infiltratie (10 min), lidocaïne-/tetracaïne- (30 min) of lidocaïne-/prilocaïne crème onder occlusie (pleister) (60 min).
- Maak bij een groot abces een ruime incisie om de drainage te bevorderen en druk het abces goed leeg.
- Het achterlaten van een drain heeft waarschijnlijk geen effect op de genezing.²²
- Geef een absorberend verband en adviseer te wisselen, afhankelijk van het te verwachten exsudaat.

Controle

- Controleer de wond na een dag. Indien er geen genezing optreedt, gaat het mogelijk om een uitgebreid of dieper gelegen abces en is verwijzing naar de chirurg aangewezen.

Alleen bij hinderlijke klachten, zoals irritatie of jeuk, heeft medicamenteuze behandeling een plaats.²⁴ Zie [tabel 1].

Folliculitis

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

- Leg uit dat een bacteriële folliculitis zonder medicamenteuze behandeling doorgaans binnen één tot twee weken geneest.
- Vermijd lokale corticosteroiden, vetten en oliën op de huid.
- Dek de huid niet af met pleisters.
- Wacht het spontane beloop zo veel mogelijk af.

Medicamenteuze behandeling

Overweeg alleen bij aanhoudende klachten (> 2 weken) medicamenteus te behandelen. Zie [tabel 1].²⁵

Impetigo

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

- Leg uit dat impetigo een onschuldige huidinfectie is, waarbij in de periode vóór het indrogen van de erupties het besmettingsrisico verhoogd is.
- Leg uit dat er geen reden is een kind van het kinderdagverblijf of school te weren, tenzij de GGD dit adviseert (bijvoorbeeld bij meerdere gevallen).²⁶
- Gebruik van antiseptica en desinfectantia wordt niet aanbevolen in verband met gebrek aan bewijs voor effectiviteit.

Medicamenteuze behandeling

Adviseer medicamenteuze behandeling van impetigo omdat dit sneller tot genezing leidt en het risico op besmetting sneller vermindert [tabel 1].²⁷

Ga bij *recidiverende impetigo* na of er sprake is van slechte therapietrouw of hygiëne en overweeg screening op dragerschap voor *Staphylococcus aureus* bij patiënt en familieleden (zie *Aanvullend onderzoek*). Geef bij aangetoond dragerschap preventieve behandeling met mupirocine 20 mg/g 3 dd gedurende 1 week, aanbrengen in het vestibulum nasi. Evalueer het effect van deze behandeling na drie maanden.²⁸ Voor de behandeling van MRSA-dragerschap zie de SWAB-richtlijn Behandeling MRSA-dragers.

Voor de behandeling van geïmpeti-

giniseerd constitutioneel eczeem wordt verwezen naar de NHG-Standaard Eczeem. Behandel impetiginisatie van andere dermatosen als impetigo. Behandel indien mogelijk daarna de onderliggende aandoening.

Pitted keratolysis

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

- Leg uit dat de aandoening wordt veroorzaakt door een combinatie van vocht, warmte en een huidbacterie.
- Leg uit dat behandeling alleen nodig is bij klachten.

Medicamenteuze behandeling

Zie [tabel 1].²⁹

Diepe bacteriële huidinfecties

Cellulitis

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

- Leg uit dat de infectie wordt veroorzaakt door een huidbacterie die zich in de diepere huidlagen bevindt en informeer de patiënt dat de roodheid één tot twee weken kan blijven bestaan.
- Zwachtelen van het been wordt niet aanbevolen in de eerste vier tot zes weken van een cellulitis, omdat het oedeem meestal vanzelf verdwijnt.³⁰ Overweeg te starten met ambulante compressietherapie bij persisterend lymfoedeem na deze periode.
- Bij persisterend ernstig lymfoedeem met of zonder recidiverende cellulitis wordt geadviseerd te verwijzen naar de dermatoloog voor nadere diagnostiek naar onderliggend lijden.
- Adviseer de belasting te beperken en het been hoog te leggen gedurende een week.

Medicamenteuze behandeling

- Zie [tabel 2].^{31,32}
- Adviseer bij pijn paracetamol als middel van eerste keus (zie de NHG-Standaard Pijn).

Controle

- Maak na twee en na tien dagen een controleafpraak om het effect van de behandeling te evalueren.
- Het effect van de behandeling kan worden vervolgd door de begrenzing van het erytheem van dag tot dag op

de huid te (laten) tekenen.

- Adviseer contact op te (laten) nemen bij uitbreiding van de infectie of indien inname van antibiotica niet lukt, bijvoorbeeld door misselijkheid of braken.

Verwijzing

Verwijzing is geïndiceerd bij onvoldoende reactie op antimicrobiële behandeling.

Recidiverende cellulitis

Niet-medicamenteuze behandeling

Behandel onderliggende risicofactoren, zoals lymfoedeem, ulcera aan de benen (zie NHG-Standaard Ulcus cruris venosum), intertrigo tussen de tenen en tinea pedis (zie NHG-Standaard Dermatomycosen) en traumatische wonden om een recidief te voorkomen.³³

Medicamenteuze behandeling

- Overweeg bij recidiverende cellulitis (twee of meer infecties per jaar) bij volwassenen behandeling met fenoxymethylpenicilline 500 mg 1 dd of benzathinebenzylpenicilline 1,2 miljoen IE intramusculair eenmaal per drie tot vier weken gedurende ten minste een half jaar.³⁴ Overleg bij penicilline-overgevoeligheid met de medisch microbioloog of internist. Het beschermende effect van antibiotica neemt af na stoppen van de behandeling.
- Overweeg als alternatief zelfbehandeling met flucloxacilline 500 mg 4 dd gedurende tien dagen bij de eerste tekenen van een recidief. Geef bij penicilline-overgevoeligheid clindamycine 600 mg 3 dd gedurende tien dagen.
- Instrueer de patiënt contact op te nemen bij het starten van zelfbehandeling en indien na twee dagen verbetering uitblijft.
- Overweeg screening op dragerschap voor *Staphylococcus aureus* bij patiënt en familieleden (zie *Aanvullend onderzoek*) en bij aangetoond dragerschap preventieve behandeling met mupirocinecrème 20 mg/g 3 dd gedurende één week, aanbrengen in het vestibulum nasi.²⁸ Voor de behandeling van MRSA-dragerschap, zie de SWAB-richtlijn Behandeling MRSA dragers.²³

Controle

Evalueer het effect van antibioticaprofylaxe bij recidiverende infecties na één jaar.

Verwijzing

Verwijs:

- volwassenen met recidiverende cellulitis en persisterend ernstig lymfoedeem ondanks steunkousen naar de dermatoloog;
- volwassenen met recidiverende cellulitis die niet reageren op bovenstaande behandelingen naar de internist voor onderzoek naar een onderliggende aandoening;
- kinderen met een recidiverende cellulitis naar de kinderarts voor onderzoek naar een onderliggende aandoening.

Ecchyma-ulcus

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

Leg uit dat er sprake is van een diepe huidontsteking veroorzaakt door een bacterie.

Medicamenteuze behandeling

- Zie [tabel 2].³⁵

Erysipeloid

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

- Leg uit dat de huidontsteking wordt veroorzaakt door een bacterie die meestal via contact met dieren of dierlijke producten (vlees) wordt overgedragen.
- Indien de patiënt hier beroepsmatig mee in aanraking komt, wordt aanbevolen contact op te nemen met de bedrijfsarts voor adviezen over inzetbaarheid op het werk.

Medicamenteuze behandeling

- Zie [tabel 2].³⁶

Furunkel en karbunkel

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

- Geef uitleg over de oorzaak van een furunkel en het natuurlijk beloop.
- Adviseer strak zittende en schurende kleding te vermijden.

Medicamenteuze behandeling

Zie [tabel 2].

Chirurgische behandeling

Verricht incisie en drainage bij aanwijzingen voor een abces. Zie [kader 4].

Verwijzing

- Verwijs bij onvoldoende genezing na incisie en drainage voor excisie van de necrotische prop naar de chirurg.
- Verwijs bij een karbunkel naar de chirurg.
- Adviseer bij *recidiverende furunculose* naast een goede hygiëne preventief twee- tot driemaal per week met zeep of shampoo met chloorhexidine te wassen. Overweeg bij onvoldoende effect van deze maatregelen, drie of meer recidieven per jaar en een aangetoond dragerschap voor stafylokokken (zie *Aanvullend onderzoek*) preventieve behandeling met mupirocine 20 mg/g 3 dd gedurende één week, aanbrengen in het vestibulum nasi.^{28,37} Evalueer na drie maanden het effect van de preventieve behandeling. Voor de behandeling van MRSA-dragerschap zie de SWAB richtlijn Behandeling MRSA dragers.²³ Overweeg kinderen met deze klachten te verwijzen naar de kinderarts voor onderzoek naar een onderliggende aandoening.

Panaritium

Voorlichting

Leg uit dat er sprake is van een ontsteking van de vinger, waarvoor verwijzing noodzakelijk is.

Verwijzing

Verwijs een panaritium naar de (plastisch) chirurg in verband met het klinisch niet kunnen beoordelen van de omvang en geïnfecteerde diepere delen.³⁸

Paronychia (acuut)

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

- Geef uitleg over de oorzaken en geef aan dat de patiënt bij uitbreiding van de infectie of pusvorming voor controle terug moet komen.³⁹
- Volg algemene hygiëne-adviezen op;
- Vermijd frequent contact met water, op nagels bijten en op vingers zuigen ter voorkoming van een recidief.

Chirurgische behandeling

Behandel een paronychia met pusvorming met incisie en drainage. Zie [kader 4].

Medicamenteuze behandeling

Geef antibiotica bij uitbreiding van de infectie. Zie [tabel 2].

Adviseer bij een *chronisch paronychia* waarbij werkgerelateerde factoren een rol kunnen spelen (frequent contact met water of irriterende stoffen), contact op te nemen met de bedrijfsarts voor eventuele aanpassingen in de beroepsuitoefening.⁴⁰ Overweeg behandeling met een lokaal corticosteroid (klasse I of II) bij een *chronisch paronychia* en het vermoeden van een (irriterend en soms contact)eczeem of bij onvoldoende effect van niet-medicamenteuze adviezen. Overweeg behandeling met imidazolen bij een chronisch paronychia en het vermoeden van een candida-infectie of bij onvoldoende effect van de behandeling met lokaal corticosteroid (zie voor het beleid de NHG-Standaard Dermatomyecose).

Periaanaal abces

Voorlichting

Leg uit dat er sprake is van een holte gevuld met pus rondom de anus, waarvoor chirurgische behandeling noodzakelijk is.

Verwijzing

Verwijs een patiënt met een periaanaal abces naar de chirurg voor incisie en drainage omdat adequate verdoving (meestal regionale of algehele anesthesie) nodig is voor goede beoordeling en de chirurg eventueel benodigde aanvullende fistulotomie kan uitvoeren, tenzij de huisarts inschat dat de procedure met alleen incisie en drainage voldoende is, bekwaam is om deze procedure uit te voeren en kan zorgen voor adequate verdoving.⁴¹

Verwijs een patiënt met een *recidief periaanaal abces* altijd voor behandeling naar de chirurg.

Sinus pilonidalis (acuut)

Voorlichting

- Leg uit dat er sprake is van een holte

gevuld met pus in de bilnaad, die meestal ontstaat door een verstopt haarzakje en waarvoor chirurgische ingrijpen noodzakelijk is.

Verwijzing

Verwijs een patiënt met een acute sinus pilonidalis naar de chirurg voor incisie, drainage en curettage in verband met vereiste adequate verdoving (meestal

regionale of algehele anesthesie), tenzij de huisarts bekwaam is de procedure uit te voeren en adequate verdoving kan geven. Incisie, drainage gevolgd door curettage van een acute sinus pilonidalis geeft beduidend minder kans op een recidief ten opzichte van incisie en drainage alleen.⁴²

Verwijs een *chronische sinus pilonidalis* altijd voor behandeling naar de chirurg.

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

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

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en literatuur: www.henw.org.

Nieuw bewijs over effecten tamsulosine bij urinesteenlijden

Een recent verschenen systematisch literatuuronderzoek (Hollingsworth 2016) concludeert dat tamsulosine kan zorgen voor een snellere steenlozing en minder pijn. Deze conclusie is niet in lijn met de huidige NHG-Standaard Urinesteenlijden waarin wordt geconstateerd dat tamsulosine waarschijnlijk geen

klinisch relevante voordelen biedt. Op dit moment werkt een internationale werkgroep aan het formuleren van een aanbeveling over tamsulosine bij urinesteenlijden voor eerstelijns Patiënten op basis van het systematische literatuuronderzoek van Hollingsworth. De resultaten van deze werkgroep, waar het

NHG deel van uitmaakt, worden na de zomer verwacht. Vervolgens beoordeelt het NHG of de door de werkgroep geformuleerde aanbeveling generaliseerbaar is naar patiënten met urinesteenlijden in de Nederlandse eerste lijn en of aanpassing van de NHG-Standaard nodig is.



Ketenzorg voor cardiovasculair risicomanagement

PRAKTIJKVRAAG

Wat is het effect van ketenzorg voor cardiovasculair risicomanagement (CVRM)?

HUIDIG BELEID

In Nederland speelt de huisarts, samen met assistentes en praktijkondersteuners, een belangrijke rol in de preventie van hart- en vaatziekten (HVZ). De afgelopen jaren is in veel regio's ketenzorg voor CVRM ingevoerd, gebaseerd op de NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement en regionale transmurale afspraken tussen eerste en tweede lijn (RTA's). De doelgroep bestaat uit patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico en patiënten met HVZ. Deze patiënten worden systematisch opgeroepen voor het bepalen van het cardiovasculair risicoprofiel en het toepassen van individuele risicoreductie. Naast implementatie van goede zorg is zorgsubstitutie een belangrijk neven doel. Goed onderzoek naar de effectiviteit van ketenzorg voor CVRM ontbreekt.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Hart- en vaatziekten zijn een belangrijke doodsoorzaak met hoge morbiditeit en mortaliteit. Met vroegtijdig ingrijpen middels medicatie en leefstijlinterventies zijn veel gezonde jaren te winnen. De prevalenties van de meeste cardiovasculaire risicofactoren, zoals overgewicht, bewegingsarmoede, ongezonde voeding en stress, nemen toe de laatste jaren.¹ Hoewel het percentage rokers vanaf eind jaren zeventig is afgenomen, blijft het nu steken rond de 30%. Door de vergrijzing is de verwachting dat het aantal patiënten met HVZ in Nederland zal toenemen van 850.000 in 2011 tot 1,4 miljoen in 2040. Gezien deze epidemiologische ontwikkelingen is preventie van HVZ belangrijk. De eerstelijnszorg speelt hierin een belangrijke rol. Ongeveer 10% van de eerstelijns praktijkpopulatie komt in aanmerking voor ketenzorg voor CVRM.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Ketenzorg voor CVRM bevat veel elementen van het Chronic Care Model (CCM). In dit model staat het informeren en activeren van patiënten door proactieve zorgverleners centraal. Elementen die hierin een belangrijke rol spelen zijn patiëntgerichte zorg, het gebruik van een ketenzorg-informatiesysteem, een gestructureerde praktijkorganisatie met een praktijkverpleegkundige en een laagdrempelige samenwerking tussen verschillende zorgverleners in de eerste en tweede lijn.

Eerder onderzoek laat zien dat CCM een positief effect heeft op zorggebruik en kosten.² Er is vooralsnog geen solide wetenschappelijke analyse verricht naar de effecten van ketenzorg. De tot nu toe verrichte onderzoeken zijn heterogeen in opzet, interventie en populatie.³ De resultaten van deze onderzoeken kunnen daarom niet zonder meer worden geëxtrapoleerd naar de Nederlandse situatie.

De evaluatie van ketenzorg voor CVRM in Nederland is tot nu toe gedaan door verschillende zorggroepen en bestond uit het vergelijken van het cardiovasculair risicoprofiel voor en na invoering van ketenzorg. Een belangrijk beperking van deze evaluatie is dat het verschil in risicoprofiel mogelijk minder groot is bij praktijken die hun CVRM-zorg vóór de invoer van ketenzorg al goed op orde hadden. Deze factor is vaak niet meegenomen in de huidige vergelijkingen. Voor een goede wetenschappelijke evaluatie van ketenzorg voor CVRM is een systematische dataverzameling nodig, onder meer over behandeling van bestaande risicofactoren en comorbiditeit voorafgaande aan inclusie in de ketenzorg voor CVRM. Daarnaast is het van belang dat zowel patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico als patiënten die reeds HVZ hebben worden geïncludeerd en dat een vergelijking wordt gemaakt met een geschikte controlegroep die gebruikelijke zorg ontvangt.

CONCLUSIE

In de preventie van HVZ speelt de huisarts een belangrijke rol. De invoer van ketenzorg heeft als doel om het risico op HVZ te verlagen, patiënten indien mogelijk te behandelen in de eerste lijn en zorgkosten te verlagen. Wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit hiervan ontbreekt tot nog toe.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is het effect van ketenzorg voor CVRM voor patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico of HVZ onder behandeling in de eerste lijn ten opzichte van gebruikelijke zorg? ■

LITERATUUR

- 1 Bots ML, Buddeke J, Van Dis I, Vaartjes I, Visseren FLJ. Hart- en vaatziekten in Nederland, 2015. Den Haag: Hartstichting, 2015.
- 2 Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: The chronic care model, part 2. *JAMA* 2002;288:1909-14. Doi: jip21005 [pii].
- 3 Alvarez-Bueno C, Caverio-Redondo I, Martinez-Andres M, Arias-Palencia N, Ramos-Blanes R, Salcedo-Aguilar F. Effectiveness of multifactorial interventions in primary health care settings for primary prevention of cardiovascular disease: A systematic review of systematic reviews. *Prev Med* 2015;76 Suppl:S68-75. Doi: 10.1016/j.ypmed.2014.11.028.

Herkennen van autisme bij ouderen

AUTISMESPECTRUMSTOORNIS

Huisartsen kunnen geconfronteerd worden met ouderen bij wie vooral sprake is van cognitieve klachten, gedragsveranderingen of somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, en van wie niet bekend is dat ze een autismespectrumstoornis (ASS) hebben. Het is van belang om ASS in deze gevallen ook in de differentiële diagnose op te nemen. Het is ingewikkeld om ASS bij ouderen te herkennen en te diagnosticeren, vooral door de uitgebreide psychiatrische en somatische comorbiditeit. Bovendien zijn de symptomen van ASS vaak minder opvallend bij ouderen, die gedurende hun leven een uitgebreider gedragsrepertoire hebben aangeleerd om hun beperkingen te camoufleren.

ASS omvat een spectrum van samenhangende symptomen, dat aanwezig blijft op volwassen leeftijd. ASS is een neuropsychiatrische aandoening die bij ongeveer 1% van de mensen voorkomt en erfelijkheid speelt een grote rol.¹⁻³ Pas het laatste decennium groeit de aandacht voor autisme bij ouderen.^{4,5} Volgens de DSM-5 is sprake van een ASS als er blijvende beperkingen zijn in de sociale communicatie en de sociale interactie, én wanneer er beperkte en herhaalde patronen van gedrag, interesses en activiteiten voorkomen.⁶ De symptomen in de triade van communicatie, interactie en rigide gedrag moeten vanaf de jeugd aanwezig zijn, maar kunnen zich pas echt op latere leeftijd manifesteren. Gedurende de levensloop kunnen de beperkingen onopgemerkt blijven door aangeleerde gedragsstrategieën en/of door een compenserend sociaal netwerk.

We beschrijven kort drie geanonimiseerde oudere patiënten met ASS.

BESCHOUWING

Net zoals meneer A ervaren mensen met ASS subjectief meer cognitieve klachten dan mensen zonder ASS, terwijl uit recent onderzoek blijkt dat ouderen met ASS met het ouder worden geen snellere cognitieve achteruitgang vertonen dan ouderen zonder ASS.⁷ Mensen met ASS hebben gemiddeld meer moeite om losse prikkels samen te voegen tot een betekenisvol geheel.

Samenvatting

Videler AC, Wijffels SAM, Delescen ECM. Herkennen van autisme bij ouderen. *Huisarts Wet* 2017;60(4):235-7.

Autismespectrumstoornissen (ASS) komen ook onder ouderen voor. Ze kunnen decennialang onopgemerkt blijven, tot de eisen die de veranderingen op latere leeftijd aan een persoon stellen, het beperkte aanpassingsvermogen overschrijden. Ouderen van wie niet bekend is dat ze ASS hebben, melden zich dan bij de huisarts met cognitieve klachten, gedragsveranderingen of onbegrepen somatische klachten. We raden aan ASS in deze gevallen ook in de differentiële diagnose op te nemen.

Cognitieve klachten

Meneer A, 79 jaar, komt met zijn echtgenote op het spreekuur. De patiënt fietst sinds zijn pensionering dagelijks afstanden van 40 tot 80 kilometer. Onlangs is hij verdwaald en in paniek geraakt, en nu vreest hij dat er sprake is van dementie. De patiënt wilde eerst niet naar de praktijk komen, omdat hij niet wist wat hem precies te wachten stond, zoals hij al zijn hele leven onbekende situaties vermijdt. Hij vertelt snel kwijt te zijn wat hij wilde vertellen. Dat had hij vroeger ook en daarom sprak hij nooit met onbekenden. Als hij onderbroken wordt in zijn verhaal, moet hij namelijk alles vanaf het begin opnieuw vertellen. Zijn echtgenote vertelt geëmotioneerd dat de patiënt dan een erg kort lontje heeft. Tegen buitenstaanders is hij uiterst correct, maar tegen haar gedraagt hij zich niet-empathisch en soms bot. Het dieptepunt was toen de patiënt pannen door de keuken had gesmeten omdat het avondeten te laat klaar was.

Op de MMSE scoort meneer A 29/30. De huisarts stelt hem gerust ten aanzien van zijn vrees voor dementie. Ze overweegt een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis en verwijst hem vanwege de gedragsproblemen door naar de ouderenpsychiater.

Bij psychiatrisch onderzoek valt ernstige rigiditeit in denken en handelen op. De patiënt deelt al vanaf de vroege volwassenheid zijn dagen in strakke schema's in. Toen hij vanwege een reorganisatie meer moest samenwerken, ontwikkelde hij een burn-out en ging hij met prepensioen. Sindsdien hanteert de patiënt een strak dagschema van ochtendritueel, wandelen, lunchen en fietsen. Zijn echtgenote vertelt vanaf het begin van haar huwelijk intimiteit gemist te hebben. In tranen vertelt ze hoe haar man ging werken toen haar moeder op sterven lag – hij kon niet afwijken van zijn plannen, noch haar troosten. De ouderenpsychiater stelt de diagnose ASS. In het daaropvolgende jaar blijkt er geen sprake van progressie van de milde geheugenstoornissen.

Daarom duiden ze cognitieve missers eerder als iets ernstigs.⁷ Mensen met ASS hebben gemiddeld meer moeite met executief functioneren, zoals meneer A, die het lastig vond de rode draad van een gesprek vast te houden en zich aangewend had om zijn verhaal opnieuw te vertellen als hij onderbroken werd.

Meneer B had extreem veel moeite met het plannen en organiseren van zijn dagelijks leven en was zijn leven lang afhankelijk van externe structuur. Het bleek te ingewikkeld

De kern

- Autismespectrumstoornissen komen ook onder ouderen voor.
- Oudere patiënten melden zich meestal met cognitieve klachten, gedragsproblemen of somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten.
- Overweeg dan ook een autismespectrumstoornis.
- Verwijs de patiënt bij een dergelijk vermoeden door naar de ouderenpsychiatrie.

Centrum Senioren van GGZ Breburg, PersonaCura, Specialist in persoonlijkheid en gedrag bij senioren, Tilburg; dr. A.C. Videler, psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog, onderzoeker en manager behandeling; E.C.M. Delescen, ouderenpsychiater en psychotherapeut, Huisartsenpraktijk Wijffels en Wijffels, Tilburg; S.A.M. Wijffels, huisarts • Correspondentie: a.videler@ggzbreburg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven

Gedragsveranderingen onder gewijzigde omstandigheden

De 73-jarige meneer B komt vergezeld door zijn echtgenote bij zijn huisarts. De patiënt is letterlijk stilgevallen: 's morgens verzorgt hij het ontbijt, om daarna de hele dag op de keukenstoel of de bank te blijven zitten. Behalve lichte nierfunctiestoornissen vindt het lab geen afwijkingen. MMSE en Kloktest zijn niet afwijkend. De echtgenote vertelt dat ze 'gek wordt van zijn nietsdoen'. Nadat de patiënt op zijn 62ste is gestopt met werken als vrachtwagenchauffeur, heeft ze een daginvulling voor hem geregeld, omdat hij buiten zijn werk geen sociaal leven of hobby's had. Toen hij een knieoperatie moest ondergaan, heeft de patiënt zijn vrijwilligerswerk afgezegd en eenmaal thuis, was hij stilgevallen. Vanwege de plotse knik in het functioneren vermoedt de huisarts een depressie en daarom verwijst hij meneer B naar de ouderenpsychiatrie.

Bij psychiatrisch onderzoek komt een atypisch depressief toe-standsbeeld naar voren. De patiënt is psychomotorisch geremd en rumineert over wat hij in zijn leven verkeerd heeft gedaan: hij vindt dat hij collega's en zijn kinderen verwaarloosd heeft. Op citapram, 20 mg, vermindert het rumineren en verbetert de eetlust. Maar de patiënt blijft zeer inactief. De echtgenote kan het niet opbrengen om hem weer tot activiteiten aan te zetten. Onderliggend is boosheid voelbaar over wat ze emotioneel tekort is gekomen in het huwelijk. Hij nam taal vaak letterlijk, waardoor zij zich eenzaam voelde. Als schrijnend voorbeeld beschrijft ze hoe haar man na een lange zakenreis thuiskwam en zonder haar te groeten naar de keuken was gelopen. 'Heb je me niet gemist?', vroeg ze, waarop hij antwoordde: 'Gemist? Je mist een trein, toch niet je vrouw?'

Uit de heteroanamnese blijkt een levenslang patroon van onvermogen zich te verplaatsen in anderen en extreem veel moeite met het omgaan met onvoorspelbare veranderingen in het leven. De ouderenpsychiater stelt de diagnose ASS.

Onbegrepen somatische klachten

Mevrouw C, 69 jaar, meldt zich wekelijks in de praktijk met een scala aan somatische klachten. Ze klaagt onder andere over excessief transpireren, kortademigheid, rugpijn en algehele malaise. Bij lichamelijk onderzoek valt een zeer matige conditie op, zonder onderliggend lijden. Haar dochters vertellen dat hun moeder vanaf haar adolescentie hard gewerkt heeft in de familiezaak, een luxe banketbakkerij. Ze oogde altijd als om door een ringetje te halen. Omdat haar echtgenoot longkanker kreeg, verkochten ze de zaak en richtte mevrouw zich op de zorg voor hem. Na zijn overlijden ontwikkelde ze steeds meer lichamelijke klachten. Momenteel ligt ze vrijwel continu op bed. In het contact is ze eerder dysfoor dan somber: ze moppert op haar kinderen die haar niet serieus zouden nemen. Ze heeft haar hele leven klaargestaan voor anderen en nu is ze 'gewoon ziek'. De patiënte kan niet gerust worden gesteld en voelt zich door niemand serieus genomen. Op verdenking van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten verwijst haar huisarts haar naar de ouderenpsychiatrie.

Tijdens het psychiatrisch onderzoek raakt mevrouw C ontregeld. Ze begrijpt niet wat men van haar wil horen. Bij de ontwikkelingsanamnese valt op hoe ze niet af kon stemmen op de emotionele behoeften van anderen. Veranderingen in haar leven gingen steeds gepaard met aanvallen van transpireren en ziek voelen. Haar echtgenoot had haar altijd moeten dwingen om mee op vakantie te gaan. De dagen voor de reis en na aankomst op de plaats van bestemming was mevrouw stevast enkele dagen ziek en lag ze op bed. De terugreis kende een identiek patroon. In vertrouwde situaties wist ze hoe ze zich moest gedragen en leek ze juist voorkomend en attent. De dochters vertellen met een combinatie van verdriet en boosheid dat hun moeder nooit aanvoelde waar zij emotioneel mee bezig waren. De ouderenpsychiater stelt de diagnose ASS.

voor hem om na de knieoperatie zijn vrijwilligerswerk weer op te pakken. Zijn echtgenote had hem voorheen altijd aangestuurd, maar nu was ze emotioneel opgebrand. Zonder haar steun viel de patiënt stil. Het wegvallen van structuur leidde tot stemmingsproblemen bij meneer B. De leegte en onduidelijkheid die ontstonden, verwarden hem. Bovendien had zijn echtgenote sociaal en emotioneel andere verwachtingen na zijn pensionering, waaraan hij niet kon beantwoorden. Dit leidde tot zelfverwijten, zonder dat hij adequaat kon invoelen hoe zijn vrouw dit alles ervaarde.

Mevrouw C had geleerd om zich in bekende situaties aangepast te gedragen, zoals in haar rol van verkoopster in de banketbakkerij en het verzorgen van haar zieke echtgenoot. Voor nieuwe omstandigheden, zoals de leegte na zijn overlijden, beschikte ze niet over een passend gedragsrepertoire. Dit patroon vertoonde ze al haar hele leven en het verergerde na het overlijden van haar man, die haar onvermogen om haar dagen te structureren altijd gecompenseerd had. Daarnaast was ze niet in staat om haar emotionele binnenwereld te benoemen. In plaats daarvan beschreef ze concrete lichamelijke sensaties die ze opmerkte en concludeerde ze dat ze ziek was. Zieke mensen liggen in bed. Bovendien werd zij – onbewust en onbedoeld – beloond voor het in bed blijven doordat de wereld voorspelbaar werd en de lichamelijke, spanningsgerelateerde klachten afnamen. Mensen met ASS beleven hun lichamelijke klachten vaak anders door hun concrete waarneming en hun onvermogen om deze in een context te plaatsen. Behalve voor henzelf blijven deze klachten voor medici dan ook onbegrepen.

In verschillende gevalsbeschrijvingen van ouderen die na hun 65ste jaar de diagnose ASS kregen valt op dat zij vooral verwezen werden in verband met cognitieve klachten, relatieproblemen, gedragsproblemen en stemmingsklachten.⁸⁻¹⁰ Deze klachten houden meestal verband met een grote verandering in het leven, zoals pensionering, verlies van de partner of opname in een instelling. De aangeleerde strategieën werken niet meer of de veranderde omgeving compenseert onvoldoende. De sociale omgeving van de patiënt vangt de tekorten op en de lijdensdruk ligt ook bij de familie. Bij (beginnende) cognitieve stoornissen neemt het vermogen om te compenseren af.

HERKENNING EN DIAGNOSTIEK

De bovenbeschreven patiënten meldden zich vanwege andere problemen dan ASS bij hun huisarts. Alle drie hadden ze problemen met het aanpassen aan de veranderingen die samenhangen met het ouder worden. Onderliggend hadden zij problemen met de sociale communicatie, sociale interacties en het aanpassen aan veranderde omstandigheden vanwege rigide gedragspatronen. Kenmerkend voor ASS zijn problemen met inleven in anderen, contextueel denken en mentale flexibiliteit. Aangezien deze overlappen met de problemen die bij beginnende dementiesyndromen een rol spelen, kan men denken dat dergelijke patiënten last van dementie hebben.¹¹ Of deze patiënten beleven hun lichamelijke klachten anders, waardoor ze verwezen worden voor somatische diagnostiek.

De eerste stap betreft het herkennen van een mogelijke



Ouderen met een autismespectrumstoornis zijn vaak beperkt in de sociale communicatie en interactie en hebben soms rigide gedragspatronen.

ASS. Daarbij kunnen screeningsinstrumenten zinvol zijn, zoals de Autism-spectrum Quotient (AQ), maar geen enkel screeningsinstrument is gevalideerd voor ouderen.^{12,13} Men moet alert zijn op de triade van problemen bij ASS: problemen met de sociale interactie en de communicatie, en moeite met aanpassen aan veranderingen. Deze problemen zullen zich ook voordoen in de spreekkamer. Wanneer de huisarts afwijkt van hetgeen de oudere met ASS van het consult verwacht, wordt de problematiek in de spreekkamer zichtbaar. De poh-ggz kan een bijdrage leveren aan de herkenning door een familielid te vragen naar de levensloop van de patiënt. Omdat erfelijkheid een grote rol speelt, is het zinvol om bij de familie-anamnese te vragen of ASS bij (klein)kinderen voorkomt.

Indien de huisarts vermoedt dat er sprake is van ASS, moet hij of zij de patiënt doorverwijzen naar de ouderenpsychiatrie. De psychiater stelt de diagnose op grond van een ontwikkelingsanamnese, waarbij heteroanamnestische gegevens van een naastbetrokkene zeer waardevol zijn. Hierbij maakt de psychiater gebruik van semigestructureerde interviews, die bij voorkeur bij de patiënt en een informant worden afgenomen.

Hoewel ASS niet behandelbaar is, biedt de diagnose wel nieuwe perspectieven voor patiënten, familie en betrokken zorgverleners. Psycho-educatie kan begrip en vervolgens rust brengen. Het verleden komt in een ander perspectief te staan. Patiënten en hun familie kunnen hun leven opnieuw evalueren, maar nu door de bril van ASS. Men kan rouwen om wat

er niet was en niet zal komen. Patiënten begrijpen alsnog waarom ze steeds het idee hadden anders dan anderen te zijn. Partners kunnen rouwen om het gemis van wederkerigheid en intimiteit. Vervolgens kan ruimte ontstaan voor relatie-therapie bij echtparen of voor omgangsadvisen aan kinderen en professionele zorgverleners.

CONCLUSIE

ASS leidt bij ouderen vaak pas tot problemen als de sociale omstandigheden hun aanpassingsvermogen te boven gaan. Ze melden zich dan bij de huisarts met cognitieve klachten, gedragsveranderingen of onbegrepen somatische klachten. ASS wordt gekenmerkt door beperkingen in de sociale communicatie en de interactie, en door rigide gedragspatronen. We raden aan om in deze gevallen ASS in de differentiële diagnose op te nemen. De poh-ggz kan de huisarts ondersteunen bij de herkenning. ■

LITERATUUR

- 1 Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med* 2015;45:601-13.
- 2 Brugha TS, McManus S, Bakker J, Scott F, Purdon S, Smith J, et al. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:459-65.
- 3 Krumm N, O'Roak BJ, Shendure J, Eichler EE. A de novo convergence of autism genetics and molecular neuroscience. *Trends Neurosci* 2014;2:95-105.

De rest van de literatuur staat bij het artikel op www.henw.org.

Dronkenmangang bij tweejarige jongen

Casus

Een tweejarige jongen meldt zich op zaterdagochtend op de huisartsenpost wegens braken en problemen met lopen. De week ervoor heeft zijn eigen huisarts hem hydrocortison/colistine/bacitracine-oordruppels (Baciline-B®) voorgeschreven vanwege een acuut ontstaan loopoor links. De afgelopen week is hij subfebriel geweest, maar heeft hij wel normaal gegeten en gedronken. De laatste dagen grijpt hij volgens zijn ouders meer naar zijn linkeroor. Daarnaast vinden ze hem sinds vanochtend opvallend 'wankel op de been' en heeft hij ook eenmaal gebraakt.

Zijn voorgeschiedenis vermeldt twee keer een kortdurende opname op de kinderafdeling in verband met kortademigheid en zes maanden geleden zijn beiderzijds trommelvliesbuisjes geplaatst wegens recidiverende middenoorontstekingen.

Bij lichamelijk onderzoek wordt een vrolijk, niet-acuut ziek kind gezien met een temperatuur van 36,4 graden Celsius. De pupillen zijn isocoor en reageren symmetrisch op licht, de oogvolgbewegingen zijn ongestoord. Het trommelvlies links heeft een doffe kleur met enige roodheid rondom het trommelvliesbuisje, rechts is het trommelvlies transparant met een trommelvliesbuisje in situ. In de hals zijn beiderzijds enkele kleine lymfeklieren palpabel. Over de longen hoort de huisarts vesiculair ademgeruis en aan de huid ziet hij geen afwijkingen. Er is geen sprake van nekstijfheid en de jongen praat conform de kalenderleeftijd. Onderzoek van de hersenzenuwen levert

geen afwijkingen op. Bij het gaan staan ziet de huisarts een opvallend zwalkende dronkenmangang, waarbij de jongen dreigt om te vallen.

Naar aanleiding van deze bevindingen overlegt de huisarts telefonisch met de dienstdoende kinderarts, waarna de jongen wordt ingestuurd met een verdenking op een otitis media acuta (OMA) links met secundaire evenwichtsstoornissen. De dienstdoende kinderarts kijkt de jongen nogmaals grondig na, wat geen nieuwe bevindingen oplevert, en besluit vanwege de evenwichtsstoornissen de kno-arts in consult te vragen.

De kno-arts verricht nader onderzoek en neemt bij otomicroscopie het volgende waar: rechts een trommelvliesbuisje dat los in de gehoorgang én tegen het trommelvlies aan ligt met een luchthoudend middenoor; links een verstopt trommelvliesbuisje met een rood, bomberend trommelvlies. Retro-auriculair neemt de arts geen zwelling waar en er is geen sprake van een nystagmus. De kno-arts besluit tot een oortoilet links, waarbij het verstopte buisje opengaat en er direct sereus-bloederige otorroe vrijkomt. Na het oortoilet treedt onmiddellijke verbetering van het looppatroon op; de jongen kan weer normaal lopen zonder om te vallen. De hydrocortison/colistine/bacitracine-oordruppels worden voortgezet en patiënt wordt na het weekend door een kno-arts in zijn eigen regio teruggezien. De uiteindelijke werkdiagnose van de kno-arts was dronkenmangang bij labyrintprikkeling ten gevolge van een verstopt trommelvliesbuisje bij een otitis media acuta (OMA) links.

BESCHOUWING

Epidemiologie en beloop van OMA

OMA is een van de meest voorkomende infectieziekten op jonge kinderleeftijd. De incidentie neemt af met de leeftijd; in de huisartsenpraktijk bedraagt de incidentie bij kinderen jonger dan 2 jaar 155 per 1000 per jaar, terwijl deze voor kinderen tussen de 2 en 4 jaar 71 per 1000 per jaar bedraagt.¹ Op de leeftijd van 3 jaar heeft het merendeel van de kinderen ten minste eenmaal een OMA doorgemaakt, terwijl OMA bij ongeveer 10 tot 20% frequent recidiveert (deze kinderen noemt men ook wel 'otitis prone'-kinderen).²

Samenvatting

Van Helmond KAM, Venekamp RP, Smeets JGE. Dronkenmangang bij tweejarige jongen. *Huisarts Wet* 2017;60(5):238-41.

Op de huisartsenpost komt een tweejarige jongen met een dronkenmangang veroorzaakt door labyrintprikkeling door een verstopt trommelvliesbuisje, waarbij de opgebouwde druk in het middenoor bij een actieve middenoorontsteking prikkeling van het labyrint gaf. De jongen wordt doorgestuurd. De kno-arts verrichtte een oortoilet, waarbij de verstopping van het buisje én de daarmee gepaard gaande labyrintprikkeling werd opgeheven. Na deze procedure verdwenen de klachten meteen en liep de jongen weer normaal.

OMA kan worden veroorzaakt door een virus of een bacterie. In vrijwel alle gevallen wordt OMA voorafgegaan door een acute infectie van de bovenste luchtwegen.³ *S. Pneumoniae* (25-50%), non-typeable *H. Influenzae* (15-30%) en *M. catarrhalis* (3-20%) zijn de drie meest voorkomende bacteriële verwekkers. In circa 20% van de gevallen waarin een kweek is afgenomen, wordt geen bacteriële verwekker aangetoond.⁴

In de westerse wereld kent OMA in de meeste gevallen een gunstig natuurlijk beloop; in 80% van de gevallen zijn de ergste klachten na twee tot drie dagen over, zonder behandeling met antibiotica.⁵ Het advies luidt om in alle gevallen adequate pijnstilling te geven. Behandeling met antibiotica is aangewezen bij kinderen met een verhoogd risico op complicaties (leeftijd jonger dan zes maanden, anatomische afwijking in kno-gebied, ooroperaties in voorgeschiedenis uitgezonderd van trommelvliesbuisjes, verminderde afweer) en bij forse algemene ziekteverschijnselen.⁶ Kinderen jonger dan twee

De kern

- Dronkenmangang kan worden veroorzaakt door labyrintprikkeling.
- Labyrintprikkeling is een van de zeldzame complicaties van een acute middenoorontsteking (wanneer gelijktijdig verstopping van een aanwezig trommelvliesbuisje optreedt).
- Een grondig onderzoek van het oor is zinvol bij neurologische symptomen, zoals dronkenmangang.
- Bij labyrintprikkeling door een acute middenoorontsteking én gelijktijdige verstopping van een aanwezig trommelvliesbuisje kan een oortoilet de symptomen direct verhelpen.

jaar met een dubbelzijdige OMA en kinderen met een kort bestaand loopoor als gevolg van een spontane trommelvliesperforatie hebben een grotere kans dat de pijn en koorts langer aanhouden. Bij deze kinderen heeft antimicrobiële behandeling een gunstig effect op de klachten en valt deze daarom te overwegen.^{6,7}

Epidemiologie en beloop van een loopoor

Circa 15 tot 20% van de kinderen met een OMA komt bij de huisarts met een acuut ontstaan loopoor als gevolg van een spontane perforatie van het trommelvlies.^{7,8} Deze kinderen hebben een slechtere prognose dan kinderen zonder loopoor, met een hoger percentage oorpijn na één week en meer OMA-recidieven en gehoorproblemen na drie maanden.⁸ Aangezien behandeling met een antibioticum leidt tot een sneller herstel van klachten, kan men deze behandeling bij deze groep kinderen overwegen – indien er tevens sprake is van oorpijn en/of koorts.^{6,7} Wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van antibioticum bevattende oordruppels bij deze groep kinderen ontbreekt momenteel.⁹ Zwemmen met een trommelvliesperforatie wordt afgeraden en na twee weken dient het trommelvlies opnieuw beoordeeld te worden.

Een loopoor bij kinderen met trommelvliesbuisjes komt vaak voor; 67% van de kinderen krijgt in het eerste jaar na plaatsing van de buisjes ten minste eenmaal een loopoor.¹⁰ De mediane duur van zo'n loopoor bedraagt (zonder behandeling) twaalf dagen.¹¹ Behandeling met antibiotica bevattende oordruppels is effectiever dan behandeling met een oraal antibioticum, oordruppels die enkel corticosteroïden bevatten en een afwachtend beleid, en is daarom de behandeling van eerste keus bij deze klachten.^{6,11,12}

COMPLICATIES VAN EEN OMA

Hoewel een OMA in veel gevallen een gunstig natuurlijk beloop heeft, kent ze ook diverse complicaties die variëren in ernst. De meest voorkomende complicatie is een perforatie van het trommelvlies met een loopoor tot gevolg. Andere, zeldzamere, complicaties zijn labirintprickeling, labyrinthitis, acute mastoïditis, acute meningitis, intracranieel abces, sinustrombose en het gradenigosyndroom.

Labirintprickeling

Men spreekt van labirintprickeling wanneer het evenwichtsorgaan in het binnenoor wordt geprikkeld door een externe factor, dit in tegenstelling tot labyrinthitis, waarbij het labirint ontstoken is.

In deze casus is sprake van een verstopt trommelvliesbuisje, waarbij de opgebouwde druk in het middenoor bij een actieve OMA prikkeling van het labirint geeft. Een verstopt buisje komt vooral in de eerste weken na plaatsing voor, met gerapporteerde incidenties tot 7%. Na deze postoperatieve periode komt verstopping van het buisje minder vaak voor.¹³

Het belangrijkste symptoom van labirintprickeling is duizeligheid, die gradueel gecorreleerd is met de ernst van de prikkeling. Wanneer de prikkeling afneemt, in onze ca-



Het is belangrijk om bij een dronkenmangang bij een jong kind tijdig de juiste diagnose te stellen.

sus door het verrichte oortoilet, is snelle verbetering van de klachten te verwachten.

Labyrinthitis

Labyrinthitis, ofwel neuritis vestibularis, is een zeldzame complicatie bij OMA en komt bij slechts drie van de honderd kinderen met een intratemporale complicatie van OMA voor.^{6,14,15}

Bij labyrinthitis kent de duizeligheid een gradueel begin, waarna deze zich in enkele uren ontwikkelt tot een plateau-fase. De duizeligheid is aanwezig in rust, kan verergeren bij wisseling van positie en gepaard gaan met ernstige misselijkheid, braken, zweten en bleekheid. Anders dan bij labirintprickeling zal een oortoilet bij labyrinthitis weinig directe verbetering opleveren.

Labyrinthitis wordt doorgaans veroorzaakt door een virus en heeft een gunstig natuurlijk beloop. In de eerste

plaats is symptoombestrijding in de vorm van anti-emetica aangewezen. Wanneer men aan een bacteriële infectie denkt, zoals in het geval van een OMA, moet men antimicrobiële behandeling, al dan niet met toevoeging van corticosteroiden, overwegen.¹⁶

Acute mastoïditis

Acute mastoïditis is een ontsteking van de luchthoudende cellen in het uitstekende deel van het os petrosum, ook wel rotsbeen genoemd. Het is een OMA-complicatie die geregeld met duizeligheid gepaard gaat vanwege de lokalisatie van het labirint nabij het os petrosum en de processus mastoideus. Klinisch gezien is er sprake van een ziek kind met koorts en een zwelling achter het oor (al dan niet met afwijkende stand van het oor). Een acute mastoïditis moet tijdig herkend worden en behandeld worden met intraveneuze antibiotica. Indien behandeling uitblijft, bestaat het risico op een acute meningitis, een sepsis of een sinustrombose.

Acute meningitis

Meningitis kan worden veroorzaakt door bacteriën en virussen, en sporadisch door schimmels of gisten. Een acute meningitis als complicatie van OMA is zeer zeldzaam.⁶ Bij meningitis is er sprake van een zeer ziek kind, al dan niet met nekstijfheid en een veranderd bewustzijn. Bij vermoeden op acute (bacteriële) meningitis is spoedverwijzing naar de kinderarts aangewezen, zodat deze tijdig met een behandeling met intraveneuze antibiotica (én corticosteroiden) kan starten.

Intracranieel abces

Een intracranieel abces is een zeldzame, maar potentieel dodelijke complicatie van OMA. In veel gevallen zal er klinisch sprake zijn van frequent braken, al dan niet met (piekende) koorts, hoofdpijn, apathie en neurologische uitval. Gezien de ernst van de aandoening dient het kind bij een vermoeden van een hersenabces met spoed naar de tweede lijn te worden doorverwezen voor nadere diagnostiek en behandeling met intraveneuze antibiotica en/of drainage van het abces door middel van stereotactische behandeling of operatie.

Sinustrombose

Een sinustrombose als complicatie bij OMA is zeldzaam en geeft vooral aanleiding tot stuwings van bloed en daardoor verhoogde druk in de schedel, met (progressieve) hoofdpijn, braken, nekstijfheid, epileptisch insult, verlaagd bewustzijn, soms koorts en bij een kwart of minder van de kinderen hemiparese.

Gradenigosyndroom

Het gradenigosyndroom is een extreem zeldzame complicatie van OMA waarbij de OMA zich uitbreidt naar het bot rondom het oor en het os petrosum. De verschijnselen zijn pijn in het gelaat in combinatie met een stoornis in de volgbewegingen van het oog aan de aangedane zijde.

DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

Differentieel diagnostisch kan men bij evenwichtsstoornissen op jonge leeftijd zonder voorafgaand trauma nog aan diverse aandoeningen denken, zoals een intracraniele tumor, intoxicatie met drugs of medicatie en hypoglykemie.

Intracraniele tumor

Afhankelijk van de anatomische lokalisatie van de tumor kunnen evenwichtsstoornissen optreden. Het beloop bij een tumor is doorgaans langduriger van aard, waarbij klachten, zoals hoofdpijn, apathie, braken en neurologische uitval, langzaam progressief zijn.

Intoxicatie

Intoxicatie met drugs of medicatie is een van de meest voorkomende oorzaken van acuut ontstane evenwichtsstoornissen bij kinderen die tevoren gezond waren.¹⁷ Een belangrijk symptoom dat wijst op mogelijke intoxicatie is een gedaald bewustzijn. Hetero-anamnestic kan men vragen naar lege medicatiestrips en zo nodig kan men een toxicologische screening uit laten voeren. Tevens is het raadzaam om laagdrempelig contact op te nemen met het Nationale Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC).¹⁸

Hypoglykemie

Hypoglykemie is een veelvoorkomende oorzaak van evenwichtsstoornissen bij kinderen. Veelal zal het gaan om een kind met diabetes mellitus, maar men kan ook denken aan langdurig vasten als oorzaak.¹⁹ Hypoglykemie kan klachten geven van zweten, nervositeit en hoofdpijn, maar ook duizeligheid en eventueel misselijkheid. Bij een verder dalende bloedsuikerspiegel kunnen ook verwardheid en een hypoglykemisch coma ontstaan.

LEERMOMENTEN

Een dronkenmansgang bij een jong kind kent vele oorzaken. Het tijdig stellen van de juiste diagnose en het bepalen van de daaraan gekoppelde behandeling zijn van groot belang om klachten te verlichten en eventuele complicaties te voorkomen. Laagdrempelige consultatie van een kinderarts is daarom aangewezen.

Wanneer kort voor het ontstaan van de klachten sprake is geweest van een OMA dient de huisarts alert te zijn op een zeldzame complicatie van de middenoorontsteking. Daarom is het van groot belang om in alle gevallen otoscopie te verrichten. Hierbij kan men tevens onderscheid maken tussen kinderen met én kinderen zonder trommelvliesbuisjes in situ. Deze laatste bevinding kan op zijn beurt behulpzaam zijn bij het onderscheiden van diverse differentieel diagnostische overwegingen.

In de betreffende casus was sprake van labirintprickeling ten gevolge van een verstopt trommelvliesbuisje bij een OMA. Het opheffen van de verstopping door de kno-arts door middel van een oortoilet gaf plotse verbetering van de klachten en het looppatroon, én zorgt ervoor dat de antibiotica bevattende

oordruppels hun werk (weer) kunnen doen bij het bestrijden van de acute middenoorontsteking.

Hoewel een verstopping van een trommelvliesbuisje buiten de direct postoperatieve periode weinig frequent voorkomt, onderschrijft deze casus wel het belang van een goede afweging alvorens trommelvliesbuisjes te plaatsen. De ingreep kan op korte termijn mogelijk verlichting van klachten geven, maar is geen garantie dat er in de toekomst geen problemen kunnen optreden, zoals een loopoor of een verstopt trommelvliesbuisje. Uitleg over de voor- en nadelen van trommelvliesbuisjes is daarom aan te raden. Hierbij kan de arts de ouders wijzen op de beschikbare keuzehulp (<https://keuzehulpen.thuisarts.nl/trommelvliesbuisjes/keuzemogelijkheden/wel-trommelvliesbuisjes>). ■

LITERATUUR

- 1 NIVEL. LINH-zorgregistratie huisartsen. Incidentie- en prevalentiecijfers in de huisartsenpraktijk (2011). www.nivel.nl/incidentie-en-prevalentie-cijfers-in-de-huisartsenpraktijk.
- 2 Teele DW, Klein JO, Rosner B. Epidemiology of otitis media during first seven years of life in children in greater Boston; a prospective, cohort study. *J Infect Dis* 1989;160:83-94.
- 3 Nokso-Koivisto J, Marom T, Chonmaitree T. Importance of viruses in acute otitis media. *Curr Opin Pediatr* 2015;27:110-5.

De rest van de literatuur staat bij het artikel op www.henw.org.

ntvg

Nederlands
Tijdschrift
voor
Geneeskunde

Wat u nog niet wist over trauma

Elk jaar belanden meer dan 700.000 mensen na een ongeval op de SEH, en ruim 20% van hen wordt opgenomen. Vaak gaat het om een val, bijvoorbeeld van de fiets of trap. In de NTvG special 'Trauma' (verschijnt 20 mei) komt o.a. aan bod: reanimatie, levensbedreigend bloedverlies, bijtanden en de belasting na een fractuur. De special is na te bestellen via: ntvg.nl/trauma

ntvg.nl/trauma

Sneller bij kennis



Effecten 'belonen van kwaliteit' zeer gering

INLEIDING

Het plan om zorgverleners of -organisaties financieel te belonen (of juist te korten) op basis van de kwaliteit van de geleverde zorg lijkt aantrekkelijk. Het idee is dat hiermee kwaliteit, en niet productie wordt gestimuleerd. Zeker in landen als de Verenigde Staten, waar grote verschillen in kwaliteit bestaan tussen verschillende zorginstellingen, is dit actueel. *Pay-for-performance*, ook aangeduid met het modieuze acroniem P4P, is een thema dat veel vragen oproept. Morele vragen (is het ethisch toelaatbaar dat sommige mensen betere en anderen slechtere zorg krijgen?), praktische vragen (hoe meten we de kwaliteit en hoe relateren we dit aan de beloning?) en ook de vraag: werkt het? Wordt de kwaliteit van de zorg beter door P4P? Tot nu toe was er namelijk geen bewijs dat P4P effect heeft op de uitkomsten van zorg. Recent verscheen een nieuwe systematische review naar de effecten van P4P op de kwaliteit van processen en uitkomsten in de zorg.

ONDERZOEK

Opzet Onderzoekers zochten in meerdere databestanden naar zowel observationele als vergelijkende trials van P4p-programma's die effecten op de kwaliteit van zorg beschreven. Twee van hen selecteerden onafhankelijk van elkaar de onderzoeken en beoordeelden de kwaliteit van het bewijs.

Resultaten Er werden uit 586 artikelen 69 onderzoeken geselecteerd, met zeer heterogene opzet wat betreft doelgroep, beloning en effectmaten. Van deze onderzoeken waren er 58 in de ambulante zorg. Er werden door 52 trials procesparameters en door 38 uitkomstparameters gerapporteerd. De duur van de onderzoeken was niet meer dan twee tot drie jaar. Relatief veel trials richtten zich op chronische zorg in de eerste lijn.

Uitkomsten Processen in de ambulante zorg verbeterden soms, de kwaliteit van het bewijs was echter zwak. Uit geen enkel onderzoek bleek dat de uitkomsten van de zorg, namelijk de gezondheid van patiënten, verbeterden. Positieve resultaten werden vooral gezien in het Verenigd Koninkrijk, waar de beloningen hoger waren, en verder als de kwaliteit van de zorg slecht was bij aanvang.

Conclusie van de auteurs P4P heeft geen aangetoond effect op de uitkomsten van de zorg. De effecten op de kwaliteit van

processen in de ambulante zorg is beperkt, maar het bewijs hiervoor is zwak. Er is nog altijd gebrek aan kwalitatief goed onderzoek op dit terrein.

INTERPRETATIE

Hoe aantrekkelijk het ook klinkt voor beleidsmakers die daadkrachtig de zorg willen verbeteren: het bewijs dat betalen voor kwaliteit de gezondheid van de patiënt verbetert, is er nog altijd niet, ondanks de vele onderzoeken die inmiddels gedaan zijn. Ook ons zorgstelsel is nu ruim tien jaar ingericht met het idee dat 'sturen met geld' werkt, maar het bewijs dat dit werkt was er niet bij de invoering in 2006, en het is er nog steeds niet. De beschreven review richt zich op effectiviteit; er zijn nog geen degelijke onderzoeken naar de kosteneffectiviteit van P4P. Op basis van zelfrapportage van zorgverleners in de Verenigde Staten is uitgerekend dat de kosten van P4P waarschijnlijk jaarlijks miljarden dollars bedragen. In het Verenigd Koninkrijk is het groots opgezette P4P-programma, het Quality & Outcomes Framework (QOF), na tien jaar in verband met de hoge kosten en teleurstellende opbrengsten inmiddels fors afgeslankt.

Interessant voor ons als Nederlandse huisartsen is dat door de onderzoekers ook is gekeken naar de *utilization outcomes*. Het gaat daarbij om het stimuleren van specifieke onderdelen in de zorg met als doel om andere, duurdere zorg te vervangen. Een voorbeeld hiervan is het verbeteren van palliatieve zorg thuis om ziekenhuisopnamen in de laatste levensfase te voorkomen. Ook hier wordt geen effect gevonden, en in sommige onderzoeken worden zelfs negatieve effecten gezien. De uitkomsten van deze nieuwe review zijn vooral belangrijk voor beleidsmakers en, vanuit onze eigen beroepsgroep, voor onze vertegenwoordigers die afspraken maken met verzekeraars, zoals bijvoorbeeld over de ketenzorg. Kortom: het is niet realistisch om van financiële stimuli effecten op de gezondheid van patiënten of bezuinigingen in tweedelijns zorg te verwachten. ■

LITERATUUR

- 1 Mendelson A, Kondo K, Damberg C, et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2017;166:341-53.

Aanhoudende opvliegers

WAT IS HET PROBLEEM?

Een 63-jarige onderwijzeres vraagt om een herhalingsrecept van estradiol/dydrogesteron. Zij gebruikt dit nu vijftien jaar vanwege hinderlijke opvliegers. Staken van de hormoontherapie (HRT), gevolgd door het gebruik van clonidine en later een homeopathisch middel, heeft zij al geprobeerd. De vasomotorische klachten kwamen echter meteen terug en bezorgden haar zo veel hinder, vooral in haar werk, dat ze steeds bereid was de risico's van HRT voor lief te nemen. Wat kan de huisarts haar nu adviseren over de duur en behandeling van haar opvliegers?

WAT MOET IK WETEN?

Een opvlieger is een spontane aanval van perifere vasodilatatie, samengaan met een gevoel van hitte, blozen en (hevig) transpireren, een toegenomen hartslag en rillingen. Een typische opvlieger duurt drie tot vijf minuten en de frequentie varieert van enkele per uur tot een paar per maand. Meer dan de helft van de vrouwen heeft tijdens de overgang frequente vasomotorische klachten, met een gemiddelde duur van 7,5 jaar. Na de laatste menstruatie kan een vrouw rekenen op nog eens 4,5 jaar hinderlijke opvliegers, terwijl een op de vijf vrouwen er tien jaar last van houdt. Vrouwen die vasomotorische klachten krijgen voordat hun menstruatie onregelmatig wordt, hebben het langst klachten. Laagopgeleide vrouwen, (ex-)rooksters en vrouwen met angst, stress en depressieve klachten lopen ook meer kans op langdurige opvliegers. Bij langdurige klachten dient men ook aan andere oorzaken te denken, zoals overmatig alcoholgebruik, medicatiebijwerkingen of een angst- of paniekstoornis.

HRT is het geneesmiddel van eerste keus bij de behandeling van vasomotorische klachten. Maar er kleven ernstige, zij het relatief zeldzame, bijwerkingen aan. Combinatietherapie geeft per 1000 vrouwen na vijf jaar gebruik in totaal dertien extra gevallen met ernstige bijwerkingen; vijf extra gevallen van veneuze trombo-embolie, 2,5 extra gevallen van myocardinfarct, 2,5 extra CVA's en drie extra gevallen van mammacarcinoom. Oestrogeenmonotherapie heeft een gunstiger profiel dan combinatietherapie op bijwerkingen.

Bij vrouwen tussen de 50-59 jaar die HRT gebruiken, is het absolute risico op bijwerkingen lager, en zelfs beschermend op mortaliteit, dan bij vrouwen ouder dan 60 jaar die HRT gebruiken. Een recent verschenen NICE-richtlijn over menopauze en HRT-gebruik stelt dat HRT geen verhoogd risico geeft op cardiovasculaire ziekten, indien gestart wordt voor het 60e levensjaar. Of dit risico ook verlaagd blijft bij langdurig gebruik, is onbekend.

HRT heeft ook gunstige bijwerkingen: tijdens het gebruik beschermt het tegen fracturen. Een voordeel dat overigens verdwijnt zodra HRT gestopt wordt.

Niet-hormonale middelen, zoals SSRI's, SSNRI's, en anti-epileptica zijn minder effectief dan HRT en er bestaat een groot placebo-effect. SSRI's zijn goed onderzocht: vooral (lage doseringen) paroxetine en venlafaxine zijn veilig en kunnen effectief zijn in het reduceren van opvliegers en de last hiervan.

WAT MOET IK DOEN?

Luister actief en neem de klachten serieus, omdat ze een groot effect kunnen hebben op de kwaliteit van leven. Inventariseer welke belemmerende factoren of gedachten bestaan met betrekking tot het staken van de HRT. Bespreek met de patiënte nogmaals de potentiële gevolgen van langdurig HRT-gebruik en breng (wederom) de cardiovasculaire risicofactoren in kaart.

Ga na of er risicofactoren bestaan voor langdurige opvliegers, zoals roken, overgewicht, aanwezigheid van vasomotorische klachten premenopauzaal, of stress, angst- of somberheidsklachten.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Benadruk dat opvliegers bij de overgang horen en heel storend zijn. Vertel de patiënte dat een op de vijf vrouwen langer dan tien jaar klachten ervaart, en dat genoemde risicofactoren de duur kunnen verlengen.

Ontraad HRT bij vrouwen die roken en/of een verhoogd cardiovasculair risico, stollingsafwijkingen, (verhoogd risico op) mammacarcinoom of ernstige leverfunctiestoornissen hebben.

Vertel haar dat combinatietherapie langer dan vijf jaar een verhoogd risico geeft op borstkanker en hart- en vaatziekten, maar dat de absolute aantallen klein zijn, vooral bij vrouwen jonger dan 60 jaar. Er is weinig onderzoek verricht naar langdurig gebruik, langer dan tien jaar, van HRT.

Evalueer tweemaal per jaar HRT-gebruik op basis van klachten/hinder, leeftijd en het cardiovasculair risicoprofiel. Motiveer de vrouw elke zes maanden om de HRT te staken. Of de HRT wordt afgebouwd of direct gestopt, maakt niets uit op het terugkeren van vasomotorische klachten op de lange termijn. Bij veel klachten, mislukte stoppogingen en een gunstig risicoprofiel kan er in gezamenlijk overleg besloten worden de HRT-therapie te continueren. Geef uitleg dat vrouwen ouder dan 60 jaar meer risico hebben op ernstige bijwerkingen, maar dat dit geen absolute contra-indicatie is. Overweeg bij een (te) hoog risico een proefbehandeling met een (lage dosis) SSRI/SSNRI. ■

Huisartsenpraktijk De Klaproos, Bergeijk: L. van Avendonk, kaderarts urogynaecologie-in-opleiding, huisarts. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, unit Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar en huisarts • Correspondentie: lvanavendonk@gmail.com • Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Opsporing verzocht

De belangrijkste motivatie voor het promotieonderzoek van Jos Dirven is de grote mate van mis- en onderdiagnostiek van COPD in Nederlandse huisartsenpraktijken. “Verbetering van deze situatie is zeer gewenst. Via het Preventieconsult COPD lijkt dit nu haalbaar en huisartsen zien kansen voor implementatie van vroegopsporing van COPD in de huisartsenpraktijk.”

Het onderzoek van Dirven en collega's is uitgevoerd in vier regio's: Ede, Utrecht (Kanaleneiland), Eindhoven (centrum) en Heerlen. Er participeerden zes huisartsenpraktijken uit wijken met een lage sociaaleconomische status (SES) en zes uit wijken met een gemiddelde tot hoge SES. De vragenlijsten zijn naar zo'n 10.000 gezonde mensen van 40-70 jaar gestuurd, van wie in de actieve interventiegroep de helft reageerde. De passieve controlegroep had een respons van 27%.

Efficiënter en goedkoper

De deelnemers waren ten tijde van het vragenlijstonderzoek niet bekend met astma of COPD, althans niet in de huisartsendossiers. Desondanks meldde bij-

na tweederde (63%) van de respondenten luchtwegklachten. Deze actieve opsporingsmethode is niet alleen efficiënter, maar ook goedkoper dan niets doen, zo concludeert Dirven. In de interventiegroep waren er voor elke nieuwe COPD-patiënt twee keer zo weinig spirometrieën nodig als in de controlegroep (*usual care*). Daarbij werden drie keer zoveel nieuwe diagnoses COPD gesteld en vier keer zoveel actieve rokers opgespoord. De directe kosten per nieuw gevonden COPD-patiënt waren drie keer zo laag.

Opsporing van COPD blijkt effect te sorteren, weet Dirven: “Stoppen met roken is de meest effectieve manier om COPD aan te pakken. De rokers die deelnamen aan het Preventieconsult COPD, waren veel gemotiveerder om te stoppen met roken dan degenen in de controlegroep. Door vroege diagnosestelling wordt de COPD eerder behandeld met een inhaler. Daardoor nemen de klachten van kortademigheid en hoesten af, neemt de kans op longaanvallen af en lijkt daarmee de kwaliteit van leven te verbeteren.”

Sociale klasse

Roken en lage SES zijn beide onafhankelijke risicofactoren voor COPD. Het COPD-risico is niet alleen te wijten aan het rookgedrag, maar hangt ook samen met beroepsmatige en omgevingsblootstelling, zoals contact met fijnstof. Daarnaast zijn waarschijnlijk de leefstijl en familiale (genetische) belasting van invloed.

Eén van de cohorten uit het promotieonderzoek van Dirven kwam uit Heerlen. Hoewel dit een mijnwerkersstreek is, kwam het aantal nieuw gevonden COPD-diagnosen redelijk overeen met de andere regio's.

Adviezen

Dirven adviseert om eenmalig alle gezonde mensen van 40-70 jaar de COPD-risicotest te laten invullen. Het belangrijkste struikelblok is het ontbreken van een vergoeding. “Het uitblijven van een vergoeding voor het extra werk in de huisartsenpraktijken houdt het gebruik van het Preventieconsult te-

gen”, vertelt Dirven. “Zeker in de achterstandswijken is screening zinvol, maar daar zit wel dubbel zoveel werk in. Overheden en zorgverzekeraars zouden de extra werklust van het Preventieconsult moeten vergoeden. De directe kosten van de COPD-zorg vallen lager uit dan de zorg voor onbekende COPD-patiënten.” Dit gegeven is volgens Dirven interessant, omdat het een goede reden kan zijn voor overheden en verzekeraars om de extra werklust van het Preventieconsult te gaan vergoeden. De huisartsen zien betaling voor de inzet bij de uitvoering van het Preventieconsult door een screeningsinstantie als een reële mogelijkheid met een goede kans van slagen.

Case finding

Naast screening is er ook meer reden voor *case finding* van groepen op het spreekuur. Op het spreekuur blijkt ongeveer een derde deel van de COPD-patiënten boven de 65 jaar tevens hart- en vaatziekten (HVZ) te hebben. Omgekeerd kan er meer COPD opgespoord worden door spirometrie uit te voeren bij deze HVZ-patiënten (zogenaamde *opportunistic population-based screening* ofwel *case finding*). Naar aanleiding van de screeningsresultaten adviseert de NHG-Standaard COPD (uit 2015) *case finding* van COPD op het spreekuur bij chronische hoesters die roken. Dan kan directe spirometrie worden verricht zonder risicotest vooraf. In deze groep is de kans op een nieuwe COPD-diagnose na spirometrie bijna 44%. ■

Daniël Dresden



Jos Dirven, huisarts in Renswoude, promoveerde op 29 april 2016 aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht op het onderzoek 'Early detection of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in general practice' bij prof. dr. C.P. van Schayck, prof. dr. J.W.M. Muris (beiden promotor) en dr. H.J. Tange (copromotor). Een pdf van zijn proefschrift is te vinden via cris.maastrichtuniversity.nl.

KENNISTOETS: VRAGEN

- Vijfenzestig procent van de laaggeletterden in Nederland is autochtoon. Toch komt laaggeletterdheid in Nederland vaker voor bij niet-westerse migranten dan bij autochtonen. Hoe hoog is de prevalentie van laaggeletterdheid onder alle volwassen Nederlanders en hoe hoog is de prevalentie onder de niet-westerse migranten?
 - 6% van alle volwassenen, 10% van alle niet-westerse migranten.
 - 11% van alle volwassenen, 30% van alle niet-westerse migranten.
 - 22% van alle volwassenen, 40% van alle niet-westerse migranten.
- Van Ee benaderde in haar onderzoek verhoudingsgewijs meer huisartsen uit achterstandswijken om aan het onderzoek deel te nemen. De kans om aan het onderzoek deel te nemen was dus niet gelijk voor alle huisartsenpraktijken. Wat voor gevolg heeft dit voor het onderzoek?
 - De betrouwbaarheid wordt daardoor beperkt.
 - De generaliseerbaarheid wordt daardoor beperkt.
 - De validiteit wordt daardoor beperkt.
- Van Ee ondervroeg huisartsen naar bekendheid met een van de vier hulpmiddelen voor herkenning van en communicatie met laaggeletterden. Ook vroeg zij welke hulpmiddelen de huisarts gebruikt in het dagelijkse werk. Welk hulpmiddel wordt het meest gebruikt door de huisartsen in dit onderzoek?
 - De LHV Toolkit.
 - Website www.begrijpelichaam.nl.
 - Website www.aof-amsterdam.nl.
 - Website www.pharos.nl.
- Bepaalde vaardigheden schieten bij laaggeletterden tekort om goed te kunnen functioneren in de maatschappij. Welke vaardigheden schieten volgens de definitie van laaggeletterdheid tekort?
 - Lees- en schrijfvaardigheden.
 - Lees-, schrijf- en rekenvaardigheden.
 - Lees-, schrijf-, reken- en digitale vaardigheden.
 - Lees-, schrijf-, reken-, digitale en spreekvaardigheden.
- Huisartsen vinden het moeilijk hun taalgebruik aan te passen aan het taalniveau van laaggeletterden. In boeken en op websites worden adviezen gegeven hoe te communiceren met laaggeletterden. Welk advies is met betrekking tot deze doelgroep correct?
 - Gebruik de woorden die de patiënt zelf gebruikt.
 - Maak om zinnen in te korten gebruik van medische termen.
 - Maak gebruik van beeldspraak en gezegden.
 - Maak zo weinig mogelijk gebruik van non-verbale uitingen.
- Van Ee onderzocht in welke mate huisartsen zich bekwaam voelen om laaggeletterdheid te herkennen en in welke mate ze gebruikmaken van hulpmiddelen (websites) op het gebied van laaggeletterdheid. Wat is een van de uitkomsten van haar onderzoek?
 - De helft van de huisartsen ervaart problemen in de communicatie met laaggeletterden.
 - Huisartsen komen laaggeletterdheid op het spoor door er rechtstreeks naar te vragen.
 - Slechts een derde van de huisartsen registreert laaggeletterdheid in het EPD.
 - Driekwart van de huisartsen is bekend met een van de hulpmiddelen.
- Mevrouw De Groot heeft een afspraak bij de huisarts om 09.40 uur. Ze verschijnt pas om 13.00 uur op de praktijk. De huisarts is dan visites aan het afleggen. Als de assistente uitlegt dat de dokter om 09.40 uur tijd voor haar had en zij nu voor de volgende dag een afspraak kan maken, wordt mevrouw De Groot boos. Ze zegt dat ze in haar lunchpauze is gekomen en dat ze eerder niet kon, omdat ze vanmorgen op haar werk was. De assistente vermoedt dat mevrouw De Groot laaggeletterd is. Hoe kan ze het beste handelen?
 - Vragen naar de werktijden van mevrouw De Groot en afspreken dat ze voordat ze naar haar werk gaat, langskomt.
 - Nieuwe afspraak maken en de tijd noteren op een kaartje.
 - Nieuwe afspraak maken en mevrouw De Groot vragen de tijd te herhalen.
- Onderzoek heeft uitgewezen dat 80% van de laaggeletterden opgespoord kan worden door drie simpele vragen te stellen. Welke vraag is hier één van?
 - Hoe moeilijk is het om uw medicijnen volgens voorschrift in te nemen?
 - Hoe vaak begrijpt u niet goed wat er op televisie verteld wordt?
 - Hoe vaak vindt u het moeilijk om te begrijpen hoe uw medische situatie is?

De kennistoets gaat over één artikel in dit nummer van H&W, namelijk: Van Ee A, Van den Muijsenbergh METC. Ondersteuning bij de zorg voor laaggeletterde patiënten. Huisarts Wet 2017;60(5):208-11.

Daarnaast is gebruikgemaakt van de LHV Toolkit laaggeletterdheid. Utrecht: LHV, 2011 en het boek van Van den Muijsenbergh M & Oosterberg E (red.). Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG/Pharos, 2016. Verder zijn bronnen geraadpleegd die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 252.

Echografie ontmaskert ontkende zwangerschap

Casus

's Ochtends belt de huisartsenpost naar onze dorpspraktijk om een patiënte over te dragen. Het gaat om een negentienjarige vrouw die zich 's nachts presenteerde met krampende buikpijn. Een bol abdomen bij het lichamelijk onderzoek wees op een mogelijke zwangerschap, maar patiënte ontkende dit en vertelde de pil te slikken. Nadat patiënte niet kon worden gemotiveerd om mee te werken aan een urineonderzoek, kon een zwangerschap niet worden uitgesloten. De arts van de huisartsenpost bleef met een niet-pluisgevoel zitten. Patiënte heeft een blanco voorgeschiedenis. Wel valt op dat er vijf maanden eerder een spreekuurcontact is geweest in verband met het uitblijven van onttrekkingsbloedingen bij pilgebruik. Bij lichamelijk onderzoek werd destijds een minimale zwelling in de onderbuik vastgesteld. Omdat het patiënte niet lukte om te plassen voor een zwangerschapstest werd er afgesproken om de volgende dag een test af te nemen, maar patiënte is niet verschenen op de vervolgspraak. Naar aanleiding van het bericht van de huisartsenpost wordt patiënte gebeld; ze heeft nog buikkrampen en komt meteen naar de praktijk. Bij lichamelijk onderzoek valt een bol abdomen op. Wanneer bij vaginaal toucher blijkt dat er sprake is van vier cm ontsluiting vertellen we patiënte dat ze zwanger én aan het bevallen is. Patiënte gelooft het niet, maar geeft na enige overreding toestemming om met de praktijkecho te kijken. Pas bij het zien van een volgroeid kindje gelooft patiënte dat ze zwanger is.

BESCHOUWING

Verhalen over opmerkelijke casus zoals hierboven doen vaker de ronde. Maar hoe vaak komt het nu echt voor? Uit een Duits onderzoek blijkt de incidentie van ontkende zwangerschap 1:475 zwangerschappen te zijn. In dit onderzoek is twintig weken amenorroe duur als ondergrens genomen voordat een vrouw zich bewust was van haar zwangerschap. De incidentie van een onverwachte bevalling was 1:2455 zwangerschappen. Dit zou in Nederland neerkomen op ongeveer 360 zwangerschappen waarvan de vrouw zich niet bewust is tot minstens twintig weken amenorroe duur en ongeveer zeventig onverwachte bevallingen per jaar.^{1,2}

In de literatuur wordt er een onderscheid gemaakt tussen ontkende zwangerschappen en verborgen zwangerschappen. Bij een ontkende zwangerschap is de vrouw zich niet bewust van haar zwangerschap en kan het ook zo zijn dat gewichtstoename en amenorroe niet aanwezig zijn of verkeerd worden geïnterpreteerd. Bij een verborgen zwangerschap is de vrouw zich wel bewust van haar zwangerschap, maar houdt ze dit geheim voor de buitenwereld.^{3,4}

Welke vrouwen lopen het meeste risico op een ontkende zwangerschap? Uit onderzoek blijkt dat vrouwen met een ontkende zwangerschap een zeer heterogene groep vormen. Het komt voor bij zowel primi- als multigravidae en zowel bij hoger

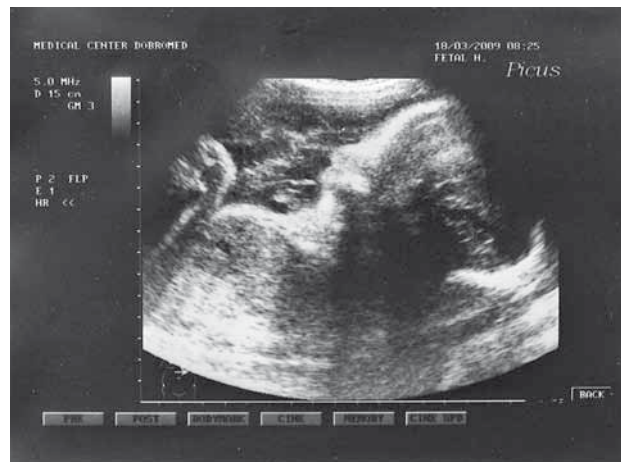


Foto: Shutterstock/Isckyina.

als lager opgeleide vrouwen. Psychotische ontkenning komt voor bij 5% van de ontkende zwangerschappen. De reden waarom vrouwen hun zwangerschap ontkennen, is onduidelijk.^{3,5}

Met deze bespreking willen we er aandacht voor vragen dat een ontkende zwangerschap zeldzaam is en erg moeilijk is om te ontdekken. Inherent aan het ziektebeeld zullen vrouwen hier niet zelf hulp voor zoeken en er is geen duidelijke risicogroep te definiëren. In bovengenoemde casus lijkt het er zelfs op dat patiënte het bevestigen van de zwangerschap door een urineonderzoek vermeed. Het is niet te voorkomen dat ontkende zwangerschappen frequent over het hoofd gezien worden.

Wij adviseren alle huisartsen om bij een gering vermoeden op ontkende zwangerschap direct een zwangerschapstest uit te voeren. Indien een urineonderzoek niet lukt, moet ervoor worden gekozen om patiënten zeer laagdrempelig te verwijzen voor een echo-onderzoek of indien mogelijk zelf een echo-onderzoek te doen. Het heeft er alle schijn van dat zodra een zwangerschap visueel is aangetoond, vrouwen niet meer persisteren in hun ontkenning. Als men een ontkende zwangerschap heeft ontdekt, is het wenselijk om psychische begeleiding in te schakelen om de zwangere te ondersteunen bij de verwerking en het verdere traject.^{4,6} ■

LITERATUUR

- Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002;81:1021-7.
- CBS geboortecijfers 2015.
- Friedman S, Heneghan A, Rosenthal M. Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics* 2007;48:117-22.
- Beier KM1, Wille R, Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems. *Psychosom Res* 2006;61:723-30.
- Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy - characteristics of women at risk. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:542-6.
- Jenkins A, Millar S, Robins J. Denial of pregnancy: a literature review and discussion of ethical and legal issues. *J R Soc Med* 2011;104:286-91.

Nachtmerries en hallucinaties bij metoprolol

Casus

Een 65-jarige vrouw bezoekt het spreekuur ter controle van haar hypothyreoïdie. Hoewel ze in eerste instantie aangeeft geen klachten te ervaren, komt tijdens de vervolganamnese haar verstoorde nachtrust ter sprake. De patiënte vertelt al vele maanden nagenoeg iedere nacht last te hebben van levendige dromen en nachtmerries. Voorheen had ze hier nooit last van. De dromen zijn levensecht en erg beangstigend. Zo wordt ze achternagezet, door haar echtgenoot verlaten of bij een aardbeving onder het puin bedolven. Als ze wakker wordt, ziet ze gedurende maximaal een halve minuut schimmen van personen en bewegende, gekleurde bollen en vormen. Achteraf beseft ze dat deze waarnemingen niet echt aanwezig kunnen zijn geweest in haar donkere slaapkamer. Overdag heeft ze deze visuele hallucinaties nooit. Er zijn geen andere psychiatrische klachten aanwezig. Het psychiatrisch onderzoek is ongestoord, er is geen sprake van middelenmisbruik en haar psychiatrische voorgeschiedenis is blanco. De voorgeschiedenis vermeldt wel, behalve de hypothyreoïdie waarvoor zij levothyroxine gebruikt, sinds tien maanden bestaande angina pectoris. De cardioloog behandelt dit met acetylsalicylzuur, pantoprazol, hydrochloorthiazide, simvastatine, isordil zo nodig en metoprololsuccinaat retard 25 mg. Bij navraag zijn de klachten enkele weken na de start van deze cardiale medicatie begonnen. Het oriënterend lichamelijk onderzoek en het laboratoriumonderzoek laten geen afwijkingen zien. Na overleg met de cardioloog wordt besloten de metoprolol op proef te staken. Na hooguit tien dagen zijn de klachten volledig verdwenen. Patiënte wenst geen hernieuwde toediening om nog duidelijker aan te tonen dat de metoprololtabletten haar klachten hebben veroorzaakt. Ter vervanging wordt atenolol 12,5 mg gestart. Tot op heden slaapt patiënte naar eigen zeggen 'als een roos'.



klachten lange tijd. Enerzijds door schaamte en anderzijds doordat zij de klachten niet als medisch probleem had gezien. Een dergelijke 'patient delay' komt veel voor.⁸ Het is dus van belang om als arts proactief te vragen naar de nachtrust en andere CZS-bijwerkingen. Na het op proef staken van een bètablokker verdwijnen de CZS-verschijnselen meestal binnen enkele dagen.⁸ Bij behoefte aan een vervangend middel kan daarna een hydrofiele bètablokker worden gegeven. De bijwerkingen van bètablokkers zijn dusdanig zeldzaam dat het niet nodig is om in het algemeen exclusief hydrofiele bètablokkers voor te schrijven dan wel de patiënt van tevoren te waarschuwen voor CZS-bijwerkingen.³ ■

BESCHOUWING

In 2015 gebruikten 1.586.000 Nederlanders dagelijks een bètablokker als primaire of secundaire preventie van hart- en vaatziekten.¹ De meest gemelde bijwerkingen van bètablokkers zijn vermoeidheid, (orthostatische) hypotensie, bradycardie, duizeligheid, koude handen en voeten, hoofdpijn en gastro-intestinale klachten.² Bijwerkingen van het centrale zenuwstelsel (CZS) zijn zeldzaam en de incidentie is niet goed bekend. Beschreven zijn hallucinaties, slaapstoornissen, nachtmerries en levendige dromen, insulpen, delirium, angst, depressie en psychose.³ CZS-bijwerkingen kunnen binnen één week na het starten van zowel een kort- als langwerkende bètablokker optreden.⁴ Ze hangen vaak samen met hoge doseringen, al is ook een aantal casus beschreven waarbij het ging om lage orale doseringen en zelfs lokale toediening, zoals bij timolol oogdruppels.⁴⁻⁶ Het pathofysiologische mechanisme is onduidelijk, al is er een mogelijke verklaring door blokkade van cerebrale bèta-2-receptoren en/of 5-hydroxytryptaminereceptoren.³ Bij lipofiele bètablokkers, zoals metoprolol, propranolol, timolol en pindolol, treden CZS-bijwerkingen frequenter op dan bij hydrofiele bètablokkers, zoals atenolol en bisoprolol. Dit is te verklaren doordat lipofiele bètablokkers de bloed-hersenbarrière gemakkelijker passeren.⁷

De beschreven patiënte verzweeg haar invaliderende

LITERATUUR

- 1 GIP databank, Zorginstituut Nederland, geactualiseerd op 22-11-2016, www.gipdatabank.nl.
- 2 Farmacotherapeutisch Kompas, Zorginstituut Nederland, geactualiseerd op 1-12-2016, www.farmacotherapeutischkompas.nl.
- 3 Ahmed AIA, Van Mierlo PJWB, Van Waarde JA, Jansen PAF. Hallucinaties en levendige dromen bij metoprololgebruik. *Tijdschr Psychiatr* 2010;52:117-21.
- 4 Fisher AA, Davis M, Jeffery I. Acute delirium induced by metoprolol. *Cardiovasc Drugs Ther* 2002;16:161-5.
- 5 Sirois FJ. Visual hallucinations and metoprolol. *Psychosomatics* 2010;47:537-8.
- 6 Shore JH, Fraunfelder FT, Meyer SM. Psychiatric side effects from topical ocular timolol, a beta-adrenergic blocker. *J Clin Psychopharmacol* 1987;7:264-7.
- 7 Drayer DE. Lipophilicity, hydrophilicity, and the central nervous system side effects of beta-blockers. *Pharmacotherapy* 1987;7:87-91.
- 8 Goldner JA. Metoprolol-induced visual hallucinations: a case series. *J Med Case Rep* 2012;6:65.

Medisch Centrum Oud-West, Nijmegen: P.A.J. Keurlings, huisarts-in-opleiding (tevens: Radboudumc, Nijmegen), F.J.P. van Horne, huisarts. Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen: E.S. Zegers, cardioloog. • Correspondentie: Pim.Keurlings@radboudumc.nl • Belangenverstrengeling: niet gemeld.



Amoxicilline bij kaakontsteking

Vraagstelling Incisie en drainage door de tandarts of kaakchirurg is de eerst aangewezen behandeling bij een dentoalveolaire infectie of kaakontsteking. Soms kan drainage (nog) niet worden uitgevoerd, zoals bij oudere, immobiele patiënten of tijdens diensturen. In deze gevallen kan het nodig zijn om als huisarts antibiotische therapie te starten. Richtlijnen geven verschillende adviezen met betrekking tot het middel van eerste keus. Wij onderzochten of, gelet op antibiotische gevoeligheid en effect op infectieuze symptomen, amoxicilline of amoxicilline/clavulaanzuur de voorkeur zou moeten hebben.

Zoekstructuur In november 2016 doorzochten wij PubMed met de zoektermen ('mouth' [Mesh] OR 'mouth' [tiab] OR 'odontogenic' [tiab]) AND ('infection' [Mesh] OR 'infecti*' [tiab]) OR ('Focal Infection, Dental' [Mesh] OR 'oral infection' [tiab]) AND ('amoxicillin' [Mesh] OR 'amoxicillin' [tiab]) AND ('Amoxicillin-Potassium Clavulanate Combination' [Mesh] OR 'clavulan*' [tiab]). Dit leverde 113 resultaten op. We vonden geen relevante systematische reviews. We vonden achttien RCT's, waarvan er één relevant was. Bij screening van titels en abstracts van de laatste tien jaar vonden we twee relevante cross-sectionele onderzoeken.

Resultaten De RCT van Iglesias-Martin et al. includeerde 546 patiënten (> 18 jaar) die een indicatie hadden voor extractie van de verstandskie bij de kaakchirurg of tandarts. Na de ingreep kregen alle deelnemers 600 mg ibuprofen gedurende maximaal driemaal per dag. Groep 1 werd behandeld met amoxicilline/clavulaanzuur (875/125 mg driemaal daags, zeven dagen) en groep 2 werd behandeld met amoxicilline (1 gram driemaal daags, zeven dagen). Na zes dagen werden de deelnemers gebeld en werden symptomen van infectie uitgevraagd. Er was geen verschil in symptomen van infectie na zes dagen tussen beide groepen (1,4% van de patiënten). In de eerste groep kwamen significant vaker gastro-intestinale bijwerkingen voor ($p < 0,05$).

Het onderzoek van Kuriyama et al. onderzocht de antimicrobiële gevoeligheid van anaerobe pathogenen bij 218 patiënten met een dentoalveolaire infectie. Er werden 800 isolaten verkregen (*Prevotella* 499, *Fusobacterium* 153, *Peptostreptococcus* micro 100, *Porphyromonas* 48) en getest op gevoeligheid voor dertien soorten antibiotica. De bacteriën op 78% van de isolaten waren gevoelig voor amoxicilline. Op één uitzondering na was de rest gevoelig voor amoxicilline/clavulaanzuur. Chunduri et al. onderzochten de meest voorkomende verwekkers van orale infecties en hun antimicrobiële gevoeligheid bij 68 patiënten. Er werden 64 aerobe en 87 anaerobe strengen geïsoleerd. De

meest voorkomende waren *Streptococci viridans* (64%), *Prevotella* (43%), *Peptostreptococcus* (26%), *Porphyromonas* (7%) en *Fusobacterium* (14%). *Streptococci viridans* had een gevoeligheid van 95% voor amoxicilline/clavulaanzuur en 90% voor amoxicilline, *Prevotella* respectievelijk 92% en 78%. *Peptostreptococcus*, *Porphyromonas* en *Fusobacterium* waren alle drie 100% gevoelig voor amoxicilline/clavulaanzuur tegen respectievelijk 91%, 83% en 75% voor amoxicilline.

Bespreking De RCT van Iglesias-Martin is van slechte kwaliteit. De methode van randomisatie wordt niet besproken. Het is niet duidelijk of patiënten en effectbeoordelaars geblindeerd waren. Ook is onbekend of van alle geïncludeerde patiënten follow-upgegevens zijn verkregen en of er sprake was van uitval.

De resistentieonderzoeken van Kuriyama en Chunduri zijn uitgevoerd in respectievelijk Japan en Groot-Brittannië en India. De epidemiologie verschilt per regio, wat de toepasbaarheid in Nederland ter discussie stelt. De gemiddelde leeftijd van de onderzoekspopulaties is jong, terwijl de vraag welk antibioticum gestart moet worden in de huisartsenpraktijk vaker bij ouderen gesteld zal worden.

Conclusie Amoxicilline en amoxicilline/clavulaanzuur zijn beide een goed middel van eerste keus voor het behandelen van bacteriële dentoalveolaire infecties. De resistentie voor amoxicilline/clavulaanzuur ligt lager, maar dit middel veroorzaakt meer bijwerkingen.

Betekenis Bij een bacteriële infectie waarvoor antibiotische behandeling is aangewezen en chirurgische behandeling door tandarts of kaakchirurg op zich laat wachten, heeft starten met amoxicilline de voorkeur in verband met het risico op bijwerkingen bij amoxicilline/clavulaanzuur. ■

LITERATUUR

- 1 Iglesias-Martin F, Garcia-Perla-Garcia A, Yanez-Vico R, et al. Comparative trial between the use of amoxicillin and amoxicillin clavulanate in the removal of third molars. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2014;19:e612-615.
- 2 Kuriyama T, Williams DW, Yanagisawa M, et al. Antimicrobial susceptibility of 800 anaerobic isolates from patients with dentoalveolar infection to 13 oral antibiotics. *Oral Microbiol Immunol* 2007;22:285-8.
- 3 Chunduri N, Madasu K, Goteki V, et al. Evaluation of bacterial spectrum of orofacial infections and their antibiotic susceptibility. *Ann Maxillofac Surg* 2012;2:46-50.

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

Maagzuurremmers bij zuigelingen

Vraagstelling Gastro-oesofageale reflux (GOR) komt vaak voor bij zuigelingen en leidt frequent tot doktersbezoek. Wanneer GOR tot hinderlijke klachten en/of complicaties leidt, is er sprake van gastro-oesofageale refluxziekte (GORZ). De NHG-Standaard adviseert om voorlichting te geven, voeding in te dikken met johannesbroodpitmeel en te verwijzen naar de kinderarts voor een proefbehandeling met H₂-remmers indien bovenstaande adviezen geen effect hebben én er sprake is van groeivertraging.¹ PPI's worden afgeraden voor zuigelingen vanwege niet-bewezen effectiviteit. Maagzuurremmers worden echter regelmatig off-label voorgeschreven aan zuigelingen met specifieke symptomen. Onze vraagstelling is: wat is het effect van maagzuurremmers, vergeleken met placebo, op de klachten bij zuigelingen met GOR(Z)?

Zoekstructuur In april 2016 doorzochten wij PubMed met de volgende zoektermen (en synoniemen): ('gastroesophageal reflux') AND ('infant') AND ('acid suppressant medication'). Dit leverde 557 artikelen op, waaronder een Cochrane-review uit 2014.² Van de RCT's gepubliceerd na de zoekdatum van de Cochrane-review, waren er drie relevant.

Resultaten De Cochrane-review omvat in totaal 24 RCT's, waarvan er twee relevant waren voor onze vraagstelling. Moore vergeleek omeprazol (n = 15) met placebo (n = 15) bij zuigelingen met GORZ waarbij conservatieve therapie faalde en waarbij er sprake was van oesophageale zuurexpositie > 5% en/of abnormale oesophageale histologie.³ Omeprazol leidde tot een significante vermindering van zuurexpositie, maar niet tot verbetering van GORZ-gerelateerde klinische symptomen. Orenstein vergeleek lansoprazol (n = 81) met placebo (n = 81) bij zuigelingen met GORZ waarbij conservatieve therapie faalde.⁴ Er werd geen verschil gevonden op de primaire uitkomstmaat: > 50% reductie van voedingsgerelateerd huilen. Van de drie recentere RCT's vergeleek Davidson bij opgenomen neonaten met GORZ de effectiviteit van esomeprazol (n = 25) met placebo (n = 26).⁵ Esomeprazol leidde tot een significante vermindering van zuurexpositie, maar er was geen verschil in symptomen. De onderzoeken van Hussain en Winter hanteerden beide een zogenaamd *withdrawal design*, waarbij zuigelingen met GORZ en falende conservatieve therapie open label gedurende enkele weken een PPI kregen.^{6,7} Alleen de zuigelingen met klinische verbetering werden vervolgens gerandomiseerd (bij Hussain rabeprazol en bij Winter esomeprazol versus placebo). In beide onderzoeken werd geen significant verschil gezien tussen beide behandelingsgroepen. Geen van

de beschreven onderzoeken vond een statistisch significant verschil in bijwerkingen.

Bespreking De vijf geselecteerde dubbelblinde, placebogecontroleerde RCT's waren over het algemeen van goede methodologische kwaliteit, hoewel het withdrawal design van de laatste twee onderzoeken mogelijk tot een vertekening van de resultaten heeft geleid. Tevens vonden alle onderzoeken plaats in de tweede lijn in plaats van in de huisartsenpraktijk. Het waren voornamelijk kleine onderzoeken met een korte follow-upduur (vier tot tien weken) en een grote variëteit. Zo werden er verschillende inclusiecriteria, onderzoeksdesigns, behandelingsregimes en uitkomstmaten gehanteerd. De conclusie was echter steeds hetzelfde: maagzuurremmers zijn niet effectief tegen GOR(Z).

Conclusie Maagzuurremmers zijn niet effectiever dan placebo om symptomen van GOR(Z) bij zuigelingen te verminderen. Maagzuurremmers hebben niet meer bijwerkingen dan placebo. Het is onduidelijk welke zuigelingen met GOR(Z) mogelijk wel baat hebben bij maagzuurremmers.

Betekenis Bij de behandeling van GOR(Z) bij zuigelingen in de huisartsenpraktijk hebben maagzuurremmers geen plaats. ■

LITERATUUR

- 1 Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, Wiersma TJ, Goudswaard AN, Van Asselt KM. NHG-Standaard Zwanerschap en kraamperiode (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:112-25.
- 2 Tighe M, Afzal NA, Bevan A, Hayen A, Munro A, Beattie R. Pharmacological treatment of children with gastro-oesophageal reflux. Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD008550.
- 3 Moore DJ, Tao BS, Lines DR, Hirte C, Heddle ML, Davidson GP. Double-blind placebo-controlled trial of omeprazole in irritable infants with gastroesophageal reflux. J Pediatr 2003;143:219-23.
- 4 Orenstein SR, Hassall E, Furmaga-Jablonska W, Atkinson S, Raanan M. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. J Pediatr 2009;154:514-20.
- 5 Davidson G, Wenzl TG, Thomson M, Omari T, Barker P, Lundborg P, et al. Efficacy and safety of once-daily esomeprazole for the treatment of gastroesophageal reflux disease in neonatal patients. J Pediatr 2013;163:692-8.
- 6 Hussain S, Kierkus J, Hu P, Hoffman D, Lekich R, Sloan S, Treem W. Safety and efficacy of delayed release rabeprazole in 1- to 11-month-old infants with symptomatic GERD. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014;58:226-36.
- 7 Winter H, Gunasekaran T, Tolia V, Gottrand F, Barker PN, Illueca M. Esomeprazole for the treatment of GERD in infants ages 1-11 months. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2015;60 Suppl 1:S9-15.

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

Acupunctuur voor preventieve behandeling migraine

Context Aanvalsgewijze migraine betekent een grote ziekte-last, zeker wanneer alle aanvallen van een patiënt bij elkaar worden opgeteld. Vaak wordt beweerd dat acupunctuur zou helpen. Bij hoofdpijn wordt waarschijnlijk veel gebruikge-maakt van alternatieve geneeswijzen.

Klinische vraag Is acupunctuur effectief bij de preventie van migraine?

Conclusie auteurs Er werden 22 trials met in totaal 4985 deelnemers geïncludeerd. Vergeleken met de voorafgaande Cochrane-review uit 2009 zijn er vijf trials uitgehaald (vanwege een migraineduur korter dan twaalf maanden) en vijf nieuwe toegevoegd.

- In de vijf trials zonder controlegroep was er geringe reductie in migraine-frequentie.
- Vergeleken met medicamenteuze preventie zou één op de tien patiënten een gering resultaat hebben (meer dan bij preventieve medicatie). Er was sprake van een daling van de migraine-frequentie (weergegeven als gestandaardiseerd gemiddelde verschil, SMD -0,25; 95%-BI -0,39 tot -0,10; $I^2 = 0\%$; 3 trials, 739 patiënten).
- Bij vergelijking met placebo-acupunctuur bleek een significant verschil, namelijk een 0,18 lagere migraine-frequentie per maand (95%-BI -0,28 tot -0,08; $I^2 = 47\%$). De hoofdpijn-frequentie (ruimer dus dan sec migraine) daalde met de helft bij 50% van de interventiegroep en bij 41% van de controlegroep (gepoolde RR 1,23; 95%-BI 1,11 tot 1,36; $I^2 = 48\%$; 14 trials, 1825 patiënten). Dat komt overeen met een therapeutische winst van acupunctuur bij een op de tien patiënten.

Beperkingen In de trials zonder controlegroep en de ongeblindeerde trials met vergelijking met medicamenteuze behandeling was het risico op bias het grootst. De kwaliteit hiervan was matig. Bij de trials zonder controlegroep heeft vermindering van migraine-frequentie geen zeggingskracht. In aanvang lijkt acupunctuur een beetje nuttig. Als er al effectiviteit is, neemt die snel af. De trials met het hoogste risico op bias zijn de ongeblindeerde vergelijkingen met medicamenteuze interventie. De review wijst er terecht op dat patiënten gerekruteerd waren met de belofte mee te mogen doen met een acupunctuuronderzoek. Veel deelnemers haakten af toen ze bemerkten in de controlegroep terecht te zijn gekomen. Daardoor deden er vooral acupunctuuraanhangers mee en zijn de resultaten niet van toepassing op een gewone populatie. Een kwart van de deelnemers stopte vanwege bijwerkingen. De interessantste groep trials in deze review zijn die waarbij acupunctuur werd vergeleken met placebo-acupunctuur. Mogelijk is een placebobehandeling niet echt vergelijkbaar. Ook is acupunctuur, met een enorme diversiteit aan uitvoeringen,

lastig te meten. De auteurs hebben echtheid van acupunctuur bepaald door het opstellen van een waarderingsschaal op basis van consensus en die gewaardeerde echtheid meegewogen in de resultaten. Ook hier was sprake van een kwart stoppers met acupunctuur vanwege neveneffecten.

COMMENTAAR

De kwaliteit van het literatuuroverzicht is goed; de zeggingskracht ervan is gering. De auteurs concluderen dat het toevoegen van acupunctuur aan een bestaande aanvalsbehandeling bij migraine de hoofdpijn-frequentie verlaagt.

De zeggingskracht van de vijf trials zonder controlegroep is nihil. Meestal worden in trials migraine-patiënten met een hoge ziektelast geïncludeerd en de frequentie van migraine varieert. Periodes met veel aanvallen worden gevolgd door periodes met minder aanvallen. Hier is het natuurlijk beloop van migraine gemeten.

Bij de vergelijking met medicamenteuze preventie is de conclusie dat acupunctuur even effectief is te hoog gegrepen. Er is hier een erg groot risico op bias en er was een geselecteerde patiëntengroep. De auteurs beweren dat acupunctuur minder bijwerkingen heeft. Met een kwart uitvallers lijkt die bewering te stellig. Bij preventieve medicamenteuze behandeling wordt juist getitreerd op een dosis die net geen bijwerkingen heeft. Wel zijn er dan altijd nog veel uitvallers en moeten soms meerdere medicamenten worden uitgeprobeerd voordat een bij de patiënt passende therapie wordt gevonden.

Deze nieuwe Cochrane-review toont voor het eerst aan dat er meer effect is van acupunctuur dan van een placebo-acupunctuurbehandeling. Als er al een effect van acupunctuur is, dan is dat gering en op weinig patiënten van toepassing.

De auteurs maken terecht veel voorbehoud met betrekking tot de eigen conclusies, gezien de problemen om te bepalen wat echt acupunctuur is, de kwaliteit van de onderzoeken, de grootte en de bestendigheid van de effecten.

In de Nederlandse richtlijnen speelt acupunctuur geen rol bij de preventieve behandeling van migraine. Doordat het effect van acupunctuur – indien al aanwezig – gering is, zal deze Cochrane-review daar waarschijnlijk geen verandering in brengen. ■

LITERATUUR

Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehning M, Vertosick EA, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. Cochrane Database Syst Rev 2016;28:CD001218.

VERKLARINGSMODELLEN VOOR MENSELIJK GEDRAG

M America. Allemaal mensen 2.0. Houten: Prelum, 2016. 214 pagina's. Prijs: € 47,50. ISBN 978-90-85621-48-5.

Doelgroep Huisartsen(-in-opleiding), specialisten, paramedici en verpleegkundigen. Volgens de auteur voor 'iedereen die met mensen omgaat'.

Inhoud Besproken worden verklaringsmodellen van menselijk gedrag en persoonlijkheidsontwikkeling, vanuit de biologische, sociologische en psychologische benadering. Bij de persoonlijkheidsontwikkeling wordt de invloed van temperament, hechting en cognitieve ontwikkeling beschreven. Daarna is er uitvoeriger aandacht voor de dimensionale benadering van gedrag, systeem- en communicatietheorie en emotieleer en ook voor de invloed van empathie, emotionele intelligentie en man-vrouwverschillen.

De tweede helft van het boek gaat over de betekenis van de verklaringsmodellen in de praktijk, met name over persoonlijkheidsstoornissen. Het boek eindigt met praktische



tips over moeilijke gesprekken en psychische decompensatie. **Oordeel** Het boek is mooi vormgegeven, met leuke illustraties. Door het bovenstaande echter te willen beschrijven in een boek van 185 (met bijlagen 214) pagina's, heeft de auteur veel hooi op zijn vork genomen. De onvolledigheid wordt erkend, het boek wordt een 'oriënterende mindmap' genoemd. Met keuzes die niet altijd even begrijpelijk zijn. Waarom bijvoorbeeld wel iets over Freud, terwijl bijvoorbeeld de cliëntgerichte benadering en de Transactionele Analyse niet genoemd worden? Waarom komt de betekenis van mindfulness niet in het boek voor? Waarom wordt bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen alleen de schematherapie besproken en niet de drie andere bewezen effectieve behandelingen?

De auteur laat zien over een grote kennis van verschillende verklaringsmodellen te beschikken, die hij helder uitlegt. Toch gaat zijn benadering veelal uit van het 'medisch model', waarbij de arts de diagnose stelt en op grond daarvan zijn strategie bepaalt. Er zou meer in mogen over het contact tussen arts en patiënt.

De inhoud van dit boek verklaart het gedrag van veel 'moeilijke patiënten' en is daarom interessant voor wie die verdieping zoekt. Voor gebruik in de dagelijkse praktijk is het toch minder geschikt, omdat het daarvoor weer te uitgebreid is.

Maarten Jacobs

Waardering: ●●●

Robert Willemsen, Karen Konings

ECG-casus 'Hypertensie'

Casus

Patiënt: Man, 68 jaar.

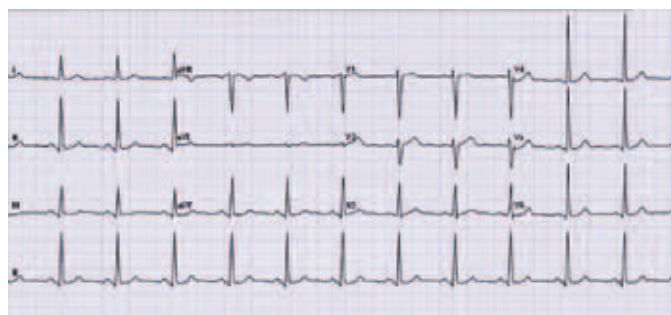
Voorgeschiedenis: Hypertensie; twee jaar geleden analyse door de internist, waarbij geen secundaire hypertensie is gevonden, uiteindelijk redelijk ingesteld op quadruple therapie (vier antihypertensieve middelen); TIA.

Medicatie: Clopidogrel 75 mg 1 dd, simvastatine 40 mg 1 dd, valsartan 160 mg 1 dd, hydrochloorthiazide 12,5 mg 1 dd, amlodipine 10 mg 1 dd, metoprolol MGA 100 1 dd.

Anamnese: Patiënt meet zelf bloeddruk en heeft al maanden weer regelmatig bloeddrukken van 150-155 systolisch.

Lichamelijk onderzoek: 24-uursbloeddrukmeting 148/90 mmHg. Puls 76/min, regulair. Normale harttonen, geen soufflé.

ECG



OPGAVE

Vanwege de matig gereguleerde bloeddruk wordt er een ECG gemaakt.

1. Beschrijf het ECG systematisch volgens ECG-10⁺.¹
2. Heeft het ECG consequenties voor uw beleid?

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

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

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1b

Van Ee A, Van den Muijsenbergh METC. Ondersteuning bij de zorg voor laaggeletterde patiënten. Huisarts Wet 2017;60(5):208-11.

2b

Van Ee A, Van den Muijsenbergh METC. Ondersteuning bij de zorg voor laaggeletterde patiënten. Huisarts Wet 2017;60(5):208-11.

3b

Van Ee A, Van den Muijsenbergh METC. Ondersteuning bij de zorg voor laaggeletterde patiënten. Huisarts Wet 2017;60(5):208-11.

4c

Van Ee A, Van den Muijsenbergh METC. Ondersteuning bij de zorg voor laaggeletterde patiënten. Huisarts Wet 2017;60(5):208-11.
LHV Toolkit laaggeletterdheid. Utrecht: LHV, 2011.

5a

Van den Muijsenbergh M & Oosterberg E (red.). Zorg voor laaggeletterden, migranten en sociaal kwetsbaren in de huisartsen praktijk. Utrecht: NHG/Pharos, 2016.

6c

Van Ee A, Van den Muijsenbergh METC. Ondersteuning bij de zorg voor laaggeletterde patiënten. Huisarts Wet 2017;60(5):208-11.

7a

LHV Toolkit laaggeletterdheid. Utrecht: LHV, 2011.

8c

LHV Toolkit laaggeletterdheid. Utrecht: LHV, 2011.

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

Huisarts en Wetenschap

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

Redactie

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

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

Redactiesecretariaat

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

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Advertenties

Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel. 030-6383603
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij: traffic@bsl.nl, Roos De Bie, tel. 030-6383874

Abonnementen

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

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

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

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden.

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

© 2017
ISSN 0018-7070



Bohn
Stafleu
van Loghum



Overdiagnostiek

Een paniekerig telefoontje tijdens de avonddienst van een patiënt die met de bloeddrukmeter van de buurvrouw een hoge bloeddruk heeft gemeten. Het zal u in een of andere vorm bekend voorkomen. Omdat er steeds meer onderzoek mogelijk en beschikbaar is, neemt de kans op overdiagnostiek toe. Hierbij gaat het om diagnose van een aandoening, die zonder screening niet boven tafel zou zijn gekomen. Overdiagnose kan voorkomen bij het verlagen van afkapwaarden zoals bij zwangerschapsdiabetes, het aanbieden van ongerichte screening bij prostaatkanker of het uit-



vergroten van een vervelende maar onschuldige kwaal als rusteloze benen. En als een gestelde diagnose tot extra voordelen kan leiden, zoals bij kinderen met ADHD, is er een risico dat dit invloed heeft op de diagnostiek. Natuurlijk zijn er voorbeelden te vinden waarbij je achteraf blij bent dat het onderzoek heeft plaatsgevonden. Maar juist deze gevallen wakkeren bij anderen een angstgevoel aan. De drang om controle te hebben over het eigen lichaam wordt hierdoor versterkt. Wanneer doe je nu wel of geen aanvullend onderzoek? Bepalend is de achterafkans op ziekte na anamnese en lichamelijk onderzoek. Is deze laag, dan kan worden afgewacht. Initiatieven als Verstandig kiezen en de keuzehulp op Thuisarts.nl helpen om bewuste keuzes te maken en leiden tot doelmatiger gebruik van de zorg.

Ik ben erg enthousiast over 'de drie goede vragen' van Patiëntenfederatie Nederland. Deze vragen helpen het gesprek met mijn patiënten over passende keuzes bij de behandeling te structureren. Je kunt ze ook goed gebruiken bij aanvullend onderzoek: 1) Wat zijn mijn mogelijkheden? 2) Wat zijn de voor- en nadelen van deze mogelijkheden? en 3) Wat betekent dat in mijn situatie? Simpel en zeer behulpzaam.

Rob Dijkstra

Vernieuwd HAweb gaat 10 mei live

Al meer dan vijf jaar is HAweb hét online platform voor huisartsen. Om te zorgen dat HAweb.nl goed blijft aansluiten bij de wensen van u als gebruiker, maken we het platform overzichtelijker en gebruiksvriendelijker.

Wat is nieuw?

De goede dingen behouden we: HAweb.nl blijft onafhankelijk, besloten en dé plek om collega's uit het hele land te treffen. Het ledenforum wordt in verschillende categorieën ingedeeld, zodat u eenvoudig op onderwerp kunt zoeken. Ook kunt u makkelijker vragen stellen, documenten delen of een peiling houden onder mensen met wie u in een groep zit. Groepseigenaren kunnen nu zelf bepalen welke functies aan- en uitstaan. Nieuwe tools zijn de datumprikkers en de chatfunctie.

Begin mei beperkt te gebruiken

Op een aantal onderdelen vinden er grote veranderingen plaats, zoals het dashboard en de vacatures. Wat dat pre-

cies voor u betekent, leest u op www.haweb.nl/verhuizing/faq. We hebben enkele dagen nodig om te zorgen dat we alle informatie van de oude naar de nieuwe versie goed overzetten. Daardoor kunt u tussen 4 en 10 mei geen aanpassingen doen in HAweb.nl.

Op woensdag 10 mei gaat de nieuwe website live. Wij houden u via de e-mail vanzelfsprekend op de hoogte over de planning en details. Houd uw mailbox in de gaten!



Reserveer 22 juni alvast in uw agenda

Op 22 juni 2017 is onze halfjaarlijkse Algemene Ledenvergadering (ALV) vanaf 16.30 uur. Omdat het NHG 60 jaar bestaat, geven wij deze bijeenkomst een bijzonder tintje. Binnenkort ontvangt u per e-mail meer details over de locatie en het programma.

NHG-Behandelrichtlijn Hyperhydrosis online

De nieuwe NHG-Behandelrichtlijn Hyperhydrosis staat online (www.nhg.org/hyperhydrosis). Deze vervangt de Farmacotherapeutische Richtlijn hyperhydrosis, maar is breder van opzet en geeft aanbevelingen voor diagnostiek en beleid bij primaire hyperhydrosis. De richtlijn besteedt meer aandacht aan de instructies bij het gebruik van alumini-

umzouten. Nieuw is de mogelijkheid om oraal oxybutynine off-label voor te schrijven bij ernstige gevallen van primaire hyperhydrosis. Naast hyperhydrosis komen ook de NHG-Behandelrichtlijnen Reiziekte, Hidradenitis suppurativa en Traumatische wonden en bijtewonden binnenkort online.

Boek betere zorg voor patiënten in laatste levensfase

In de praktijk krijgt de huisarts te maken met ernstig of terminaal zieke patiënten die uiteindelijk thuis overlijden. De zorg en begeleiding in deze fase vergen kennis en vaardigheden in de hele breedte van het huisartsenvak. Met het boek 'Palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk' wil het NHG de huisarts hierbij ondersteunen.

Waarom dit boek, naast de vele leerboeken en uitgebreide richtlijnen die al bestaan over dit onderwerp? Er bleek behoefte aan een boek dat beter inspeelt op de thuissituatie van de patiënt en zijn naasten. Wat is er mogelijk onder de omstandigheden van de specifieke ziekte bij de patiënt? Spelen er meer problemen een rol in het ziekteproces, heeft de patiënt bijvoorbeeld ook diabetes? Gaat het om een kind dat ziek is, of een patiënt met een verstandelijke handicap? Welk zorgsysteem bestaat er rondom de patiënt en hoe gaan patiënt en naasten om met ziekzijn en aankomend sterven? Al deze domeinen behoren tot de huisartsgeneeskunde.

Uitgangspunten

Wat is er nodig is om een patiënt en zijn naasten zodanig te begeleiden dat recht gedaan wordt aan alle aspecten die het ziekzijn beïnvloeden en aan te sluiten bij het ziekbed en sterven die voor die patiënt passend zijn? Het is van belang van deze zaken op de hoogte te zijn om goede zorg te kunnen leveren. Deze uitgangspunten vormden de leidraad voor het boek 'Palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk'. De inhoud bestrijkt veel voorkomende chronische, uiteindelijk dodelijke ziekten zoals kanker, COPD, hartfalen, dementie en ALS. Ook de begeleiding van ouderen in de laatste levensfase komt aan bod. Het boek gaat in op de meest voorkomende symptomen, het medicatiebeleid in de palliatieve fase en onderwerpen rondom het levenseinde. Daarnaast is er aandacht voor specifieke patiëntengroepen zoals kinderen, mensen met ernstige psychische problemen, migranten en mensen met diabetes. Hoofdstukken over de principes van palliatieve zorg, een goede dood, samenwerking en het werk van de palliatieve thuiszorg groepen completeren het boek en maken het herkenbaar voor de huisarts.

Deskundigheid

De hoofdstukken zijn geschreven door kaderhuisartsen Palliatieve zorg, in veel gevallen lid van de expertgroep PalHAG en betrokken bij consultatie en scholing. De kaderhuisartsen hebben veel ervaring met de praktijk van alle dag en kennen de obstakels waar huisartsen tegen aanlopen en de lacunes die er bij hen bestaan. Vanuit die deskundigheid worden de vragen die de huisarts heeft en de afwegingen die hij maakt in de zorg voor deze patiënten besproken. Bijvoorbeeld: wat is er onder de gegeven omstandigheden in deze fase van de ziekte nog mogelijk? Wat is zinvol of juist niet meer zinvol? Wat willen patiënt en naasten nog of juist niet meer? Ook specifieke omstandigheden komen aan bod, zoals wat te doen als een

patiënt niet meer naar het ziekenhuis wil, terwijl een bestraling van een pijnlijke botmetastase mogelijk wel bijdraagt aan de kwaliteit van leven? Daarnaast beschrijft het boek recente ontwikkelingen die (nog) niet altijd bekend zijn bij de huisarts, zoals de rol van octreotide bij een ileusbeeld of de nieuwste ontwikkelingen in het beleid bij pijn. Het boek gaat ook dieper in op vragen als: wie kan advies geven in deze situatie? Wie kunnen thuis ondersteuning bieden? Welke steun hebben naasten nodig?

Systematische aanpak

Ieder hoofdstuk beschrijft de problematiek en de aanpak ervan op een systematische manier: inventarisatie van de problemen door middel van anamnese en lichamelijk onderzoek, rekening houdend met lichamelijke, psychosociale en spirituele kanten van het probleem, opstellen van een differentiaal diagnose en aan de hand daarvan een plan opstellen. De laatste stap bestaat uit de evaluatie van dit proces. Deze systematische aanpak kan een bijdrage leveren aan betere zorg in de palliatieve fase door de huisarts, zorg die zich richt op patiënt en naasten.

Het boek is tot stand gekomen onder begeleiding van vier redacteuren (Bernardina Wanrooij, Kees in 't Veld, Marleen van Venrooij en Florian van Heest), die ook aan de inhoud hebben bijgedragen. Belangrijke bronnen zijn de NHG-Standaarden, de Richtlijnen Palliatieve zorg van IKNL en het NHG-Standpunt Palliatieve zorg. [BW]



De NHG-uitgave 'Palliatieve zorg in de huisartspraktijk' is beschikbaar via nhg.org/winkel. Bij bestelling van deze publicatie ontvangt u ook het e-book.

Nieuwe NHG-Expertgroep voor spoedzorg

Efficiënte eerstelijns spoedzorg als onderdeel van een goed werkende spoedzorgketen. Hiervoor maken de eerste 17 kaderhuisartsen Spoed zich sterk. Zij hebben zich verenigd in de nieuwe NHG-expertgroep SpoedHag. Gezien de ontwikkelingen in de zorgvraag en de spoedzorgketen is er werk aan de winkel.

Toenemende zorgvraag

Huisartsenposten (HAP's) in Nederland hebben het steeds drukker. Volgens de huisartsenposten komt dit onder andere doordat kwetsbare groepen als ouderen en mensen met psychische klachten langer thuis blijven wonen. Vorig jaar hadden huisartsen ruim 4,1 miljoen keer contact met een patiënt op de huisartsenpost; telefonisch of bij de patiënt thuis. De consulten aan de telefoon en op de huisartsenpost zijn ten opzichte van 2014 met 4,4% toegenomen. Visites namen toe met 1,9%. De toenemende drukte heeft tot gevolg dat de huisartsen op de HAP het werken tijdens avond-, nacht en weekenduren in toenemende mate als zwaar ervaren. Zij geven aan met de huidige organisatie in de knel te komen en vrezen zo geen goede zorg meer te kunnen leveren. Naast deze groep met een complexe zorgvraag worden ook nog andere oorzaken genoemd voor de toegenomen zorgvraag/drukke (zie discussienota LHV 'Naar een toekomstbestendige acute zorg'). Deze ontwikkelingen doen een groot beroep op de huisarts en vragen om een oplossing voor de korte en lange termijn. De SpoedHag denkt hierover mee.

Versterken spilfunctie en organisatie

Op dit moment wordt niet altijd de juiste zorg op de juiste plaats gevonden. Op veel plekken in het land worden verschillende oplossingen bedacht voor de knelpunten in de spoedzorg. Een duidelijke regie ontbreekt. Hier ligt een taak voor de kaderhuisarts Spoedzorg en de expertgroep SpoedHag. De spoedzorg kan worden verbeterd door versterking van de spilfunctie van de huisarts en de verbetering van de aanpak en organisatie van de HAP als onderdeel van de hele spoedketen. Dit vraagt, naast betere samenwerking, ook om het vergroten van de deskundigheid van de huisarts op het terrein van spoedeisende zorg. En een goede overdracht van de huisarts naar de HAP is cruciaal om passende zorg te kunnen bieden.



De kaderhuisartsen Spoedzorg beschikken over speciale deskundigheid en hebben inzicht in het functioneren van de gehele spoedketen.

Wat heeft een kaderhuisarts spoed te bieden?

De kaderhuisartsen Spoedzorg beschikken over speciale deskundigheid op medisch-inhoudelijk, wetenschappelijk, onderwijskundig en organisatorisch gebied en hebben inzicht in het functioneren van de gehele spoedketen. De expertgroep richt zich op betere samenwerking in de keten en een uniforme werkwijze. Kaderhuisartsen ontwikkelen (na)scholingsprogramma's en bieden huisartsen ondersteuning en begeleiding bij spoedgerelateerde lokale en regionale verbeterplannen. Daarnaast is de expertgroep aanspreekpunt voor alle betrokkenen bij spoedzorg; huisartsen, de specialisten, koepelorganisaties als LHV en NHG, het ministerie van VWS en ziektekostenverzekeraars. De groep geeft hen gevraagd en ongevraagd advies over innovaties binnen de spoedzorg (regionaal en landelijk). De kaderhuisartsen richten zich verder op inhoudelijke kwaliteitsontwikkeling, verbeter- en innovatieprojecten en wetenschappelijk onderzoek. De onafhankelijke expertgroep vertegenwoordigt de huisarts op diverse niveau's bij spoedgerelateerde onderwerpen. Dit gebeurt in nationale en regionale gremia en de werkgroepen die daarmee samenhangen. [AS]

Meer informatie over de expertgroep SpoedHag en de Kaderopleiding 'Huisarts en spoedzorg' vindt u op www.spoedhag.nl. Contact opnemen kan via e-mail info@spoedhag.nl en twitter [@spoedhag](https://twitter.com/spoedhag).

Henriëtte van der Horst, voorzitter NHG-Congrescommissie:

“Ik vind het inspirerend om steeds weer nieuwe wegen te verkennen”

‘Huisarts Universalis – Nieuwsgierig in ontwikkeling’ is de titel van het NHG-Congres op 17 november 2017. Verwijzend naar de homo universalis, die optimaal gebruik maakt van al zijn talenten en mogelijkheden, draait alles deze keer om de lerende dokter. En dat in de breedste zin van het woord, Huisarts, hoogleraar huisartsgeneeskunde, hoofd van de afdeling huisartsgeneeskunde & ouderengeneeskunde bij VUmc in Amsterdam én congresvoorzitter Henriëtte van der Horst blik vooruit op het congres.



Henriëtte van der Horst: “Het is zaak een leven lang te leren en jezelf te blijven ontplooien.”

Wat betekent het congressthema voor jou?
“Het is een zeer actueel onderwerp, want met de elkaar snel opvolgende veranderingen in de samenleving – en dus ook in ons vak – is het zaak een leven lang te leren en jezelf te blijven ontplooien. Zelf vind ik het inspirerend om steeds weer nieuwe wegen te verkennen en me in allerlei opzichten te blijven ontwikkelen. ‘Education permanente’ vinden we met elkaar steeds belangrijker, maar wat houdt het precies in? Hoe geef je daar op aansprekende wijze vorm aan? En hoe verhouden vorm en inhoud zich tot elkaar? Dat zijn zaken waar ik me samen met de congrescommissie met plezier in verdiep.”

Wat kun je al prijsgeven van het programma?

“We hebben vier rode draden, of te wel hoofdlijnen, bedacht. Allereerst is dat het leren van en met de patiënt. Bij uitstek een onderwerp voor de huisarts, want die onderhoudt langdurige rela-

ties met patiënten. De tweede hoofdlijn is het individuele leren: hoe leer je zelf? Dat gaat over inhoudelijke vakkennis, maar ook over je individuele ontplooiing. Bij dit onderdeel hoort een plenaire sessie. Ik mag nu nog niet veel verklappen, maar ik kan je vertellen dat we op 19 mei - Wereld Huisartsen Dag - een heel bijzondere keynotespreker bekend zullen maken. In de bijbehorende workshops gaat het over allerlei verschillende manieren waarop je aan jezelf kunt blijven ‘dokteren’. Dat kan gaan over het bijspijken van vakinhoudelijke kennis, maar ook over medisch leiderschap, bestuurswerk of over de vraag hoe je plezier blijft houden in je werk. Het derde onderwerp is leren in en met een team of groep. Allereerst denk je dan aan de huisartsenpraktijk, waar steeds meer mensen met verschillende professionele achtergronden samenwerken: praktijkondersteuners, -verpleegkundigen, -assistenten enzovoort. Maar denk ook aan wijkteams, waarin je samen-

werkt met heel andere disciplines. Of aan ketenzorgprojecten, waarin je samenwerkt met professionals uit de tweede lijn. De vierde rode draad is opleiden. Coassistenten en aios opleiden is een vak apart en bovendien hartstikke leerzaam. Volgens sommigen leer je van onderwijs geven zelfs het meest. Dat is ook mijn ervaring. Twee congrescommissieleden zijn afkomstig van de Landelijke Huisartsen Opleidings Vereniging (LHOV), die het eigen congres in september er zelfs voor heeft uitgesteld.”

Wat maakt dit congres extra aantrekkelijk?

“Meestal is de dag inhoudelijk gekoppeld aan één thema, zoals ‘jeugd’ of ‘acute zorg’. Met ons thema hopen we een nog bredere groep huisartsen aan te spreken, want inhoudelijk kun je er alle kanten mee op. Bijkomend voordeel is dat deelnemers zowel op (leer)vorm als op inhoud kunnen kiezen. We besteden ook veel aandacht aan digitale leervormen. We organiseren bijvoorbeeld een workshop serious gaming. Daarin ontdek je hoe je leert door zo’n spel te spelen en tegelijkertijd steek je iets op over de inhoud die eraan gekoppeld is. Dat kan van alles zijn, bijvoorbeeld: wat te doen bij het uitbreken van een epidemie. Aangezien de huisarts een generalist is, denk ik dat dit veelzijdige congressthema zeker zal aanslaan. Het ‘pre-event’, dat we graag nog even geheim houden, wordt zeker weer een erg leuke opwarmer voor het NHG-Congres!” [TV]

Redactie NHG-Nieuws Colofon
Yvonne Buitenhuis (voorzitter), Annet Janssen, Simone Sinjorgo, Linda Tolsma.

Eindredactie
Ellen Olbers, Susan Umans.

Contact
Ellen Olbers, NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.
Telefoon 020 – 2823500. E-mail: e.olbers@nhg.org.

Bijdragen
Aan dit nummer droegen bij: Anke ten Brugge, Alja Sluiter, Tanja Veenstra en Bernardina Wanrooij.

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.