

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Meer spoedzorg, minder kosten

ONDERZOEK

Taakprofielen van huisartsen in Nederland en Europa

BESCHOUWING

X-sinus: geen toegevoegde waarde voor de huisarts

286

292

297

302

ONDERZOEK

Taakprofielen van huisartsen in Nederland en Europa

Willemijn Schäfer, Michael van den Berg, Wienke Boerma, et al.

Meer spoedzorg, minder kosten

Annemiek Bosch-van Nuenen, David de Jong, Frans Bongers, et al.

PCR-fecesonderzoek bij gastro-enteritis

Jan Weel, Theo Schuurs, Bert Mulder, et al.

BESCHOUWING

X-sinus: geen toegevoegde waarde voor de huisarts

Roderick Venekamp, Jochen Cals

304

NHG-STANDAARD

Tamsulosine niet langer aanbevolen voor behandeling urinestenen

NHG-Werkgroep Urinesteenlijden

Eerste NHG-Behandelrichtlijnen gepubliceerd

296

PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE

Clusterrandomisatie

Hans van der Wouden, Marianne Dees

305

HUISARTSENZORG IN CIJFERS

Wat missen patiënten in het consult?

Renske Hoefman, Anne Brabers, Judith de Jong

306

(VER)STAND VAN ZAKEN

Telefonische triage op de huisartsenpost

Loes Wouters

307

CASUÏSTIEK

Neusseptumabces

Rob van Kimmenade

308

KLINISCHE LES

AV-blok: wat doet de huisarts?

Jan Gootjes, Robert Willemsen

312

NASCHOLING

Bloedverdunning anno 2016

Robert Willemsen, Geert Jan Dinant, Freek Verheugt, et al.

325

SPREEKUUR

Schaamlipverkleining bij adolescenten

Marco Neeteson

326

CATS

Oogverband bij oppervlakkige cornea-erosies

Janneke van Uden, Sjoerd Bruggink

327

PEARLS

CEA alléén onvoldoende bij nacontrole darmkanker

Laura Duineveld, Jan Wind

283

JOURNAAL

311, 318

INTERMEZZO

319

GESCHIEDENIS HUISARTSGENEESKUNDE

324

KENNISTOETS

328

INGEZONDEN

329, 330

IN MEMORIAM

331

BOEKEN

332

COLOFON HG-W

25

HET NHG

Kwaliteit van zorg in perspectief

Deze maand twee artikelen over de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Willemijn Schäfer vergelijkt de taakprofielen van Nederlandse huisartsen met die uit andere Europese landen en laat zien hoe ze de afgelopen twintig jaar veranderd zijn. Annemiek Bosch-van Nuenen laat het effect zien van de samenwerking tussen HAP en SEH op triage en afhandeling van patiënten die zich buiten kantooruren zonder verwijzing op de SEH melden. Uit beide analyses blijkt dat een versterking van de eerstelijnszorg leidt tot kwalitatief betere zorg.

Schäfer laat zien dat de taakprofielen van Nederlandse huisartsen in de afgelopen twintig jaar zijn uitgebreid en in vergelijking met andere Europese huisartsen zelfs verder uitgebreid zijn. Er zijn onder andere veel zorgvragen van de tweede naar de eerste lijn verschoven. Bosch-van Nuenen constateert dat door de SEH en de HAP van een regionaal ziekenhuis samen te voegen er een aanzienlijke verschuiving van de tweede naar de eerste lijn te bewerkstelligen is, met daarbij een flinke kostenbesparing.

Kostenbesparing en verschuivingen van de eerste naar de tweede lijn worden vaak in één adem genoemd met kwaliteitsverbetering. Beleidsmakers willen ons maar al te graag laten geloven dat veranderingen in de zorg leiden tot verbetering in de kwaliteit van die zorg. Om vast te kunnen stellen of dit inderdaad zo is zijn er nog twee andere perspectieven nodig van waaruit veranderingen in de zorg beschreven moeten worden: het perspectief van de gebruiker, de patiënt en het perspectief van de hulpverlener, de huisarts.



Uit onderzoek blijkt dat de huisartsgeneeskundige zorg door de meeste patiënten met ruim een 7 gewaardeerd wordt. Het is echter de vraag of dat voor alle aspecten van de zorg in dezelfde mate opgaat. Het consumentisme in de zorg neemt toe, patiënten eisen steeds vaker behandelingen of verwijzingen en als hun eisen niet gehonoreerd worden zal dat een negatief effect hebben op de waardering van de zorg. Wie bepaalt dan uiteindelijk wat de beste zorg voor de patiënt is: de verzekeraar, de huisarts of de patiënt zelf? Zolang het patiëntperspectief alleen in de vorm van een beoordelingscijfer wordt meegenomen in de discussie, is het onvoldoende duidelijk wat een versterking van de eerste lijn nu werkelijk zal moeten inhouden wil er sprake zijn van kwaliteitsverbetering en niet alleen van kostenvermindering.

Een tweede perspectief dat tot nu toe onderbelicht is gebleven is dat van de praktisch werkende huisarts. Als in twintig jaar tijd het aantal taken dat tot huisartsgeneeskundige zorg wordt gerekend duidelijk is toegenomen en als zelfs, in vergelijking met andere Europese huisartsen, de Nederlandse huisarts in dit opzicht voorop loopt, hoe wordt deze toegenomen werkdruk dan opgevangen? Substantiële verschuivingen van de SEH naar de HAP leveren de Nederlandse gezondheidszorg mogelijk vele miljoenen op, voor de huisarts betekent het meer diensten doen met nog meer patiëntcontacten per dienst. Er is weliswaar ondersteuning voor de huisarts bijgekomen in de vorm van poh-somatiek en -ggz, maar dat heeft op haar beurt weer extra organisatorische taken toegevoegd. De praktijken zijn niet verkleind, overvolle werkweken worden als normaal ervaren en administratieve taken nemen een substantieel deel in van de arbeidstijd van de Nederlandse huisarts.

Uitsluitend vanuit kosten en patiëntstromen kijken naar ontwikkelingen in de zorg is als met één oog kijken naar de werkelijkheid: het mist elk perspectief. ■

Bèr Pleumeekers

Langdurig antibiotica helpt niet bij Lyme

Met het aanbreken van het voorjaar neemt het aantal patiënten dat zich bij de huisarts meldt met een tekenbeet weer toe. Een aantal van hen krijgt daadwerkelijk de ziekte van Lyme. Sommige patiënten melden zich na behandeling met aanhoudende klachten. Nieuw Nederlands onderzoek toont aan dat de klachten van deze patiënten niet verbeteren door ze langdurig antibiotica te laten slikken.

Nederlandse onderzoekers voerden een geblindeerd, gerandomiseerd onderzoek uit bij 280 patiënten met aanhoudende klachten (bijvoorbeeld spierklachten of moeheid) na een vastgestelde ziekte van Lyme. Patiënten kregen eerst twee weken intraveneus ceftriaxon, gevolgd door óf oraal doxycycline, óf claritromycine + hydroxychloroquine óf placebo gedurende twaalf weken. De belangrijkste



uitkomstmaten waren fysieke kwaliteit van leven en moeheid.

De fysieke kwaliteit van leven verbeterde evenveel in alle behandelgroepen, inclusief de placebogroep, al bleef deze beneden het gemiddelde niveau van de algehele bevolking. Ook de moeheid nam duidelijk af, maar verschilde eveneens niet tussen de behandelgroepen.

Dit onderzoek is relevant voor de huisarts als hij te maken krijgt met patiënten die aanhoudende, maar niet ernstige klachten hebben na een Lyme-infectie. Op basis van dit onderzoek kan aan patiënten worden uitgelegd dat langdurige behandeling met antibiotica

niet helpt om de symptomen sneller te verhelpen. De NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties beveelt aan om bij erythema migrans te behandelen met doxycycline tweemaal daags 100 mg gedurende tien dagen. Dit om de kans op een gecompliceerde vorm van lymeborreliose te verlagen. Bij klachten die passen bij een later stadium van Lyme, zoals neurologische uitval, moet de huisarts naar een specialist verwijzen. ■

Tobias Bonten

Berenda A. Randomized trial of longer-term therapy for symptoms attributed to lyme disease. N Engl J Med 2016;374:1209-20.

Luisteren naar de digitale patiënt

Het is niet altijd eenvoudig opvatten van patiënten over de door hen gewenste zorg op representatieve wijze in het vizier te krijgen. Bij het RIVM verscheen een opmerkelijk onderzoek dat nieuw perspectief biedt.

Men analyseerde hoe patiënten met ADHD, diabetes en ALS in discussies op internetfora omgaan met hun ziekte en medicatie en vergeleek deze vervolgens met de zienswijze van professionals zoals verwoord in richtlijnen en beleidsdocumenten.

Alle drie de genoemde patiëntengroepen refereren aan de onuitgesproken norm dat men een eigen verantwoordelijkheid heeft, maar iedere groep geeft daar een andere invulling aan. Degenen met diabetes beschouwen een goede diabetespatiënt als iemand die niet alleen zijn bloedsuiker-

waarden onder controle heeft, maar ook kan omgaan met de onvoorspelbaarheid ervan. Zorgprofessionals leggen volgens hen te veel nadruk op leefregels om bloedsuikerwaarden in de hand te houden. Ze verlangen naar wat ruimte om van deze regels af te wijken.

Patiënten met ALS verwachten van elkaar een strijdbaar houding ten opzichte van de ziekte, onder andere door actief op zoek te gaan naar experimentele geneesmiddelen. Er is bij hen veel onbegrip over de regelgeving die de toegang tot deze middelen beperkt en de toestemming vereist van de geneesmiddelenfabrikant en de behandelend arts.

Bij de maatschappelijk controversiële ziekte ADHD hechten patiënten sterk aan de officiële diagnose van de zorgprofessional, omdat zulks de authenticiteit van de klachten aantoont en via het voorschrijven van medicijnen voor de buitenwereld bevestigt. Volgens de richtlijnen hoeft passende zorg

echter niet altijd een behandeling met medicijnen te zijn.

Het onderzoek geeft een goed beeld hoe de voorkeuren van patiënten kunnen afwijken van die van professionals. Patiënten op de fora hechten vooral aan hun kwaliteit van leven en hoe die kan worden geoptimaliseerd. Zorgprofessionals en beleidsmakers leggen de nadruk op de medische uitgangspunten, zoals een gezonde leefwijze en (kosten-) effectiviteit van de zorg. Het bestuderen van het patiëntenperspectief op internet kan richtlijnmakers helpen hun beleid beter te laten aansluiten op de werkelijke wensen en verwachtingen van patiënten. ■

Tjerk Wiersma

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Luisteren naar de digitale patiënt. Verkennende analyse van gesprekken op social media over medicatie en ziekte. Bilthoven: RIVM, 2015. RIVM Rapport 2015-0160.

Chronische nierschade

Patiënten met chronische nierschade zijn nog niet voldoende in beeld en onder controle bij de huisarts; een gestructureerde aanpak van de zorg, vergelijkbaar met de begeleiding van mensen met diabetes, kan dit mogelijk verbeteren. Dit concluderen Nederlandse onderzoekers uit een enkele jaren geleden uitgevoerd retrospectief onderzoek.

De LTA Chronische nierschade geeft adviezen over het vervolgbeleid bij patiënten met een verminderde nierfunctie of (micro)albuminurie. Dit onderzoek ging na in hoeverre huisartsen de aanbevelingen uit de LTA naleven.

De onderzoekers bekeken de door huisartsen verzamelde data van bijna 60.000 volwassen patiënten in de periode 2008-2011. Bij 9288 patiënten was volgens de definitie sprake van chroni-

sche nierschade, van wie 8794 voor controle in de eerste lijn zaten. Bij 42% werd het verloop van de nierfunctie adequaat vervolgd, bij de metabole parameters was deze score veel lager, slechts 2%. De streefwaarde voor de bloeddruk werd bij 43% gehaald. De documentatie van de nierschade in het dossier was in ongeveer 30% van de casus adequaat. Bij patiënten met diabetes was de opvolging beter dan bij de niet-diabeten.

Al met al is er ruimte voor verbeteringen in registratie, opvolging en behandeling, waarmee problemen op langere termijn kunnen worden uitgesteld of voorkomen. Dit geldt vooral voor de opvolging van de nierfunctie en de behandeling van de bloeddruk. Zou de naleving van de LTA beter zijn wanneer dit meer door praktijkondersteuners gebeurt volgens een strikter protocol, zoals de auteurs suggereren? Het is goed mogelijk. Ik vermoed dat daar-

naast ook een transmurale afspraak minder op het netvlies staat dan een NHG-Standaard.

Jammer dat de gegevens inmiddels een aantal jaar oud zijn, vooral omdat de onderzoeksperiode samenvalt met het verschijnen van de LTA in 2009. En ook jammer dat Scandinavische huisartsen als eerste kennisnemen van deze door Nederlandse onderzoekers en huisartsen verzamelde cijfers. Want deze data geven voldoende aanleiding om verder te onderzoeken welke aanpak beter werkt, en voor ons huisartsen om eens kritisch naar de zorg voor deze groep te kijken. ■

Sjoerd Hobma

Van Gelder VA, et al. Quality of chronic kidney disease management in primary care: a retrospective study. Scand J Prim Health Care 2016;34:73-80.

Nieuwe orale antidiabetica

Diabeten die alleen behandeld worden met gliptines of glitazonen hebben een verhoogd risico op ernstig nierfalen in vergelijking met een behandeling met alleen metformine. Triple therapie met metformine, sulfonureum en gliptines of glitazonen verhoogt het risico op hypoglycaemie maar verlaagt het risico op blindheid. Dit zijn enkele resultaten uit een groot Brits onderzoek met harde eindpunten over de behandeling van diabetes type 2.

Hippisley-Cox et al. verzamelden deze gegevens in een open eerstelijns cohort met 274.324 diabeten. Zij voerden dit observationele onderzoek uit omdat er discussie is over de veiligheid van de

nieuwe orale antidiabetica en omdat er weinig onderzoek is gedaan naar de effecten op harde eindpunten.

De belangrijkste bevindingen zijn dat glitazonen het risico op blindheid verlagen (hazard ratio (HR) 0,71; 95%-BI 0,6 tot 0,9) maar wel leiden tot meer hypoglycaemieën (HR 1,2; 95%-BI 1,1 tot 1,4). Monotherapie bij beide nieuwe middelen geeft een fors verhoogd risico op ernstig nierfalen (HR 2,55; 95%-BI 1,1 tot 15,7). Het risico op hyperglycaemie nam af met zowel een combinatie van metformine en gliptines als bij metformine en glitazonen (HR 0,8-0,6 in vergelijking met behandeling met alleen metformine. Triple therapie met metformine, sulfonureum en gliptines of glitazonen verhoogt het risico op hypoglycaemie (HR 5,10 (95%-BI 4,4 tot 6,0) in vergelijking met metformine, deze risico's waren vergelijkbaar met

metformine gecombineerd met sulfonureumderivaten (HR 6,03 (95%-BI 5,5 tot 6,6). Ook de eerdergenoemde triple therapie bleek geassocieerd met een kleiner risico op blindheid (HR 0,67 (95%-BI 0,5 tot 0,9).

Hoewel dit een groot onderzoek is waarin de effecten van deze middelen duidelijker worden, hangen aan dit observationele onderzoek ook nadelen. Het belangrijkste nadeel is dat de patiëntgroepen in het onderzoek niet gerandomiseerd zijn en dus niet volledig met elkaar te vergelijken zijn. ■

Jurgen Damen

Hippisley-Cox J, et al. Diabetes treatments and risk of amputation, blindness, severe kidney failure, hyperglycaemia, and hypoglycaemia: open cohort study in primary care. BMJ 2016;352:i1450.

Mindfulness om burn-out te voorkomen bij huisartsen?

Mindfulness is populair. Of het nu gaat om patiënten met kanker, depressie, ADHD of SOLK, of om leidende medisch specialisten of communiceren in het algemeen, er lijkt altijd wel een mindfulness-training bij te passen. Burn-out onder Nederlandse huisartsen is, met een prevalentie van 20%, een serieus probleem. Recent Nijmeegs onderzoek claimt dat mindfulness burn-out onder huisartsen kan voorkomen.

Verweij et al. includeerden 50 huisartsen, van wie er 30 een mindfulness-training kregen en 20 op de wachtlijst werden geplaatst. De training werd aangeboden als onderdeel van een nascholingsprogramma. De twee groepen waren vergelijkbaar qua leeftijd, geslacht, werkervaring en praktijksetting. Burn-out, werkplezier, empathie en mindfulnessvaardigheden werden voor en na de training, respectievelijk wachtlijstperiode, bij alle huisartsen gemeten.

De trainingsgroep rapporteerde bij aanvang meer depersonalisatie, minder werkplezier, meer emotionele uitputting en minder mindfulnessvaardigheden.

Groepsevaluatie na de training onthulde zes thema's: 1) bewustzijn van lichaamssignalen, gedachten en emoties; 2) herkennen van eigen patronen; 3) verandering van patronen; 4) lichamelijk en psychisch welzijn; 5) zelfacceptatie en 6) acceptatie van de ander. Twee deelnemers hadden geen baat bij de training. Kwantitatieve analyse toonde dat depersonalisatie meer afnam in de trainingsgroep. Training had geen effect op werkplezier of emotionele uitputting. Werktoewijding en mindfulnessvaardigheden namen wel toe. Volgens de onderzoekers is, hoewel de resultaten niet generaliseerbaar zijn, mindfulness een haalbaar en acceptabel onderdeel van huisartsenna-

scholingsprogramma's met potentie om burn-out te voorkomen.

Al met al weinig evidence om mindfulness aan te bevelen als panacee voor de verontwaardiging, irritatie, verdriet, boosheid, machteloosheid, of frustratie, die u als huisarts in uw werk oploopt. Fietsen, een boek lezen, met uw kinderen naar de speeltuin gaan, een gesprek met een collega of patiënt zijn minder trendy maar mogelijk net zo potent om de lolfactor in uw werk te behouden. ■

Marianne Dees

Verweij H. Mindfulness-based stress reduction for GPs: results of a controlled mixed methods pilot study in Dutch primary care. Br J Gen Pract 2016;66:e99-e105.



Amelanders tevreden over teleradiologie

Net als teledermatologie kan teleradiologie behulpzaam zijn, zeker in regio's ver van een ziekenhuis. Patiënten op Ameland blijken deze service zeer op prijs te stellen.

Eerder lieten Jacobs en collega's al zien dat teleradiologie op Ameland kosten bespaart maar ook het onnodig reizen naar het vasteland en het aantal gemiste fracturen vermindert. Hierbij worden de röntgenfoto's in één van de twee huisartsenpraktijken op Ameland gemaakt door een röntgenlaborant en

de uitslagen gaan digitaal voor beoordeling naar een radioloog in Dokkum.

Om de patiënttevredenheid te meten legden de onderzoekers een gevalideerde vragenlijst voor aan alle patiënten die tussen juni 2007 en juni 2009 een röntgenfoto lieten maken. Na een reminder was de respons 65% (381/587). De patiënten waardeerden de technische en communicatieve vaardigheden van de artsen als goed: respectievelijk 22,4 (SD 3,7) van maximaal 25 en 26,0 (SD 3,8) van maximaal 30 punten. Eilandbewoners (68%), ouderen en patiënten met een atraumatisch letsel waren tevredener dan toeristen, jongeren en patiënten met een trauma-

tisch letsel. Mogelijk leent teleradiologie zich ook voor gebieden die minder ver van een ziekenhuis liggen, of service aan mensen die moeilijk naar het ziekenhuis kunnen reizen. ■

Lidewij Broekhuizen

Jacobs JJ, et al. Patient satisfaction with a teleradiology service in general practice. BMC Fam Pract 2016 Feb 10;17:17.

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).



Taakprofielen van huisartsen in Nederland en Europa

Samenvatting

Schäfer WLA, Van den Berg MJ, Boerma WGW, Schellevis FG, Groenewegen PP. Taakprofielen van huisartsen in Nederland en Europa. *Huisarts Wet* 2016;59(7):286-91.

ACHTERGROND Wetenschappelijke evidentie wijst erop dat een sterke eerste lijn bijdraagt aan een oplossing voor de belangrijkste uitdagingen van de gezondheidszorg: het veranderende morbiditeitspatroon in combinatie met een stijgende zorgvraag en kosten. In de afgelopen decennia hebben beleidsmakers in Europese landen een sterke eerste lijn gestimuleerd. Een van de indicatoren van een sterke eerste lijn is de breedte van de taakprofielen van huisartsen. Onderdeel van de taakprofielen van huisartsen is het zorgaanbod van huisartsen waarvoor patiënten hen als eerste contactpunt met de gezondheidszorg consulteren, de mate waarin huisartsen betrokken zijn bij de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten, de kleine technische en chirurgische verrichtingen, en preventie.

METHODE We keken naar de breedte van de taakprofielen van huisartsen in Nederland en 27 andere Europese landen, in 1993 en 2012. Dat deden we op basis van door huisartsen ingevulde vragenlijsten (n = 6321, respectievelijk 6004).

RESULTATEN In 1993 hadden Nederlandse huisartsen bredere taakprofielen dan huisartsen in veel andere Europese landen en in 2012 was dit nog meer het geval. De taakprofielen van Nederlandse huisartsen zijn verbreed op het gebied van de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten. Deze trend is ook waarneembaar in de meeste andere Europese landen. In veel landen zagen we een afname in preventieve activiteiten, terwijl Nederlandse huisartsen op dit gebied juist actiever zijn geworden. In 1993 deden Nederlandse huisartsen wel veel minder aan preventie dan die in de meeste andere landen. Verder doen Nederlandse huisartsen meer kleine technische en chirurgische verrichtingen. In hun rol als eerste contactpunt met de gezondheidszorg zijn Nederlandse huisartsen iets minder actief geworden.

CONCLUSIE Tussen 1993 en 2012 zijn de taakprofielen van Nederlandse huisartsen breder geworden. Ook is hun relatieve positie ten opzichte van andere landen versterkt.

INLEIDING

Sinds 1993 is er veel veranderd in de context en organisatie van de huisartsenzorg in Nederland en andere Europese landen. Door demografische veranderingen is het morbiditeitspatroon in veel landen verschoven in de richting van chronische ziekten. In 1993 hadden Nederlandse huisartsen brede taakprofielen in vergelijking met huisartsen in andere Europese landen. Meer dan huisartsen in andere landen waren Nederlandse huisartsen voor patiënten het eerste contactpunt in de gezondheidszorg. Ook deden Nederlandse huisartsen, net als die in de Scandinavische landen, Groot-Brittannië en Zwitserland, veel aan kleine technische en chirurgische verrichtingen. Aan de andere kant waren Nederlandse huisartsen wat minder actief in de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten dan huisartsen in andere Europese landen, al waren de verschillen tussen landen vrij klein. Ook hielden Nederlandse huisartsen in 1993 zich relatief weinig bezig met preventie, bijvoorbeeld in de vorm van gezondheidsvoorlichting en screening op hypertensie en hypercholesterolemie.¹

De veranderingen na 1993 en de stijgende zorgkosten hebben consequenties gehad voor de rol van huisartsen. Beleidsmakers gingen er op basis van de wetenschappelijke evidentie vanuit dat een versterking van de eerstelijnszorg deze veranderingen zonder grote kostenstijging zou kunnen opvangen.²⁻⁵ In Nederland kwam dit bijvoorbeeld tot uiting in een verschuiving van zorgtaken van de vaak duurder tweede lijn naar de eerste lijn. Dergelijke veranderingen zorgden ervoor dat men ook steeds meer van huisartsen ging verwachten.

De mate waarin een versterking van de eerste lijn is gerealiseerd is af te meten aan de breedte van de taakprofielen van huisartsen. Hoe breder de taakprofielen van huisartsen, des te sterker de positie binnen het gezondheidszorgsysteem. Onder taakprofielen van huisartsen verstaan we het zorgaanbod van huisartsen, waarin we vier aspecten onderscheiden:

Wat is bekend?

- Een breed takenpakket van huisartsen wordt in de literatuur gezien als een indicator voor een sterke eerste lijn.
- In 1993 hadden Nederlandse huisartsen bredere taakprofielen dan huisartsen in andere Europese landen, vooral in hun rol als eerste contactpunt en wat betreft verrichtingen van kleine technische en chirurgische procedures.

Wat is nieuw?

- In 2012 zijn de taakprofielen van huisartsen in veel Europese landen nog breder geworden, vooral op het gebied van de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten.
- De taakprofielen van Nederlandse huisartsen zijn tussen 1993 en 2012 ook breder geworden. Ook is hun relatieve positie ten opzichte van andere landen versterkt.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: W.L.A. Schäfer, onderzoeker; W.G.W. Boerma, senior onderzoeker; F.G. Schellevis, hoofd onderzoeksafdeling; P.P. Groenewegen, senior onderzoeker. RIVM, Bilthoven: M.J. van den Berg, onderzoeker. Academisch Medisch Centrum, Amsterdam: M.J. van den Berg, onderzoeker. VUmc, Afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde/EMGO Institute for Health and Care Research: F.G. Schellevis, bijzonder hoogleraar. Universiteit van Utrecht, Departement Sociale Geografie en Capaciteitsgroep Sociologie, Utrecht: P.P. Groenewegen, bijzonder hoogleraar • Correspondentie: w.schafer@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het QUALICOPC-onderzoek is mede gefinancierd door de Europese Commissie binnen het Zevende Kader Programma (FP7/2007-2013; contract nr. 242141). Het huisartsentaakprofielenonderzoek uit 1993 is gefinancierd uit het EC BIOMED 1-programma (contract nr. BMH1-CT92-1636). De analyse van de data over werkbelasting is gefinancierd door de Landelijke Huisarts Vereniging (LHV). Het NIVEL is een onafhankelijk instituut dat statutair verplicht is tot openbare publicatie.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Schäfer WLA, Van den Berg MJ, Boerma WGW, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scand J Prim Health Care* 2016;34(1):97-110. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

- de huisarts als eerste contactpunt met de gezondheidszorg;
- betrokkenheid van de huisarts bij de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten;
- de uitvoering van kleine technische en chirurgische verrichtingen;
- preventieve activiteiten.^{1,5,6}

Op basis van onze verwachtingen hebben we de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- Op welke punten verschillen de taakprofielen van Nederlandse huisartsen van die van huisartsen in andere Europese landen?
- Op welke punten zijn de taakprofielen van Nederlandse huisartsen sinds 1993 veranderd, vergeleken met de taakprofielen van huisartsen in andere Europese landen?

METHODE

We verzamelden gegevens via vragenlijsten die huisartsen in 28 landen hebben ingevuld. Dat deden we in 1993 in het kader van het Europese taakprofielenonderzoek (n = 6321 huisartsen)¹ en in 2012 in het kader van het QUALICOPC-onderzoek (Quality and Costs of Primary Care in Europe; n = 6044 huisartsen).^{7,8} In elk land was het doel een representatieve steekproef van 200 huisartsen te ondervragen. Zowel in 1993 als 2012 kwamen de kenmerken van de deelnemende huisartsen grotendeels overeen wat betreft leeftijd en geslacht, en waren ze representatief voor de hele huisartsenpopulatie van elk land.^{9,10} Van de Nederlandse steekproef uit 1993 was 93% praktijkhouder; in 2012 lag dit op 95%. Het gemiddelde responspercentage voor het taakprofielenonderzoek van 1993 was 51% voor alle landen en 53% voor Nederland. Het gemiddelde responspercentage voor het QUALICOPC-onderzoek van 2012 was 38% voor alle landen en 17% voor Nederland. Details van de steekproeftrekking voor 1993 en 2012 hebben we elders beschreven.^{7,9,10}

De breedte van de taakprofielen

De vragenlijsten uit 1993 en 2012 bevatten dezelfde vragen over de taakprofielen van huisartsen gerelateerd aan hun rol als eerste contactpunt met de gezondheidszorg, de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten, kleine technische en chirurgische verrichtingen, en preventie.

Voor de eerste drie onderdelen hebben we de huisartsen gevraagd om op een lijst van patiënten met klachten of ziekten aan te geven in hoeverre zij bij de behandeling hiervan betrokken zijn (op een schaal van 1 (nooit) tot 4 ((bijna) altijd)).^{1,8} Bijvoorbeeld voor de behandeling van en zorg voor patiënten met een depressie (zie **figuur 1**) voor een compleet overzicht). Voor preventieve activiteiten hebben we aan huisartsen gevraagd in hoeverre zij systematisch de bloeddruk en het cholesterol meten, en in hoeverre zij gezondheidsvoorlichting geven.

De schaalscores hebben we berekend met multilevel latente klasse-analyses. In de schalen hebben we gecorrigeerd voor een aantal kenmerken: het geslacht en de leeftijd van huisartsen, de stedelijkheid van de praktijklocatie en de praktijkvorm



Foto: Charlotte Bogaert/Hollandse Hoogte

(solo-, duo- of groepspraktijk). We hebben de variantie die toe te kennen is aan verschillen tussen huisartsen en hun praktijken uit de scores gehaald, om tot een goede schatting voor het betreffende land te komen. De details van de procedures om de schaalscores te berekenen hebben we elders beschreven.¹¹ Veranderingen tussen 1993 en 2012 hebben we weergegeven als proportionele verandering (in percentages) in de breedte van taakprofielen tussen de twee meetmomenten.

RESULTATEN

De taakprofielen van Nederlandse huisartsen

In 2012 hebben Nederlandse huisartsen een sterkere positie als *eerste contactpunt met de gezondheidszorg*. Samen met Deense en Zweedse artsen zijn Nederlandse huisartsen bij de meeste klachten en ziektebeelden als eerste contactpunt betrokken bij de zorg. Nederlandse huisartsen zijn vooral meer betrokken bij problemen van kinderen en vrouwen. In een aantal, voornamelijk Oost-Europese landen behoren deze taken toe aan de gynaecoloog en kinderarts. Nederlandse huisartsen zijn iets meer dan gemiddeld betrokken bij *de behandeling van en*

Figuur 1 Vragen uit de vragenlijst over de taakprofielen van huisartsen

Eerste contact	(Bijna) altijd	Gewoonlijk	Nu en dan	Zelden/nooit
In hoeverre wenden patiënten in uw praktijk zich bij de volgende gezondheidsproblemen tot u als de eerste verlener van gezondheidszorg? (Het gaat hier dus alleen om het eerste contact, niet om nader onderzoek of behandeling).				
1. Kind met ernstige hoest	☐	☐	☐	☐
2. Kind van 8 met gehoorproblemen	☐	☐	☐	☐
3. Vrouw van 18 die om orale contraceptie vraagt	☐	☐	☐	☐
4. Man van 24 met maagpijn	☐	☐	☐	☐
5. Man van 45 met pijn op de borst	☐	☐	☐	☐
6. Vrouw van 50 met een knobbel in haar borst	☐	☐	☐	☐
7. Vrouw van 60 met verminderde visus	☐	☐	☐	☐
8. Vrouw van 60 met polyurie	☐	☐	☐	☐
9. Vrouw van 60 met acute symptomen van paralyse/parese	☐	☐	☐	☐
10. Man van 70 met gewrichtspijn	☐	☐	☐	☐
11. Vrouw van 75 met matige geheugenstoornis	☐	☐	☐	☐
12. Man van 35 met een verstuikte enkel	☐	☐	☐	☐
13. Man van 28 met een eerste convulsie	☐	☐	☐	☐
14. Angstige man van 45	☐	☐	☐	☐
15. Lichamelijk mishandeld kind van 13	☐	☐	☐	☐
16. Paar met relatieproblemen	☐	☐	☐	☐
17. Vrouw van 50 met psychosociale problemen	☐	☐	☐	☐
18. Man van 32 met seksuele problemen	☐	☐	☐	☐
19. Man van 52 met een alcoholprobleem	☐	☐	☐	☐
Behandeling en nazorg van ziekten	(Bijna) altijd	Gewoonlijk	Nu en dan	Zelden/nooit
In hoeverre bent u betrokken bij de behandeling en nazorg van patiënten in uw praktijk bij de volgende diagnoses?				
1. Chronische bronchitis/COPD	☐	☐	☐	☐
2. Hordeolum	☐	☐	☐	☐
3. Peptische ulcer	☐	☐	☐	☐
4. Hernia nucleus pulposus	☐	☐	☐	☐
5. Decompensatio cordis	☐	☐	☐	☐
6. Pneumonie	☐	☐	☐	☐
7. Peritonsillair abces	☐	☐	☐	☐
8. M. Parkinson	☐	☐	☐	☐
9. Ongecompliceerde diabetes mellitus (type II)	☐	☐	☐	☐
10. Reumatoïde artritis	☐	☐	☐	☐
11. Depressie	☐	☐	☐	☐
12. Myocardinfarct	☐	☐	☐	☐

zorg voor patiënten met chronische ziekten. Op dit punt zijn zij vergelijkbaar met huisartsen in Hongarije en Italië. Huisartsen in Slovenië zijn het meest actief op dit gebied en huisartsen in Slowakije het minst. Ten opzichte van andere Europese landen zijn Nederlandse huisartsen relatief vaak betrokken bij de behandeling van en zorg voor patiënten met diabetes en relatief weinig bij patiënten met reuma. Op het gebied van de uitvoering van *kleine technische en chirurgische verrichtingen* zijn er grote verschillen tussen huisartsen in Europa. Vergeleken met Nederland doen alleen Finse huisartsen meer aan dergelijke verrichtingen. In Litouwen doen huisartsen het minst aan deze verrichtingen. Veel Nederlandse huisartsen plaatsen bijvoorbeeld spiraaltjes en verwijderen wratten. Wat betreft *preventieve activiteiten* zitten Nederlandse huisartsen net iets onder het gemiddelde van alle 28 landen. Nederlandse huisartsen doen veel aan gezondheidsvoorlichting, maar minder dan in andere landen aan het systematisch meten van de bloeddruk en het cholesterolgehalte.

Veranderingen in de taakprofielen

[Figuur 2 tot en met 5] geven de breedte van de taakprofielen in 1993 en 2012 weer. Gedetailleerde cijfers en relatieve veranderingen staan in [tabel 1] (zie www.henw.org, rubriek Onderzoek). Vergeleken met 1993 zijn Nederlandse huisartsen in 2012 als *eerste contactpunt in de gezondheidszorg* bij minder problemen betrokken. De grootste afname voor betrokkenheid zien we bij sociale problemen, zoals alcoholproblemen en kindermishandeling. Deze afname vinden we ook terug in veel andere landen.

De betrokkenheid van Nederlandse huisartsen bij de *behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten* is tussen 1993 en 2012 sterk toegenomen. De toename betreft het hele spectrum van ziekten. Ook in de meeste andere Europese landen zijn huisartsen meer betrokken bij de behandeling en nazorg van chronische ziekten.

Nederlandse huisartsen voeren in 2012 meer kleine technische en chirurgische verrichtingen uit dan in 1993. De

Technische procedures	(Bijna) altijd	Gewoonlijk	Nu en dan	Zelden/nooit
In hoeverre worden de volgende verrichtingen door u (of uw medewerkers) uitgevoerd en niet door een medisch specialist, als uw patiënten deze nodig hebben? (Bijvoorbeeld als patiënten voor fundoscopie bijna altijd bij u komen, kruist u het betreffende vakje aan).	☐	☐	☐	☐
1. Wigexcisie van een ingegroeide teennagel	☐	☐	☐	☐
2. Verwijdering van atheroomcyste van de behaarde hoofdhuid	☐	☐	☐	☐
3. Wondhechting	☐	☐	☐	☐
4. Excisie van wratten	☐	☐	☐	☐
5. Plaatsen van een spiraaltje/IUD	☐	☐	☐	☐
6. Fundoscopie	☐	☐	☐	☐
7. Injectie in gewricht	☐	☐	☐	☐
8. Taped van een enkel	☐	☐	☐	☐
9. Cryotherapie (wratten)	☐	☐	☐	☐
10. Infuus aanleggen (veneus)	☐	☐	☐	☐
Preventieve activiteiten				
Wanneer meet u (of een medewerker) de bloeddruk? (Meer dan een antwoord mogelijk.)	☐ N.a.v. klinische bevindingen ☐ Op verzoek ☐ Als routine bij spreekkamerconsulten met volwassenen (ongeacht de reden van de komst) ☐ Bij volwassenen op uitnodiging			
Wanneer meet u, of een medewerker, het bloedcholesterolniveau? (Meer dan een antwoord mogelijk.)	☐ N.a.v. klinische bevindingen ☐ Op verzoek ☐ Als routine bij spreekkamerconsulten met volwassenen (ongeacht de reden van de komst) ☐ Bij volwassenen op uitnodiging ☐ Wij doen zulke metingen niet			
In hoeverre geeft u gezondheidsvoorlichting betreffende de volgende onderwerpen (meer dan een antwoord mogelijk):	Niet	Naar aanleiding van normale patiënten-contacten	Groepsgewijs of in speciale programma's	
1. Roken	☐	☐	☐	
2. Voeding	☐	☐	☐	
3. Problematisch alcoholgebruik	☐	☐	☐	

grootste toename betreft het aanleggen van een infuus en de toediening van een intra-articulaire injectie. Fundoscopie voeren huisartsen minder vaak uit dan in 1993. Het beeld in de andere landen is wisselend: in een aantal landen zien we een toename van de betrokkenheid bij deze verrichtingen, maar in veel landen is ook sprake van een afname.

In de meeste landen doen huisartsen minder aan *preventieve activiteiten*, terwijl we in Nederland een sterke toename zien. Nederland scoorde in 1993 echter erg laag. De sterkste toename in preventieve activiteiten betreft de meer systematische voorlichting over roken.

BESCHOUWING

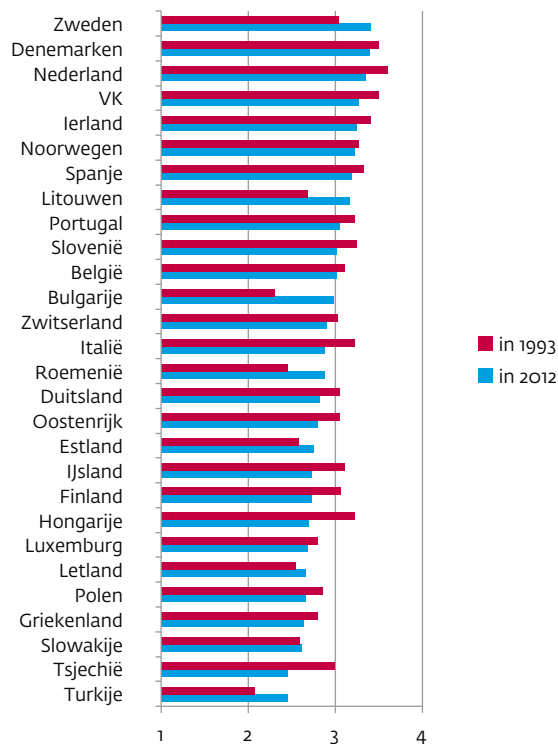
In 1993 hadden Nederlandse huisartsen al brede taakprofielen vergeleken met huisartsen in andere Europese landen. Sindsdien zijn hun taakprofielen over het algemeen nog breder geworden. De taakprofielen van Nederlandse huisartsen zijn bovendien breder geworden dan die van huisartsen in 27 andere Europese landen. In Europese landen is er sprake van een toename in de betrokkenheid bij de behandeling van en zorg voor patiënten met acute en chronische ziekten. Deze trend zien we ook terug bij Nederlandse huisartsen. Op dit gebied hebben Nederlandse huisartsen hun positie ten opzichte van

die in andere landen versterkt. In veel landen is men minder aan preventieve activiteiten gaan doen, terwijl Nederlandse huisartsen juist veel actiever zijn geworden op het gebied van preventie en gezondheidsvoorlichting. Deze toename heeft waarschijnlijk te maken met de inzet van de POH, die een belangrijke rol speelt bij leefstijlprogramma's. Op dit moment hebben Nederlandse huisartsen op dit punt echter nog steeds minder brede taakprofielen dan huisartsen in veel andere landen. De toekomstambities van de LHV, NHG en het IOH richten zich op een inzet van huisartsen op verschillende vormen van preventie. Op dit gebied zijn dan ook nog redelijk grote stappen nodig.¹²

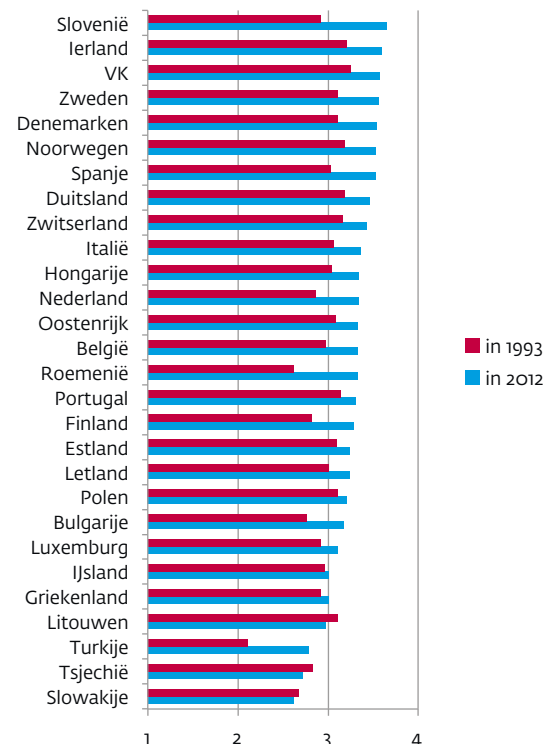
Net als in 1993 zijn Nederlandse huisartsen ook in 2012 nog steeds erg actief op het gebied van kleine technische en chirurgische verrichtingen. Hun betrokkenheid is bovendien verder toegenomen. Mogelijk speelt hierin mee dat huisartsenpraktijken sinds 1993 steeds meer ondersteunend personeel hebben, dat ook bepaalde technische procedures kan uitvoeren.

In veel West-Europese landen fungeren huisartsen steeds minder als eerste contactpunt in de gezondheidszorg. Dit geldt ook voor Nederland, vooral wat betreft sociale problemen. De taakopvatting met betrekking tot dit soort problemen is ver-

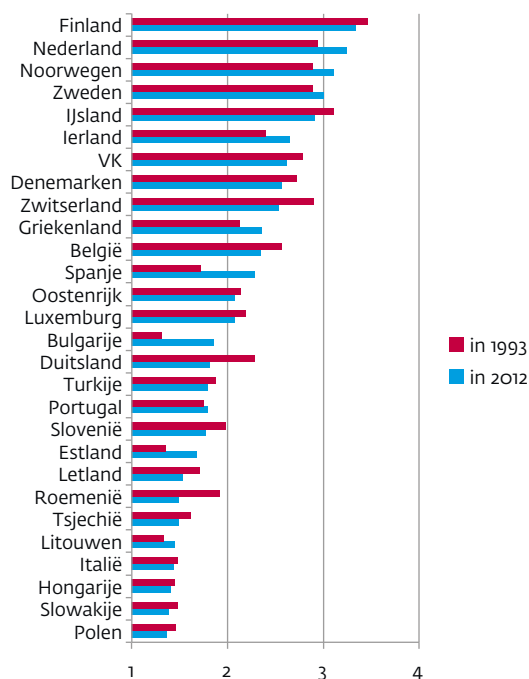
Figuur 2 Taakprofielen van huisartsen in 1993 en 2012 (een hogere score geeft een breder taakprofiel weer): als eerste contactpunt



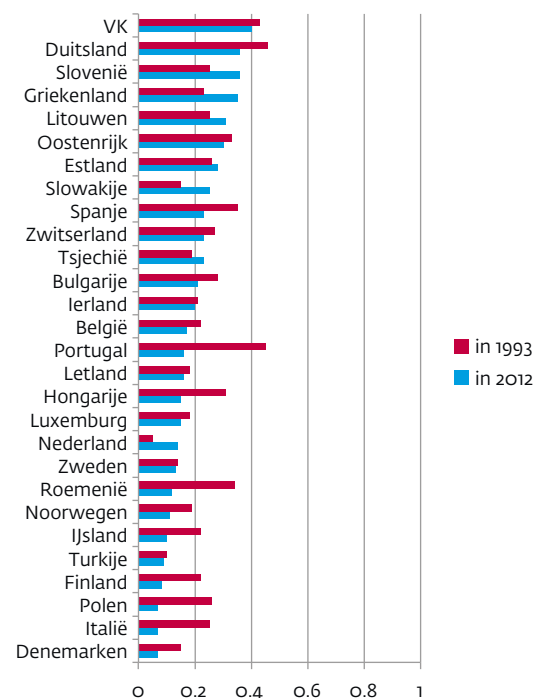
Figuur 3 Behandeling en zorg van chronische ziekten



Figuur 4 Kleine technische verrichtingen



Figuur 5 Preventie



anderd, zoals ook al naar voren kwam uit een onderzoek dat de taakopvattingen tussen 1987 en 2001 vergeleek.¹³ Daarnaast bleek uit een onderzoek op basis van video-opnamen van consulten dat huisartsen in de periode van 1995-2008 ten opzichte van 1977-1989 even vaak over psychosociale problemen spraken, maar dan wel vaker over psychische symptomen en minder vaak over sociale problemen.¹⁴ Dit onderzoek constateerde ook dat sociale factoren in 1987 volgens de beroepsgroep expliciet tot de verantwoordelijkheden van Nederlandse huisartsen behoorden.¹⁵ In 2012 was dit niet meer het geval.¹⁶ Na de recente transitie in het gezondheidszorgsysteem mogen we echter verwachten dat de rol van huisartsen bij sociale problemen weer is toegenomen.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat we gebruik hebben gemaakt van gegevens van een grote hoeveelheid huisartsen in een groot aantal Europese landen, die we op systematische wijze hebben verzameld. Deze gegevens maken het mogelijk om de betrokkenheid van Europese huisartsen te vergelijken over een periode waarin zich wat betreft de eerste lijn belangrijke beleidswijzigingen hebben voltrokken. De methode van steekproeftrekking maakt het mogelijk om de scores per land in een multiniveaumodel te construeren.

Dit onderzoek kent ook beperkingen. De Nederlandse steekproeven uit 1993 en 2012 bevatten voor een groot deel praktijkhouders; waarnemers en hitha's ontbreken. Mogelijk hebben de praktijkhouders een breder taakprofiel dan de andere twee groepen. Daarnaast berusten de cijfers over de breedte van de taakprofielen op een inschatting van huisartsen van de mate waarin hun patiënten hen voor bepaalde gezondheidsproblemen consulteren. Hoewel we mogen verwachten dat huisartsen hier een redelijke inschatting van kunnen geven, mogen we onder- of overschatting niet uitsluiten wanneer zij niet goed weten welke gezondheidsaandoeningen er in hun patiëntenpopulatie voorkomen.

Dit onderzoek laat zien hoe de taakprofielen van Nederlandse huisartsen zich hebben ontwikkeld ten opzichte van die in andere landen. We hadden verwacht dat de taakprofielen veelal verbreed zouden zijn, omdat het Nederlands beleid gericht is geweest op verschuivingen van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg. We vonden inderdaad dat Nederlandse huisartsen een breder taakprofiel hebben gekregen. In die zin is het dus gelukt om de sterke eerste lijn nog verder te versterken. Uit het QUALICOPC-onderzoek is bovendien gebleken dat in landen waar de uitgaven in de gezondheidszorg de afgelopen decennia sterker zijn gestegen, de taakprofielen van huisartsen ook breder zijn geworden. Dit kan erop wijzen dat er in die landen een grotere noodzaak was om de eerste lijn te versterken. Van de 28 onderzochte landen was deze stijging tussen 1993 en 2012 met 4,1% in Nederland het hoogst.¹¹

De vraag is wat deze verbreding van het taakprofiel voor huisartsen heeft betekend. We mogen verwachten dat een

breder takenpakket bijvoorbeeld ook een hogere werkdruk met zich mee heeft gebracht. In vervolgonderzoek zullen we op deze vraag ingaan.

CONCLUSIE

Nederlandse huisartsen hadden in 1993 een breder takenpakket dan huisartsen in andere landen en dat is de afgelopen decennia nog verder verbreed. De verbreding van het taakprofiel is in Nederland bovendien groter dan die in andere Europese landen.

DANKBETUIGING

Graag bedanken wij de begeleidingscommissie van dit project F. Dijkers, P. Lips, J. Metsemakers en K. Rosmalen. Verder danken wij P. Spreeuwenberg voor de statistische ondersteuning en alle coördinatoren van het QUALICOPC-onderzoek en de Taalprofielenstudie voor de dataverzameling in hun land. ■

LITERATUUR

- 1 Boerma WGW, Van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract* 1997;47:481-6.
- 2 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
- 3 Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Policy* 2000;5:22-6.
- 4 Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002;37:529-50.
- 5 Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
- 6 Grielen SJ, Boerma WGW, Groenewegen PP. Unity or diversity? Task profiles of general practitioners in Central and Eastern Europe. *Eur J Public Health* 2000;10:249-54.
- 7 Schäfer WLA, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract* 2011;12:115.
- 8 Schäfer WLA, Boerma WGW, Kringos DS, De Ryck E, Gress S, Heinemann S, et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care: instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries. *Qual Prim Care* 2013;21:67-79.
- 9 Boerma WGW. Profiles of General Practice in Europe: an international study of variation in the tasks of general practitioners. Proefschrift. Utrecht: NIVEL, 2003.
- 10 Groenewegen PP, Gress S, Schäfer WLA. General practitioners' participation in a large, multi-country combined general practitioner - patient survey: recruitment procedures and participation rate. *Int J Fam Med* 2016;1-9.
- 11 Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scand J Prim Health Care* 2016;34:97-110.
- 12 Van Hassel D, Korevaar J, Batenburg R, Schellevis F. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht: NIVEL, 2015.
- 13 Van den Berg MJ, Kolthof ED, De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: de werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 14 Butalid L, Bensing JM, Verhaak PFM. Talking about psychosocial problems: an observational study on changes in doctor-patient communication in general practice between 1997 and 2008. *Patient Educ Couns* 2014;94:314-21.
- 15 Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: LHV, 1987.
- 16 NHG & LHV. Toekomstvisie huisartsenzorg: modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht: NIVEL, 2012.



Meer spoedzorg, minder kosten

Zwolse zelfverwijzers naar één loket

Samenvatting

Bosch- van Nuenen A, De Jong D, Bongers F, Mulder H, Meulman D, Verloop M, Van Helden S. Meer spoedzorg, minder kosten. *Huisarts Wet* 2016;59(7):292-6.

ACHTERGROND In Zwolle delen de huisartsenpost (HAP) en de Spoedeisende Hulp (SEH) sinds 2013 één locatie met een gezamenlijk loket. Wij evalueerden de effecten op de aantallen zelfmelders (HAP) en zelfverwijzers (SEH), hun zorgvragen, doorlooptijden en totale kosten.

METHODE Prospectief observationeel onderzoek met twee meetperioden, vóór en na de start van het gezamenlijke loket. In beide meetperioden (december 2012-maart 2013 en december 2013-maart 2014) verzamelden we vier maanden lang in beide settings gegevens over aantallen patiënten, zelfmelders en zelfverwijzers, zorgvragen, doorlooptijden en kosten.

RESULTATEN Buiten kantooruren kwamen er op HAP en SEH samen in de voormeting 807 en in de nameting 1030 zelfmelders en zelfverwijzers, een stijging van 28%. Op de HAP nam het aantal zelfmelders toe van 324 (40% van alle binnenlopers op HAP en SEH samen) naar 855 (83%), op de SEH nam het aantal zelfverwijzers af van 483 (60%) naar 175 (17%). De totale kosten voor zelfmelders en zelfverwijzers namen af met 38%, ondanks hun toegenomen aantal; op jaarbasis zou daarmee een besparing van ruim € 640.000 gemoeid zijn. De grootste verschuiving van SEH naar HAP deed zich voor in kleine traumatologie. Slechts één van de 855 binnenlopers aan het gezamenlijke loket werd ten onrechte naar de HAP verwezen en kwam later alsnog op de SEH terecht.

CONCLUSIE Samenwerking aan de poort tussen HAP en SEH blijkt te kunnen leiden tot accurate triage van zelfverwijzers naar de juiste zorg, waardoor een aanzienlijke kostenreductie bereikt wordt. Ook voor de patiënt zelf is de behandeling daardoor sneller en goedkoper.

INLEIDING

Gemiddeld 30% van de patiënten die zich presenteren op een afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) is een zogeheten 'zelfverwijzer', die daar op eigen initiatief naartoe gekomen is.¹ De meeste zelfverwijzers hebben een niet-urgente zorgvraag die goed behandeld zou kunnen worden op een huisartsenpost (HAP).^{2,3} Als HAP en SEH op één en dezelfde locatie aanwezig zijn, kunnen laag-urgente zelfverwijzers snel en gemakkelijk nog vóór inschrijving op de SEH naar de HAP verwezen worden.⁴ In Zwitserland is die combinatie efficiënt gebleken: de behandelduur op de *hospital-integrated general practice* was korter dan op de SEH en er werd minder diagnostiek ingezet.⁵ Als

HAP en SEH naast de gezamenlijke huisvesting ook een gezamenlijk loket delen, kunnen zelfverwijzers op de SEH wellicht geheel tot het verleden gaan behoren.⁶

In Zwolle is ervaring opgedaan met zo'n gezamenlijk loket. Toen Isala Zwolle in de zomer van 2013 een nieuw gebouw betrok, vestigde Medrie Huisartsenpost Zwolle zich ook in dat gebouw. Er kwam een gezamenlijk loket voor HAP, SEH en Eerste Hartlonghulp (EHLH). Zelfmelders (zonder afspraak op de HAP³) en zelfverwijzers (zonder verwijzing naar de SEH) die buiten kantooruren aan dit spoedzorgloket verschijnen, worden door ervaren receptionisten verwezen naar de meest passende vorm van spoedzorg, met als uitgangspunt: iedereen naar de HAP, tenzij er een indicatie voor tweedelijns spoedzorg lijkt te zijn [kader].

Bij de komst van het gezamenlijke loket besloten we de effecten van de nieuwe werkwijze op de patiëntenstroom in kaart te brengen. Vergeleken met andere SEH's in Nederland heeft de Zwolse SEH altijd een laag percentage zelfverwijzers gehad, maar toch was de verwachting dat dit aandeel verder omlaag zou kunnen. Als er minder onverwezen patiënten op de SEH terechtkomen, moet dat tot een kostenbesparing leiden want huisartsenzorg is minder duur dan ziekenhuiszorg en als een SEH veel patiënten behandelt voor klachten die op de huisartsenpost thuishoren, werkt dat kostenverhogend.⁷ Daartegenover stond de verwachting dat het aantal zelfmelders door het gezamenlijke loket juist zou groeien, want alle spoedzorg was nu op één plek te krijgen en de patiënt zat daar dus altijd goed, zoals de lokale media niet nalieten aan te geven. Binnen kantooruren is de HAP echter gesloten en hebben

Wat is bekend?

- Zelfverwijzers op de Spoedeisende Hulp (SEH) doen vaak onnodig een beroep op dure zorg.
- Het gaat voornamelijk om kleine traumatologie en klachten van het bewegingsapparaat.
- Laag-urgente zorg buiten kantooruren hoort thuis op de huisartsenpost (HAP).

Wat is nieuw?

- De ingebruikname van een gezamenlijk loket voor spoedzorg in Zwolle heeft geleid tot een stijging van het aantal 'binnenlopers' buiten kantooruren met 28%.
- Van deze zelfmelders en zelfverwijzers komt een veel groter deel op de HAP terecht dan vroeger (83% versus 40%).
- Doordat de kosten op de HAP veel lager zijn dan op de SEH, vallen de totale kosten van zelfmelders en zelfverwijzers ondanks hun toegenomen aantal enige tientallen procenten lager uit.
- De triage door receptionisten naar HAP of SEH is zeer betrouwbaar.

Martini Ziekenhuis, Van Swietenplein 1, 9728 NT, Groningen; J.M.W.J. Bosch- van Nuenen, SEH-arts KNMG, Isala academie, Zwolle; D. de Jong, datamanager, Isala klinieken, afdeling Chirurgie, Zwolle; dr. S.H. van Helden, traumachirurg, Hein Hogerzeil Stichting, Dalfsen; dr. F.J.M. Bongers, huisarts-onderzoeker; dr. J.G.H. Mulder, huisarts-onderzoeker, Medrie, regio Zwolle; D.J. Meulman, huisarts; M. Verloop, locatiemanager Huisartsenpost Zwolle • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven • Correspondentie: a.bosch-vannuenen@mzh.nl.

De receptionisten van het spoedzorgloket

Achter het gezamenlijke loket voor HAP, SEH en EHLH in Zwolle zitten ervaren SEH-receptionisten van Isala, die zicht hebben op de ingang en de wachtkamer. Al jaren hebben deze receptionisten een belangrijke functie in het signaleren van urgente klachten al voordat formele triage verricht is. Voor de bepaling waar een onverwezen patiënt het beste geholpen kan worden wordt geen triage-instrument gebruikt. Het principe is: iedereen naar de HAP, tenzij er in de ogen van de receptionist een duidelijke indicatie voor SEH of EHLH bestaat. De receptionisten overleggen naar behoefte met een SEH-verpleegkundige of (SEH-)arts.

de receptionisten dus niet deze laagdrempelige mogelijkheid om naar huisartsenzorg te verwijzen. Verder verwachtte men dat triage naar de HAP zou kunnen leiden tot tijdsbesparing voor de patiënt, doordat de doorlooptijden op de HAP korter zijn en doordat de drukte op de SEH zou afnemen.

In dit onderzoek inventariseerden we de zorgvragen van HAP-zelfmelders en SEH-zelfverwijzers, en vergeleken we die met de literatuur, die aangeeft dat het voor een groot deel gaat om kleine traumatologie.^{6,8,9} Met name op deze groep patiënten zou de nieuwe werkwijze grote invloed kunnen hebben. De vraagstelling luidde aldus:

- wat zijn de effecten van een gezamenlijk loket van HAP en SEH op het aantal en de verdeling van onverwezen patiënten, en wat is de invloed op de behandelduur en de kosten?
- wat zijn de zorgvragen van zelfmelders op de HAP en zelfverwijzers op de SEH, en hoe veranderen deze na de komst van een gezamenlijk loket?
- welk deel van de aan het loket naar de HAP verwezen binnenvallers wordt alsnog verwezen naar de SEH?

METHODE

Wij voerden een prospectief observationeel onderzoek uit met voor- en nameting in twee meetperioden rond de verhuizing in augustus 2013: de voormeting was van december 2012 tot maart 2013, de nameting van december 2013 tot maart 2014. We kozen voor dezelfde periodes in het jaar om vertekening door seizoenvariatie uit te sluiten. De gegevens voor beide meetperioden waren afkomstig uit de standaardadministraties van de HAP en de SEH/EHLH.

We registreerden de totale aantallen consulten op HAP en SEH, en selecteerden hieruit de HAP-zelfmelders (geregistreerd als 'inloop', dit zijn de patiënten die zich zonder telefonische afspraak aan de balie melden) en de SEH/EHLH-zelfverwijzers (geregistreerd als 'eigen initiatief', dat wil zeggen niet ingestuurd door huisarts of ambulance). Om de effecten van het gezamenlijke loket te kunnen analyseren, bepaalden we voor de SEH apart welke contacten plaatsvonden tussen 17:00 en 08:00 uur, in de weekeinden en op feestdagen, de gebruikelijke openingstijden van de HAP.

Voor de berekening van behandelduur namen we de tijd van inschrijving tot einde consult, dus inclusief wachttijd, omdat dat een reëel beeld geeft van de tijd die de patiënt kwijt is. De kosten van zelfmelders en zelfverwijzers berekenden we voor de HAP op basis van het geldende consulttarief, voor de

SEH-EHLH op basis van de in rekening gebrachte kosten voor de betreffende DBC.

We groepeerden de zorgvragen in zeven vooraf vastgestelde categorieën: trauma/bewegingsapparaat, wonden, buikklachten, luchtwegen, cardiaal, neurologie en overige. Hierin konden de op de HAP gebruikte ICPC-diagnoses en de SEH-diagnoses overzichtelijk en logisch ondergebracht worden.

Om te kunnen vaststellen of een zelfmelder vanuit de HAP naar de SEH verwezen werd, vergeleken we burgerservice-nummers van de patiënten in beide gegevensbestanden. Een registratie op één dag in beide administraties wijst erop dat de patiënt is verwezen.

RESULTATEN**Percentages zelfmelders en zelfverwijzers**

In de voormeting vonden wij onder de 10.875 HAP-bezoekers 324 zelfmelders (3,0%); buiten kantooruren werden op de SEH 6.112 patiënten behandeld, onder wie 483 zelfverwijzers (7,9%). Het totaal aantal zelfmelders en zelfverwijzers buiten kantooruren in de voormeting was dus 807, van wie er 324 (40%) op de HAP werden behandeld.

In de nameting vonden wij 855 zelfmelders (7,8%) onder de 11.000 HAP-bezoekers en 175 zelfverwijzers (3,0%) onder de 5.877 patiënten op de SEH buiten kantooruren. In de nameting kwam het totaal aantal zelfmelders en zelfverwijzers buiten kantooruren daarmee op 1.030, van wie er 855 (83%) door de receptionist naar de HAP werden verwezen.

Het totale aantal zelfmelders en zelfverwijzers buiten kantooruren nam toe van 807 naar 1.030, een toename van 28%.

Abstract

Bosch- van Nuenen A, De Jong D, Bongers F, Mulder H, Meulman D, Verloop M, Van Helden S. More emergency care, lower costs. Huisarts Wet 2016;59(7):292-6.

BACKGROUND Since 2013, primary (general practitioner cooperative, GPC) and secondary (hospital emergency department, ED) emergency care services share the same reception desk in a hospital in Zwolle, the Netherlands.

OBJECTIVE To evaluate the effects of a shared reception desk for primary and secondary emergency care on the number of walk-in patients (GPC) and self-referrals (ED), their health problems, treatment duration, and total costs.

METHOD Prospective observational study with data collection before and after introduction of the shared reception desk. Data on the number of patients, self-referrals, and walk-in patients, time spent in emergency care, diagnosis, and costs were collected for 4 months (December 2012–March 2013, December 2013–March 2014).

RESULTS In total, 807 self-referrals/walk-in patients came to the out-of-hours GPC and ED services before and 1030 after introduction of the shared reception desk, an increase of 28%. The number of walk-in patients at the GPC increased from 324 (40%) to 855 (83%), whereas the number of self-referrals at the ED decreased from 483 (60%) to 175 (17%). Total costs for these groups of patients decreased by 38%, despite the higher number of patients seen. On an annual basis, this would represent a saving of € 640,000. The largest change in the number of patients seen at GPC services instead of ED services was for minor trauma. Only 1 of the 855 patients was incorrectly referred to the GPC instead of the ED.

CONCLUSION A shared reception desk for primary and secondary emergency care in Zwolle guided self-referrals to the appropriate level of care, providing a rapid service at a reduced cost.

Tabel Zelfmolders en zelfverwijzers op huisartsenpost en Spoedeisende Hulp voor en na de opening van een gezamenlijk loket

	Huisartsenpost		Spoedeisende Hulp	
	voor	na	voor	na
Binnen kantooruren				
■ totaal aantal patiënten	0	0	5.508	5.441
■ zelfmolders en zelfverwijzers			274 (5,0%)	128 (2,4%)
Buiten kantooruren				
■ totaal aantal patiënten	10.857	11.000	6.112	5.877
■ zelfmolders en zelfverwijzers	324 (3,0%)	855 (7,8%)	483 (7,9%)	175 (3,0%)
■ gemiddelde kosten per patiënt	€ 103	€ 107	€ 1.106	€ 1.492

Het aantal HAP-zelfmolders steeg met 264% van 324 naar 855, het aantal SEH- zelfverwijzers daalde met 64% van 483 naar 175 [tabel].

Behandelduur

De mediane behandelduur voor HAP-zelfmolders bleek in de nameting licht gestegen van 27 naar 31 minuten (15% langer). Bij SEH-zelfverwijzers steeg de mediane behandelduur van 81 naar 116 minuten (43% langer).

Kosten

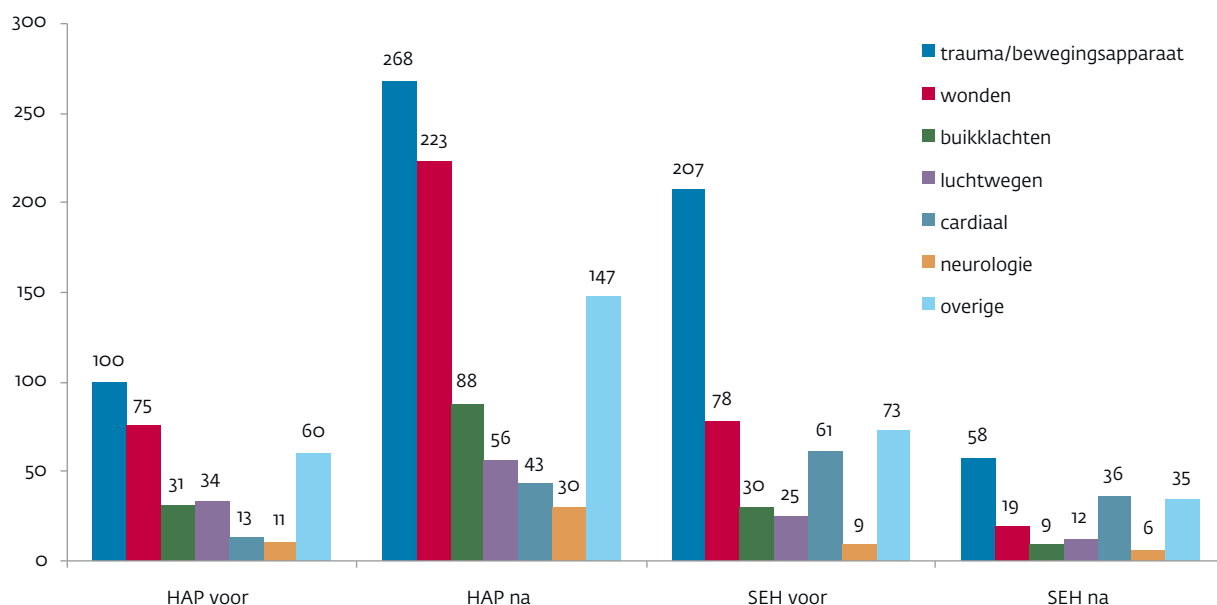
De [tabel] toont ook de kosten die gemaakt werden voor de zelfmolders en zelfverwijzers. Op de HAP bleven de kosten per zelfmelder nagenoeg gelijk: € 103 in de voor- en € 107 in de nameting (+4%). Op de SEH buiten kantooruren stegen de kosten per zelfverwijzer van € 1.106 tot € 1.492 (+35%).

In onze berekeningen stegen de totale kosten van zelfmolders op de HAP van $324 \times € 103 = € 33.372$ naar $855 \times € 107 =$

€ 91.485. Dat is een zeer aanzienlijke stijging van 174% (€ 58.113). Daar staat tegenover dat de kosten van zelfverwijzers op de SEH buiten kantooruren daalden van $483 \times € 1.106 = € 534.198$ naar $175 \times € 1.492 = € 261.100$; een daling van 51% (€ 273.098). Het gezamenlijke loket leidde derhalve per saldo tot een besparing van $€ 567.570 - € 352.585 = € 214.985$ (38%). Dit gold voor de meetperiode van vier maanden; op jaarbasis zou het bespaarde bedrag rond de € 640.000 kunnen liggen.

Zorgvragen

De [figuur] laat zien met welke zorgvragen de zelfmolders en zelfverwijzers kwamen. Op de HAP stegen alle zorgvragen in aantal, maar de twee grootste categorieën bleven trauma/bewegingsapparaat en wonden (samen 60% van het totaal). Op de SEH daalde het aantal zelfverwijzers met deze zorgvragen het sterkst. Trauma (33%) en cardiale klachten (21%) waren de meestvoorkomende klachten van zelfverwijzers die door de receptionist naar de SEH werden doorgestuurd.

Figuur Zorgvragen van zelfmolders en zelfverwijzers op huisartsenpost en afdeling Spoedeisende hulp, voor en na het instellen van een gezamenlijk loket, in absolute aantallen

Doorverwijzing van HAP naar SEH

In de voormeting werden 51 (16%) van de 324 zelfmelders op de HAP verwezen naar de SEH. Van de 855 zelfmelders die in de nameting door de receptionist van het gezamenlijk loket naar de HAP werden verwezen, kwam uiteindelijk één patiënt alsnog op de SEH terecht.

BESCHOUWING

Het gezamenlijk loket blijkt grote invloed te hebben op de verdeling van zelfmelders en zelfverwijzers. Weliswaar neemt het totaal aantal patiënten dat op eigen initiatief naar de gecombineerde HAP/SEH komt met 28% toe, maar het overgrote deel van de klachten (83%) wordt afgehandeld op de HAP, terwijl voorheen 60% op de SEH terecht kwam. In eerder retrospectief dossieronderzoek is gevonden dat 60-80% van de zelfverwijzers op de HAP behandeld zou kunnen worden.^{7,8} Onze resultaten vallen nog hoger uit, maar in onze gegevens komen ook patiënten voor die zich primair voor de HAP melden of gewoon voor spoedzorg kwamen, en die dus niet per se bij de SEH moesten zijn.

In de nameting zien we, ondanks de totale stijging, dat het aantal zelfverwijzers op de SEH afnam met 64%. Opvallend is dat het aantal zelfverwijzers op de SEH ook tijdens kantooruren, dus buiten de openingstijden van de HAP, daalde met 53%, van 274 naar 128 [tabel]. Dit duidt erop dat er naast het gezamenlijke loket andere factoren een rol spelen. Bij ontvangst aan de balie wordt zelfverwijzers steeds vaker duidelijk gemaakt dat een SEH-bezoek ten laste komt van het eigen risico, terwijl dit voor huisarts of HAP niet het geval is. Seizoenvariatie hebben we uitgesloten door de voor- en nameting in dezelfde periode van het jaar te doen.

Op de SEH van Isala was het percentage zelfverwijzers voor de verhuizing al laag met 6,5%, bij een landelijk gemiddelde van 30%.¹ Dat percentage nam nog verder af tot 2,7% na de start van het gezamenlijke loket. Waarschijnlijk zal het effect van een gezamenlijk loket nog groter zijn op SEH's met een hoger aanvangspercentage zelfverwijzers.

De mediane behandelduur en de kosten per patiënt blijven op de HAP ongeveer gelijk. Zelfmelders worden er sneller geholpen dan op de SEH en tegen een lager tarief; voor hen betekent dat een forse besparing in tijd en geld. Door de samenwerking stijgen op de SEH zowel de behandelduur als de kosten per zelfverwijzer, maar dat past bij de concentratie van complexere zorg nu een groot deel van de laagcomplexere zorg er aan de poort uitgefilterd wordt. In eerder onderzoek is een vergelijkbare ontwikkeling geconstateerd, waarbij na de start van een gezamenlijk loket van HAP en SEH een groter deel van de SEH-opnamen resulteerde in een klinische opname.⁶

De kosten op de SEH in Zwolle zijn per patiënt 11-14 keer hoger dan op de HAP, dat is flink meer dan de factor 2,6-5 die uit eerder onderzoek naar voren kwam.⁷ Wij hebben de kosten op de SEH berekend op basis van een DBC inclusief eventueel vervolg (opname, operatie, polikliniekbezoek); voor de HAP konden wij dergelijke vervolgkosten niet meerekenen omdat wij geen gegevens hadden over latere consulten bij de eigen

huisarts of verwijzingen naar het ziekenhuis. Een rol speelt ook dat de zelfverwijzers die van de SEH naar de HAP verschoven, eenvoudiger hulpvragen en dus goedkopere DBC's hadden. Het financiële voordeel zal daardoor in werkelijkheid kleiner uitvallen dan in onze berekeningen.

De zorgvragen van de zelfmelders en zelfverwijzers in ons onderzoek betroffen zowel in de voor- als de nameting voor een groot deel trauma/bewegingsapparaat en wonden. Dat strookt met wat bekend is uit de literatuur.^{3,8} In deze zorgvragen zit de grootste verschuiving van SEH naar HAP, al hebben ook naar de SEH verwezen zelfverwijzers relatief vaak een trauma. Zelfverwijzers met cardiale klachten worden eveneens relatief vaak naar SEH/EHLH doorverwezen.

Van alle onverwezen patiënten die zich in de nameting meldde aan het gezamenlijke loket werd 83% naar de HAP verwezen. Deze triage bleek in veruit de meeste gevallen correct: in vier maanden tijd werd slechts één van de betreffende patiënten alsnog naar de SEH verwezen.

Elders zijn na de start van een gezamenlijk loket zelfverwijzers nagenoeg verdwenen van de SEH. In Zwolle is dat niet het geval. Van de 17% die door de receptionist ingeschat werd als SEH-behoefstig is uit onze gegevens niet op te maken of dit altijd terecht was. Aangezien het vaak gaat om traumata en cardiale klachten gaven bij deze zelfverwijzers waarschijnlijk de behoefte aan veiligheid en het vermoeden dat röntgendiagnostiek noodzakelijk was, de doorslag. Zou men ook deze patiënten eerst naar de HAP verwijzen dan zou dat ons doel, het tegengaan van onnodig gebruik van de SEH, voorbijstreven. Langere behandelduur, minder veiligheid en minder patiënttevredenheid zouden dan de gevolgen kunnen zijn. Om hierover meer duidelijkheid te krijgen, zouden nut en noodzaak van de primaire triage van deze groep naar de SEH nader onderzocht moeten worden.

CONCLUSIE

In Zwolle is op de SEH van Isala grote winst behaald door samenwerking aan de poort met Huisartsenpost Zwolle van Medrie. Na de start van de samenwerking nam het totaal aantal onverwezen patiënten buiten kantooruren wel toe, maar werd een groter deel op de HAP behandeld en nam het aantal zelfverwijzers op de SEH juist sterk af. Dat is winst voor de patiënt in de zin van een kortere behandelduur en winst voor de samenleving in de vorm van lagere kosten.

Het grootste deel van de niet-verwezen patiënten presenteerde zich met een klacht van trauma/bewegingsapparaat of wonden, en hierin zit ook de grootste verschuiving naar de HAP. Desalniettemin blijven traumapatiënten ook in de nieuwe situatie op de SEH de grootste groep zelfverwijzers. Slechts één zelfverwijzer werd na een aanvankelijke triage naar de HAP alsnog op de SEH behandeld. ■

LITERATUUR

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



Clusterrandomisatie

PRAKTIJKPROBLEEM

U leest een artikel waarin verslag wordt gedaan van een gerandomiseerd onderzoek (*randomised controlled trial* - RCT) naar het effect van een nascholingsprogramma over de NHG-Standaard CVRM op patiëntenuitkomsten (bloeddruk, roken, BMI). In de methodeparagraaf stuit u op het woord 'clusterrandomisatie'. Wat is dat, en waar moet u op letten bij een dergelijke onderzoeksopzet?

ACHTERGROND

Bij de meeste RCT's worden individuele deelnemers door het toeval toegewezen aan interventie- of controlegroep. Maar dat is niet altijd mogelijk of handig. Wanneer we bijvoorbeeld willen weten of een nascholingsprogramma voor huisartsen effect heeft op de gezondheid van hun patiënten is het nogal ingewikkeld om individuele patiënten te randomiseren. Afhankelijk van de uitkomst van de randomisatie zou de huisarts de éne patiënt wel volgens de richtlijnen van het nascholingsprogramma moeten begeleiden en een andere patiënt juist niet. Dit is voor de huisarts niet te doen en bovendien is de kans groot dat hij de opgedane kennis ook toepast bij de patiënt waar hij deze kennis niet zou mogen gebruiken.

Het is veel praktischer – en realistischer – om de huisartsen die mee willen doen aan het onderzoek, te randomiseren om wel of niet de nascholing te volgen. Daarna kunnen effectmetingen worden verricht waarbij patiënten worden vergeleken van huisartsen die wél de nascholing hebben gevolgd met patiënten van huisartsen die niet de nascholing hebben gevolgd.

UITWERKING

De keuze om in plaats van individuele patiënten huisartsen te randomiseren (met de daarbij horende clusters van patiënten) heeft een prijs. Het gebruikelijke statistische model gaat ervan uit dat de deelnemers aan een RCT onafhankelijk van elkaar zijn; dat is echter niet het geval als de deelnemers patiënten zijn die dezelfde huisarts hebben. Daarom zijn in een clustergerandomiseerde RCT vrijwel altijd meer deelnemers nodig.

Bij een goed opgezette clustergerandomiseerde RCT worden zowel bij de opzet als bij de analyse van de resultaten voorzorgen getroffen om rekening te houden met de afhankelijkheid van de deelnemers.

Voor de bepaling van het benodigde aantal deelnemers wordt rekening gehouden met de verwachte samenhang binnen de clusters. Voor een schatting van die samenhang is literatuur voorhanden van eerder verrichte clusteronderzoek.¹

Daarbij wordt ook rekening gehouden met de combinatie van het totaal aantal clusters (huisartsen) en de gemiddelde clustergrootte, in ons voorbeeld het aantal patiënten per huisarts dat in aanmerking komt voor de aanbevelingen van de NHG-standaard CVRM. In het algemeen geldt dat bij eenzelfde totaal aantal patiënten een groot aantal kleine clusters meer zeggingskracht (*power*) heeft dan een klein aantal grote clusters.

Bij de analyse van de uitkomsten wordt opnieuw rekening gehouden met het feit dat de patiënten geclusterd zijn. Dit betreft meestal een zogenaamde *multilevelanalyse*, waarbij ook het clusterlidmaatschap van de patiënt wordt meegenomen in de analyse.²

Wat kan er mis gaan? Wanneer bij de opzet geen rekening wordt gehouden met de clustering, is de kans groot dat het aantal patiënten in de trial te klein is om relevante verschillen te kunnen detecteren. En wanneer bij de analyse geen rekening wordt gehouden met de clustering, is er een aanzienlijke kans dat het resultaat te optimistisch is, dat wil zeggen dat er ten onrechte een verschil wordt gevonden.

Er zijn internationale richtlijnen voor de rapportage over de resultaten van clustergerandomiseerde RCT's.³

BETEKENIS

Gewapend met deze kennis bestudeert u nieuwsgierig de methodeparagraaf van het artikel. Daarin wordt aangegeven dat de onderzoekers bij de bepaling van het aantal deelnemers van de RCT rekening hielden met de clustering binnen praktijken. Bovendien werden de gegevens geanalyseerd door middel van een multilevelanalyse. Doordat met beide elementen rekening is gehouden kunt u vertrouwen in de uitkomsten van het onderzoek. ■

LITERATUUR

- 1 Campbell MK, Fayers PM, Grimshaw JM. Determinants of the intraclass correlation coefficient in cluster randomized trials: the case of implementation research. *Clin Trials* 2005;2:99-107.
- 2 Twisk JWR. *Applied Multilevel Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- 3 Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG; CONSORT Group. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ* 2012;345:e5661.

PCR-fecesonderzoek bij gastro-enteritis

Samenvatting

Weel J, Schuurs T, Mulder B, Bruijnesteijn van Coppenraet L, Van der Zanden A, Van der Reijden W, Ruijs G. PCR-fecesonderzoek bij gastro-enteritis. *Huisarts Wet* 2015;59(7):297-301.

ACHTERGROND De polymerasekettingreactie (PCR) wordt steeds belangrijker in de diagnostiek van infectieuze diarree. De PCR-test is snel en sensitief, maar dit kan de interpretatie ook bemoeilijken. Er is weinig bekend over de prevalentie van de pathogenen bij gezonde mensen.

METHODE In een patiëntcontroleonderzoek deden vier regionale laboratoria PCR-fecesonderzoek bij 1515 patiënten met gastro-enteritis en 1195 gezonde controlepersonen. De inclusie vond plaats van medio 2010 tot eind 2012 door de bij de laboratoria aangesloten huisartsen, die fecesmonsters instuurden conform de indicatie in de NHG-Standaard Acute diarree. Patiënten en controlepersonen vulden vooraf een vragenlijst in.

RESULTATEN Van de patiënten had 93,1% diarree en 69,7% buikpijn. Andere klachten, zoals slijm of bloed bij de ontlasting, braken en koorts, werden opvallend minder vaak gerapporteerd. Vergeleken met de controlepersonen hadden patiënten significant vaker gereisd en antacida of antibiotica gebruikt. *Campylobacter* spp, *Salmonella* spp, *Clostridium difficile*, *Shigella*/EIEC, ETEC, EAEC, aEPEC, *Cryptosporidium parvum/hominis* en *Giardia lamblia* werden bij patiënten significant vaker gevonden, maar niet in alle leeftijdsklassen. Deze micro-organismen werden ook vaak bij controlepersonen aangetroffen, vooral bij kinderen jonger dan 5 jaar. Voor tEPEC, EHEC en STEC was er geen verschil; *Dientamoeba fragilis* werd juist vaker aangetroffen bij controlepersonen dan bij patiënten.

CONCLUSIE Het aantonen van een bepaald pathogeen met PCR verklaart de klachten nog niet met zekerheid; bij de interpretatie zal altijd andere klinische informatie moeten meewegen. Een hoge DNA-load (lage Ct-waarde) geeft alleen zekerheid bij ETEC en *Salmonella*. Bij STEC/EHEC differentieert de PCR-test onvoldoende tussen pathogene en niet-pathogene varianten. Dat *Dientamoeba fragilis* vaker wordt aangetroffen bij gezonde mensen wijst erop dat het waarschijnlijk geen darmpathogeen is.

INLEIDING

Acute diarree komt veel voor en gaat vaak vanzelf over. De recentelijk herziene NHG-Standaard Acute diarree stelt dat diagnostiek meestal niet nodig is, maar adviseert de huisarts die toch besluit een eventuele infectieuze oorzaak op te sporen om naast de conventionele kweek en Triple Feces Test (TFT) ook moleculaire diagnostiek in te zetten, bij voorkeur de polymerasekettingreactie (PCR).¹

Sinds 2007 is PCR-fecesonderzoek steeds belangrijker geworden in de diagnostiek van infectieuze oorzaken van diarree. Een belangrijke stimulans gaf het onderzoek van De Boer, die in 2013 aantoonde dat laboranten in kweken van fecesmonsters significant vaker *Campylobacter jejuni* aantreffen als zij van tevoren al wisten dat die monsters *Campylobacter*-DNA

bevatten.² Dat PCR de sensitiviteit van de microbiologische diagnostiek heeft vergroot is prettig, maar zorgt ook voor hoofdbrekens. Zo ging de prevalentie van *Dientamoeba fragilis*, een darmparasiet die bij kinderen vermoedelijk buikpijn kan veroorzaken, omhoog van 5-7% bij microscopische bepaling naar 25-30% bij PCR.³ Dit soort uitslagen leidt tot de vraag wat een positieve PCR-uitslag nu precies betekent voor de huisarts. Daarbij komt nog een andere vraag: artsen-microbiologen kijken bij PCR-diagnostiek niet alleen naar de aanwezigheid, maar ook naar de totale hoeveelheid DNA van een bepaald pathogeen in het monster. Hoe relevant is die DNA-load voor de huisarts bij bacteriële en parasitaire gastro-enteritis? Wil je daarover een uitspraak kunnen doen, dan moet je de PCR-uitslagen van patiënten met gastro-enteritis vergelijken met de uitslagen van controlepersonen zonder klachten.

Wij hebben geprobeerd antwoord op deze vragen te krijgen door middel van een patiënt-controleonderzoek bij huisarts-patiënten.

Wat is bekend?

- De polymerasekettingreactie (PCR) is de laatste tien jaar steeds belangrijker geworden in de diagnostiek van infectieuze oorzaken van diarree.
- De PCR-methode is sneller en sensitiever dan het standaard-onderzoek met kweek en Triple Feces Test (TFT).
- Met PCR is niet alleen de aanwezigheid, maar ook de DNA-load van een bepaald pathogeen in het fecesmonster te bepalen.
- De waarde van PCR-fecesonderzoek is nog niet helemaal duidelijk, omdat er nog weinig bekend is over de prevalenties van de betreffende pathogenen in de gezonde bevolking.

Wat is nieuw?

- PCR-fecesonderzoek is zeer sensitief, maar moet voorzichtig geïnterpreteerd worden.
- Een hoge DNA-load (lage Ct-waarde) geeft alleen zekerheid bij ETEC en *Salmonella*.
- Bij STEC/EHEC differentieerde de in dit onderzoek gebruikte PCR-test onvoldoende tussen pathogene en niet-pathogene varianten.
- *Dientamoeba fragilis* is waarschijnlijk geen darmpathogeen.

Centrum voor infectieziekten Friesland Izore, Jelsumerstraat 6, 8917 EN Leeuwarden; dr. J.F.L. Weel, arts-microbioloog; dr. T. Schuurs, moleculair microbioloog. Isala Klinieken, Laboratorium voor Medische Microbiologie en Infectieziekten (LMMI), Zwolle; dr. L.E.S. Bruijnesteijn van Coppenraet, moleculair microbioloog; dr. G.J.H.M. Ruijs, arts-microbioloog. LabMicta, laboratorium voor medische microbiologie en infectieziekten voor Twente en de Achterhoek, Enschede; dr. A.G.M. van der Zanden, moleculair microbioloog; dr. B. Mulder, arts-microbioloog. Streeklaboratorium Kennemerland, Haarlem; dr. W. van der Reijden, moleculair microbioloog • Correspondentie: jan.weel@izore.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek is eerder gepubliceerd als: Bruijnesteijn van Coppenraet LE, Dullaert-de Boer M, Ruijs GJ, Van der Reijden WA, Van der Zanden AG, Weel JF, Schuurs TA. Case-control comparison of bacterial and protozoan microorganisms associated with gastroenteritis: application of molecular detection. *Clin Microbiol Infect* 2015;21:592.e9-19. Deze bewerking is speciaal toegesneden op de huisartsen in Nederland. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Tabel 1 Kenmerken van het onderzoek bevolking en gegevens ontvangen van vragenlijsten

Kenmerk	Patiënt	%	Controle	%
Leeftijd				
■ < 5 jaar	152/1515	10,4	104/1185	8,8
■ 5-20 jaar	313/1515	20,6	208/1185	17,4
■ 21-50 jaar	557/1515	36,8	445/1185	37,5
■ >50 jaar	493/1515	32,2	428/1185	36,1
Man	651/1515	43,0	518/1195	43,3
■ Recent bezoek buitenland	226/1514	14,9	72/1194	6,0*
■ Gezinsleden met gastro-enteritis	221/1282	14,6	43/713	3,6*
■ Gebruik antacida	221/1501	14,6	100/1194	8,4*
■ Gebruik antibiotica	99/1498	6,5	29/1192	2,4*
Diarree	1137/1221	93,1	–	–
■ < 1 week	188/1221	15,4	–	–
■ 1-2 weken	313/1221	25,6	–	–
■ > 2 weken	636/1221	52,1	–	–
Buikpijn	944/1355	69,7	–	–
Koorts	185/1348	13,7	–	–
Braken	175/1346	13,0	–	–
Bloed in de feces	115/1345	8,6	–	–
Slijm in de feces	302/1343	22,5	–	–

Het getal na de deelstreep is het totaal aantal deelnemers dat de vraag had ingevuld.

* Significant ($p < 0,05$).

METHODE

Onderzoekspopulatie

Vier microbiologische laboratoria hebben het onderzoek uitgevoerd: Isala (Zwolle), LabMicta (Enschede), Streeklaboratorium Kennemerland (Haarlem) en Izore (Leeuwarden). In 2010 spraken zij af dat ieder laboratorium zou proberen fecesmonsters van 500 patiënten en 500 controles uit huisartsenpraktijken in de eigen regio in te brengen. De huisartsen konden blijven werken op dezelfde manier als zij altijd al deden. Huisartsen die besloten een fecesmonster in te sturen voor onderzoek op bacteriële of parasitaire verwekkers van gastro-enteritis, vroegen de patiënt mee te doen met het onderzoek en een vragenformulier in te vullen. De vragen betroffen leeftijd, geslacht, buitenlandse reizen, gezinsleden met klachten van gastro-enteritis, gebruik van antacida en antibiotica, en voor de patiënten: duur van de diarree, koorts, braken, buikpijn en slijm of bloed bij de ontlasting.

De onderzoekers vroegen de huisarts in kwestie om in dezelfde periode een patiënt te zoeken van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht die geen klachten had van gastro-enteritis, geen mensen met gastro-enteritis in de omgeving had en in de voorgaande twee weken geen antibiotica had gebruikt. Omdat al snel bleek dat het includeren van deze controlepersonen lastiger was dan gehoopt, nodigden de onderzoekers in elke regio ook voor leeftijdscategorie en geslacht gematchte, gezonde vrijwilligers uit die aan de inclusievoorwaarden voldeden. Ook de controlepersonen leverden een vers fecesmonster in en vulden het vragenformulier in.

Het onderzoek werd goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het UMCG onder de voorwaarde dat de uitslag van het fecesonderzoek niet bekendgemaakt zou worden aan de controlepersonen.

Fecesmonsters

De monsters werden gealiquoteerd, bij -80°C opgeslagen en geanalyseerd met multiplex real-time PCR. Om te voorkomen dat de analysemethoden die de verschillende laboratoria gebruikten van invloed zouden zijn op de uitkomst van het onderzoek, werd deze analyse dubbel uitgevoerd op een centraal laboratorium. De hier gepresenteerde resultaten zijn gebaseerd op de uitkomsten van het centrale laboratorium. Voor uitgebreide informatie over methode, primers en probes voor de real-time PCR's verwijzen wij naar de oorspronkelijke publicatie.⁴

Bij elke analyse werd als interne controle het zeehondherpesvirus aan het fecesmonster toegevoegd. Daarnaast werd gezocht naar *Campylobacter* spp., *Salmonella* spp., pathogene *Yersinia enterocolitica*, toxigene *Clostridium difficile*, *Shigella* spp. en entero-invasieve *Escherichia coli* (EIEC), enterohemorragische *E. coli* (EHEC), shigatoxineproducerende *E. coli* (STEC), *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium parvum* en *Cryptosporidium hominis*, *Dientamoeba fragilis*, enterotoxigene *E. coli* (ETEC), entero-aggregatieve *E. coli* (EAEC), atypische en typische enteropathogene *E. coli* (aEPEC en tEPEC).

Statistiek

Voor de verwerking van de data is SPSS versie 18 gebruikt. Dichotome variabelen werden berekend met de exacte toets van Fisher, voor categoriale variabelen met meer dan twee categorieën gebruikten we de chikwadraattoets of de exacte toets van Fisher indien het om kleine groepen ging. Continue variabelen analyseerden we met de Mann-Whitney-U-toets. Als maat voor significantie hielden we een waarschijnlijkheid aan van 95% (p -waarde 0,05).

RESULTATEN

Van de beoogde 4000 fecesmonsters konden er 2802 verzameld worden, waarvan we er 2710 hebben meegenomen in de analyse, 1515 van patiënten en 1195 van controlepersonen. De patiëntengroep en de controlegroep waren vergelijkbaar qua geslacht en leeftijd (wij onderscheidden vier leeftijdsgroepen: < 5 jaar, 5-20 jaar, 21-50 jaar; > 50 jaar). Aan alle inclusiecriteria werd voldaan, alleen lukte het niet altijd om binnen een maand na inclusie van een patiënt ook een fecesmonster van een controlepersoon te verkrijgen. De meeste deelnemers werden geïncludeerd tussen juli 2010 en december 2012. Van de 1195 controlepersonen werden er 644 (53,9%) geïncludeerd door de huisarts; de overige 551 werden geworven onder laboratoriummedewerkers of in hun familie- of vriendenkring. Van de 1505 patiënten vulden er 1221 het vragenformulier compleet in. [Tabel 1] bevat de klinische informatie uit de vragenlijsten. In de patiëntengroep maakte 93,1% melding van diarree en was buikpijn de op een na meest vermelde klacht (69,7%). Andere klachten, zoals slijm of bloed bij de ontlasting, braken en koorts, werden opvallend minder vaak gerapporteerd. Verder hadden de patiënten significant vaker dan de controlepersonen gereisd of antacida dan wel antibiotica gebruikt.

In de fecesmonsters van 788 patiënten (52,0%) en 584 con-

trolepersonen (48,9%) werden met PCR-fecesonderzoek één of meer micro-organismen aangetroffen. [Tabel 2] geeft een overzicht. *Campylobacter* spp, *Salmonella* spp, *Clostridium difficile*, *Shigella*/EIEC, ETEC, EAEC, aEPEC, *Cryptosporidium parvum/hominis* en *Giardia lamblia* werden significant vaker gevonden bij patiënten dan bij controlepersonen. tEPEC, EHEC en STEC kwamen niet significant vaker voor bij patiënten. Sommige veroorzakers van gastro-enteritis werden helemaal niet gevonden (*Entamoeba histolytica*), andere maar een enkele keer (*Yersinia enterocolitica*). Regelmatig vonden we ook meer dan één verwekker van gastro-enteritis in de feces.

Eén micro-organisme, *Dientamoeba fragilis*, werd juist significant vaker aangetroffen bij controlepersonen dan bij patiënten (37,3 versus 25,7%; $p < 0,001$). Als we *D. fragilis* niet meerekenen, dan werd in 35,7% van de patiënten een bekende verwekker van gastro-enteritis gevonden versus 19,2% van de controlepersonen ($p < 0,001$), en hadden ook significant meer patiënten dan controlepersonen een dubbelinfectie: respectievelijk 8,2% en 2,2%.

Tussen de vier leeftijdsgroepen bleken behoorlijke verschillen te bestaan. *C. difficile* en *G. lamblia* werden alleen in de groep ouder dan 50 significant vaker aangetroffen bij patiënten dan bij gezonde controlepersonen [tabel 3].

Een PCR-test geeft niet alleen aan of een bepaald micro-organisme al dan niet aanwezig is in een monster, maar ook hoeveel DNA van dat micro-organisme aanwezig is. Het resultaat van de test wordt uitgedrukt als een Ct-waarde, een semi-kwantitatieve maat voor de hoeveelheid aangetroffen DNA. Zit er veel DNA van een pathogeen in het fecesmonster, dan

Tabel 2 Aangetroffen verwekkers van gastro-enteritis bij PCR-fecesonderzoek van patiënten en gezonde controlepersonen

	Patiënt (n = 1515)		Controle (n = 1195)		p*
<i>Campylobacter</i> spp.	154	10,2%	33	2,8%	0,000
<i>Salmonella</i> spp.	28	1,8%	4	0,3%	0,000
Pathogene <i>Yersinia enterocolitica</i>	2	0,1%	0		0,507
<i>Clostridium difficile</i>	64	4,2%	21	1,8%	0,000
<i>Shigella</i> /EIEC	14	0,9%	0		0,000
EHEC	2	0,1%	2	0,2%	1,000
STEC	15	1,0%	22	1,8%	0,067
ETEC	48	3,2%	8	0,7%	0,000
EAEC	94	6,2%	34	2,8%	0,000
aEPEC	144	9,5%	84	7,0%	0,022
tEPEC	10	0,7%	10	0,8%	0,655
<i>Entamoeba histolytica</i>	0		0		–
<i>Giardia lamblia</i>	85	5,6%	33	2,8%	0,000
<i>Cryptosporidium parvum/hominis</i>	46	3,0%	10	0,8%	0,000
<i>Dientamoeba fragilis</i>	390	25,7%	446	37,3%	0,000

EAEC = enteroaggregatieve *Escherichia coli*; EHEC = enterohemorragische *E. coli*; EIEC = entero-invasieve *E. coli*; aEPEC = atypische enteropathogene *E. coli*; tEPEC = typische enteropathogene *E. coli*; ETEC = enterotoxische *E. coli*; STEC = shigatoxineproducerende *E. coli*.

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

komt de real-time PCR-reactie snel op gang en rolt er een lage Ct-waarde uit. De Ct-waarden voor *Campylobacter* spp, *Salmonella* spp, ETEC, tEPEC en *Cryptosporidium parvum/hominis* waren significant lager – meer DNA dus – in de feces van patiënten dan in de feces van controlepersonen. Dat is conform de verwachting. Dat gold ook voor *Clostridium difficile* en EAEC, maar dan alleen in het cohort 20-50 jaar, en voor aEPEC in het cohort < 5 jaar. Die trend in leeftijdscohorten kwam ook regelmatig voor bij

Tabel 3 Verwekkers van gastro-enteritis zoals aangetroffen bij PCR-fecesonderzoek van patiënten en gezonde controlepersonen, per leeftijdscategorie

	< 5 jaar			5-20 jaar			21-50 jaar			> 50 jaar		
n	152	104		313	208		557	445		493	428	
<i>Campylobacter</i> spp	4,6%	0%	0,044	8,9%	2,9%	0,006	10,8%	3,1%	0,000	12,0%	3,0%	0,000
<i>Salmonella</i> spp	0,7%	1,0	1,000	2,2%	1,0%	0,328	1,8%	0,2%	0,028	2,0%	0%	0,002
Pathogene <i>Yersinia enterocolitica</i>	0%	0%	–	0,3%	0%	1,000	0,2%	0%	1,000	0%	0%	–
<i>Clostridium difficile</i>	10,5%	14,4%	0,436	3,2%	1,0%	0,136	2,7%	0,9%	0,059	4,7%	0%	0,000
<i>Shigella</i> /EIEC	0,7%	0	1,000	0,6%	0%	0,519	1,3%	0%	0,019	0,8%	0%	0,128
EHEC	0%	0	–	0,3%	0%	1,000	0%	0,4%	0,197	0,2%	0%	1,000
STEC	0%	1,0%	0,406	0,6%	1,0%	0,653	1,4%	2,5%	0,252	1,0%	1,9%	0,402
ETEC	2,0%	1,0%	0,648	0,6%	0,5%	1,000	5,2%	0,9%	0,000	2,8%	0,5%	0,009
EAEC	7,2%	4,8%	0,601	3,8%	1,9%	0,301	7,0%	3,8%	0,037	6,5%	1,6%	0,000
aEPEC	21,7%	11,5%	0,044	7,3%	7,7%	0,867	9,0%	6,1%	0,095	7,7%	6,5%	0,524
tEPEC	3,9%	3,8%	1,000	0%	0,5%	0,399	0,2%	0%	1,000	0,6%	1,2%	0,483
<i>Entamoeba histolytica</i>	0%	0%	–	0%	0%	–	0%	0%	–	0%	0%	–
<i>Giardia lamblia</i>	9,2%	3,8%	0,135	7,7%	7,2%	1,000	4,3%	2,2%	0,081	4,7%	0,9%	0,001
<i>Cryptosporidium parvum/hominis</i>	7,9%	4,8%	0,446	2,9%	1,0%	0,213	3,8%	0,4%	0,000	0,8%	0,2%	0,380
<i>Dientamoeba fragilis</i>	32,2%	34,6%	0,787	46,3%	58,7%	0,007	20,3%	36,0%	0,000	16,8%	29,0%	0,000

EAEC = enteroaggregatieve *Escherichia coli*; EHEC = enterohemorragische *E. coli*; EIEC = entero-invasieve *E. coli*; aEPEC = atypische enteropathogene *E. coli*; tEPEC = typische enteropathogene *E. coli*; ETEC = enterotoxische *E. coli*; STEC = shigatoxineproducerende *E. coli*.

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

andere micro-organismen, zonder dat significantie bereikt werd.

Bijzonder was de situatie voor *Dientamoeba fragilis*. Niet alleen kwam dit micro-organisme significant vaker voor bij gezonde controlepersonen dan bij patiënten, maar ook de hoeveelheid DNA van *D. fragilis* was significant groter in de feces van controlepersonen (zie de uitgebreide grafieken in onze originele publicatie).⁴

BESCHOUWING

De patiënten in dit onderzoek werden gerekruteerd door een grote groep huisartsen voor wie de vier regionale laboratoria regelmatig medisch-microbiologische diagnostiek uitvoeren. Bij de onderzoekers bestond daarom de angst voor selectiebias, maar die bleek ongegrond. Bij niet-geïnccludeerde patiënten van wie de feces om dezelfde reden was ingestuurd als bij onze patiëntengroep (data zijn niet getoond), vonden wij nagenoeg dezelfde percentages positieve PCR-resultaten.

Aan ons onderzoek zat overigens wel een kwetsbare kant: er werden minder controlepersonen geïnccludeerd dan patiënten. Bovendien waren alle controlepersonen weliswaar gezond en voldeden ze aan de inclusiecriteria, maar waren ze niet allemaal gerekruteerd in de deelnemende huisartsenpraktijken.

Het is interessant om te zien in hoeverre de huisartsen die meewerkten aan het onderzoek zich conformeren aan de herziene NHG-Standaard Acute diarree voor wat betreft de indicaties voor aanvullend onderzoek. [Tabel 2] laat duidelijk zien dat dit zo is. Met name bij kort bestaande diarree wacht de huisarts af, en ruim 80% van de aanvragen voor PCR-onderzoek betrof persisterende diarree. Maar ook andere criteria zoals bloed en slijm bij de ontlasting komen regelmatig voor.

Dientamoeba fragilis

Men mag verwachten dat micro-organismen die gastro-enteritis veroorzaken vaker worden aangetroffen in de feces van patiënten dan in die van gezonde personen. Voor de meeste micro-organismen die wij onderzochten klopt dat ook, behalve voor STEC en tEPEC. Opvallend zijn onze bevindingen inzake *Dientamoeba fragilis*. Deze parasiet wordt sinds de invoering van de TFT heel veel gevonden in de ontlasting van kinderen met buikpijn en wordt sindsdien om die reden ook vaak behandeld.⁵ Wij troffen *D. fragilis* bij patiënten echter juist significant minder vaak en in lagere hoeveelheden aan dan bij gezonde controlepersonen. In een eerder Nederlands onderzoek op basis van microscopie werd *D. fragilis* ook al vaak aangetroffen bij patiënten én bij controlepersonen, maar was het verschil niet significant.⁶ Al met al was deze uitkomst voor drie van de vier deelnemende laboratoria reden om *D. fragilis* niet langer als darmpathogeen te beschouwen en niet langer te screenen op de aanwezigheid van deze parasiet in de feces van patiënten met gastro-enteritis. Een recent gerandomiseerd, dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit van metronidazol bij buikpijn ondersteunt dit standpunt: metronidazol had geen significant beter effect op

de klachten dan placebo, terwijl bij veel deelnemers *D. fragilis* niet meer gedetecteerd werd.⁷ Ook een ander recent Nederlands onderzoek vond geen steun voor de rol van *D. fragilis* bij chronische buikpijn.⁸

STEC

Een andere opvallende bevinding betrof STEC. Er is een aan gifteplicht voor gastro-enteritis door STEC, onder groep B2. In 2012 nog overleden in Duitsland vijftig mensen aan een voedselgerelateerde STEC-uitbraak. Het verschil was weliswaar net niet significant, maar in de feces van patiënten vonden wij minder vaak STEC dan in de feces van gezonde controlepersonen. Wij denken dat de detectie van stx1- en stx2-genen met PCR te weinig differentieert om pathogene vormen van STEC op te sporen. Er is onderzoek gaande dat wijst op het bestaan van specifieke STEC-pathotypes die geassocieerd zijn met ernstige gastro-enteritis en die zelfs het hemolytisch-uremisch syndroom kunnen veroorzaken. Het is duidelijk dat alleen deze pathotypes aan de GGD gemeld zouden moeten worden.

Giardia en *Clostridium*

Opvallend was verder dat sommige micro-organismen, zoals *G. lamblia* en *C. difficile*, alleen in bepaalde leeftijdscategorieën een hogere prevalentie hadden. *Giardia* wordt toch echt als een darmpathogeen beschouwd waarvan vooral kinderen last hebben, maar wij vonden alleen een significant verschil bij patiënten ouder dan 50 jaar, niet bij patiënten jonger dan 20 en ook niet bij kinderen onder de 5. Kennelijk is er sprake van veel asymptomatisch dragerschap van *G. lamblia* bij kinderen.

Een vergelijkbaar beeld zien we voor *C. difficile*. Bekend is dat kleine kinderen, in tegenstelling tot ouderen, vaak drager zijn van *C. difficile* zonder dat zij klachten hebben.⁹ Ons onderzoek bevestigde dit: wij troffen *C. difficile* in de leeftijdsgroep < 5 jaar net zo vaak bij patiënten als bij controlepersonen aan. Dat gold overigens voor alle deelnemers tot 50 jaar. Echter bij 50-plussers, de leeftijdsgroep waar de meeste problemen met *C. difficile* gezien worden, was het verschil wel significant en kwam asymptomatisch dragerschap niet voor. Opnieuw een aanwijzing dat men omzichtig moet omspringen met PCR-resultaten.

De betekenis van Ct-waarden

Bij aanvang hoopten we dat ons onderzoek uitsluitsel zou kunnen geven of, bij een positieve uitslag van de PCR, de Ct-waarde voorspellend zou zijn voor gastro-enteritis. Er wordt wel gezegd dat de PCR-uitslag alleen klinische betekenis heeft wanneer de Ct-waarde onder een bepaalde grens blijft en de hoeveelheid aangetroffen DNA dus groot genoeg is. In ons onderzoek blijkt zo'n duidelijke tweedeling er alleen te zijn voor *Salmonella* en ETEC, met bij alle patiënten een Ct-waarde ≤ 33. Voor *Salmonella* spp en ETEC, maar ook voor *Campylobacter* spp en *Cryptosporidium parvum/hominis*, vonden wij in alle leeftijdscategorieën significant lagere Ct-waarden bij patiënten, maar zagen we incidenteel ook een lage Ct-waarde bij controlepersonen. Voor *Clostridium difficile*, EAEC en aEPEC ligt het nog

complexer: we vonden alleen verschillen in bepaalde leeftijds-categorieën. En bij STEC en *D. fragilis* vonden wij juist omgekeerde verschillen: patiënten hadden hogere Ct-waarden.

Ons onderzoek maakt duidelijk dat PCR-uitslagen een genuanceerde interpretatie vereisen. Het simpele 'positief' of 'negatief' geeft geen adequaat antwoord op de vraag of de klachten veroorzaakt worden door die bepaalde bacterie of parasiet. Ook een min of meer kwantitatieve uitslag zoals de Ct-waarde laat lang niet altijd een eenduidige interpretatie toe. De interpretatie van de PCR-uitslag, en dus de terugkoppeling naar de aanvrager – in het geval van gastro-enteritis is dat bijna altijd de huisarts – blijft maatwerk.

Ondanks deze nuancerings heeft de introductie van de PCR in de praktijk vooral voordelen opgeleverd, met name een vermindering van het aantal onnodige coloscopieën. PCR-fecesdiagnostiek is zeer sensitief en de methode is bij aanvragende huisartsen al zo bekend dat fecesonderzoek binnen één ziekteperiode zelden meer herhaald hoeft te worden. Eén van de vier deelnemende laboratoria doet voor patiënten met bloedrijge diarree ook in het weekend PCR-onderzoek en koppelt een positief testresultaat actief terug naar de huisarts.

In Nederland is eerder patiënt-controleonderzoek gedaan naar verwekkers van gastro-enteritis, toen nog vooral met kweek en microscopie.⁶ Opmerkelijk is dat in dat onderzoek dezelfde percentages positieve fecesmonsters gevonden werden als in ons onderzoek met de veel sensitievere PCR-methode (met uitzondering van *Shigella/EIEC*, *C. parvum/hominis* en *D. fragilis*).² Dat wijst erop dat salmonellose en campylobacteriose minder vaak voorkomen, wellicht als gevolg van betere hygiëne en grotere alertheid bij de voedselbereiding, thuis en in de voedingsindustrie.² Een recent rapport van de European Food and Safety Authority bevestigt deze hoopvolle ontwikkeling.¹⁰

CONCLUSIE

Met PCR-onderzoek zijn in de feces van patiënten met gastro-enteritis significant verhoogde prevalenties te vinden van bepaalde micro-organismen. In combinatie met een hogere DNA-load (lagere Ct-waarde) levert dat voor de meeste van de hier onderzochte micro-organismen een sterke aanwijzing dat het betreffende micro-organisme inderdaad het gezochte pathogeen is. Bij de meeste onderzochte micro-organismen was de overlap in DNA-load tussen patiënten en controlepersonen echter zodanig groot dat deze parameter voor de individuele patiënt geen zekerheid biedt. Alleen voor *Salmonellae* en ETEC zal een lage Ct-waarde het pathogeen met zekerheid aanwijzen.

Twee opmerkelijke bevindingen betreffen *E. coli* en *D. fragilis*. Ten eerste is het aantreffen van *stx1*- en *stx2*-genen niet voldoende om te concluderen dat STEC/EHEC de klachten veroorzaakt, want de PCR-test differentieert te weinig tussen pathogene en niet-pathogene vormen van deze bacterie. Ten tweede maken onze bevindingen het onwaarschijnlijk dat *D. fragilis* een darmpathogeen is.

De indicaties voor aanvullend onderzoek bij gastro-enteritis, zoals de NHG-Standaard Acute diarree die aangeeft, worden door huisartsen in het algemeen goed gevolgd. Bij het fecesonderzoek heeft een PCR-test evidente voordelen boven kweek en TFT in termen van sensitiviteit en snelheid, maar men moet voorzichtig zijn bij de interpretatie: ook de resultaten van een PCR krijgen pas waarde in samenhang met andere klinische en achtergrondgegevens.

DANKWOORD

Wij bedanken alle huisartsen die aan het onderzoek hebben meegewerkt. Onze speciale dank gaat uit naar Alewijn Ott, arts-microbioloog/epidemioloog van Certe, Groningen, die meehielp het onderzoek te ontwerpen. ■

LITERATUUR

1. Belo J, Bos ML, Brühl PC, Lemmen WH, Pijpers MAM, Van den Donk M, NHG-Standaard Acute diarree. www.nhg.org.
2. De Boer RF, Ott A, Güren P, Van Zanten E, Van Belkum A, Kooistra-Smid AM. Detection of *Campylobacter* species and *Arcobacter butzleri* in stool samples by use of real-time multiplex PCR. *J Clin Microbiol* 2013;51:253-9.
3. Bruijnesteijn van Coppenraet LE, Wallinga JA, Ruijs GJ, Bruins MJ, Verweij JJ. Parasitological diagnosis combining an internally controlled real-time PCR assay for the detection of four protozoa in stool samples with a testing algorithm for microscopy. *Clin Microbiol Infect* 2009;15:869-74.
4. Bruijnesteijn van Coppenraet LE, Dullaert-de Boer M, Ruijs GJ, Van der Reijden WA, Van der Zanden AG, Weel JF, Schuurs TA. Case-control comparison of bacterial and protozoan microorganisms associated with gastroenteritis: application of molecular detection. *Clin Microbiol Infect* 2015;21:592.e9-19.
5. Bosman DK, Benninga MA, Van de Berg P, Kooijman GCL, Van Gool T. *Dientamoeba fragilis*: een mogelijk belangrijke oorzaak van persisterende buikpijn bij kinderen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:575-9.
6. De Wit MA, Koopmans MP, Kortbeek LM, Van Leeuwen NJ, Bartelds AI, Van Duynhoven YT. Gastroenteritis in sentinel general practices, The Netherlands. *Emerg Infect Dis* 2001;7:82-91.
7. Röser D, Simonsen J, Stensvold CR, Olsen KE, Bytzer P, Nielsen HV, et al. Metronidazole therapy for treating *dientamoebiasis* in children is not associated with better clinical outcomes: a randomized, double-blinded and placebo-controlled clinical trial. *Clin Infect Dis* 2014;58:1692-9.
8. De Jong MJ, Kortbeek LM, Benninga MA, Hilbink M, Widdershoven J, Deckers-Kocken JM. *Dientamoeba fragilis* and chronic abdominal pain in children: a case-control study. *Arch Dis Child* 2014;99:1109-13.
9. Leffler DA, Lamont JT. *Clostridium difficile* infection. *N Engl J Med* 2015;372:1539-48.
10. Scientific opinion on VTEC-seropathotype and scientific criteria regarding pathogenicity assessment. *EFSA Journal* 2013;11:3138.



X-sinus: geen toegevoegde waarde voor de huisarts

Samenvatting

Venekamp RP, Cals JWL. X-sinus: geen toegevoegde waarde voor de huisarts. *Huisarts Wet* 2016;59(7):302-3

Acute rhinosinusitis is een veelvoorkomende aandoening in de huisartsenpraktijk. Ofschoon de X-sinus geen plek heeft in de NHG-Standaard Acute rhinosinusitis vragen huisartsen nog geregeld een X-sinus aan. De X-sinus heeft echter onvoldoende diagnostische waarde en is niet bruikbaar om patiënten te selecteren bij wie een antibioticum effectiever is. Daarom heeft de X-sinus geen behandelconsequenties bij patiënten met klachten die passen bij acute rhinosinusitis. Bij verdenking op acute rhinosinusitis staat de X van X-sinus dus gewoon voor 'niet doen'.

INLEIDING

In dit artikel bespreken we de waarde van de X-sinus voor de huisarts. We richten ons op het nut van de X-sinus bij het aantonen en uitsluiten van de diagnose acute rhinosinusitis en de gevolgen die deze aanvraag kan hebben voor het therapeutische beleid. Onze aanbeveling voor de dagelijkse praktijk vindt u in de laatste zin van dit artikel. Hieronder leest u hoe we tot deze conclusie komen.

Het natuurlijk beloop van een acute rhinosinusitis is over het algemeen gunstig, want circa 90% van de patiënten is binnen drie weken klachtenvrij. Daarnaast is de incidentie van ernstige complicaties zeer laag.¹ Zowel nationale als internationale richtlijnen adviseren terughoudendheid bij het voorschrijven van antibiotica bij patiënten met klinisch gediagnosticeerde acute rhinosinusitis.²⁻⁴ Hoewel Nederland wat betreft deze indicatie tot de landen met het laagste aantal antibioticumvoorschriften behoort, krijgt in ons land circa de helft van alle patiënten met een acute rhinosinusitis nog een antibioticum.^{5,6} De wensen en eerdere ervaringen van de patiënt spelen hierbij mogelijk een rol, hoewel onderzoek heeft aangetoond dat bij het daadwerkelijk voorschrijven van een antibioticum de vooronderstellingen van de huisarts over de wens van de patiënt om een antibioticum te ontvangen een belangrijke rol spelen.⁷ Dat huisartsen bij dit ziektebeeld relatief vaak antibiotica voorschrijven komt misschien ook doordat ze merken dat bepaalde patiënten wel degelijk goed reageren op een antibioticum. Helaas heeft een meta-analyse van individuele patiëntgegevens aangetoond dat deze observatie niet wetenschappelijk onderbouwd kan worden: er is op basis van klinische gronden (inclusief lichamenlijk onderzoek) geen subgroep aan te wijzen die meer baat heeft bij een antibioticum.⁸ Met een röntgenopname van de holten kan men mucosazwel-

ling en sluijing van de holten zien, die kunnen wijzen op een ontsteking van de neus- en bijholten. Ofschoon de X-sinus geen plek heeft in de NHG-Standaard Acute rhinosinusitis vragen huisartsen nog geregeld een X-sinus aan.² Zo hebben huisartsen in het adherentiegebied van een Limburgs ziekenhuis in 2013 en 2014 in totaal respectievelijk 531 en 347 maal een X-sinus aangevraagd en bleek dit type aanvullend onderzoek in een regionaal ziekenhuis in Leiden 0,8% van het totaal door de huisarts aangevraagde radiologische onderzoeken te beslaan. De vraag is of aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld in de vorm van een X-sinus, een bijdrage kan leveren aan de diagnostiek én de beslissing om al dan niet een antibioticum voor te schrijven bij patiënten met klachten die passen bij een acute rhinosinusitis.

DE WAARDE VAN DE X-SINUS

De diagnostische waarde

Bij de interpretatie van een X-sinus kan men verschillende criteria aanhouden om de diagnose acute rhinosinusitis te stellen: mucosazwelling, een vloeistofspiegel of volledige sluijing. Bij zowel een systematische review⁹ als een meta-analyse¹⁰ van zes onderzoeken met bijna duizend patiënten heeft men gekeken naar de relatie tussen deze bevindingen op een X-sinus en het aspiraats dat men vond bij een sinuspunctie. Hierbij hebben de onderzoekers de aanwezigheid van slijm, pus of vocht bij de sinuspunctie als referentiestandaard voor de diagnose acute rhinosinusitis genomen. Voor de sensitiviteit en specificiteit blijkt het heel belangrijk te zijn waarnaar men op de X-sinus kijkt. Wanneer men naar een vloeistofspiegel of volledige sluijing kijkt, dan blijken de sensitiviteit en specificiteit respectievelijk 0,73 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,60 tot 0,83) en 0,80 (95%-BI 0,71 tot 0,87) te bedragen. Wanneer men tevens mucosazwelling waarneemt op de X-sinus en deze toevoegt aan de eerder genoemde criteria, dan bedragen de sensitiviteit en specificiteit respectievelijk 0,90 (95%-BI 0,68 tot 0,97) en 0,61 (95%-BI 0,20 tot 0,91). Belangrijk hierbij is wel dat slechts twee onderzoeken in de eerste lijn plaatsvonden en dat dat juist de twee onderzoeken met de laagste sensitiviteit betrof (respectievelijk 0,61 en 0,63).^{11,12}

Op grond van bovenstaande gegevens blijkt een vloeistofspiegel of volledige sluijing op de X-sinus – bij een geschatte

De kern

- Huisartsen vragen geregeld de X-sinus aan voor de diagnostiek van acute rhinosinusitis.
- De diagnostische waarde van de X-sinus is te beperkt om acute rhinosinusitis te kunnen aantonen of uitsluiten.
- De X-sinus is niet bruikbaar om patiënten te selecteren bij wie een antibioticum effectiever is en heeft derhalve geen behandelconsequenties.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. R.P. Venekamp, huisarts-onderzoeker. UMC Utrecht, afdeling Keel-, Neus- en Oorheelkunde, Divisie Heelkunde: dr. R.P. Venekamp, huisarts-onderzoeker. Universiteit Maastricht, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI School for Public Health and Primary Care: dr. J.W.L. Cals, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: R.P.Venekamp@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

prevalentie van acute rhinosinusitis van 50% bij patiënten met typische klachten – de kans op acute rhinosinusitis te verhogen naar 78%, terwijl een negatieve X-sinus de kans naar 25% verlaagt.¹⁰ Daarnaast is het de vraag of het aspiraatspunctie wel de beste referentiestandaard is, want mogelijk zorgt deze definitie voor een overschatting van het aantal bacteriële acute rhinosinuitiden, en de daarmee gepaard gaande testeigenschappen van de X-sinus. De testeigenschappen van een X-sinus zijn dus onvoldoende om de aan- of afwezigheid van een acute bacteriële rhinosinusitis te voorspellen.

Behandelconsequenties

Betere diagnostiek is alleen relevant als we daardoor de behandeling en dus de prognose van het ziektebeeld (voordelig) kunnen beïnvloeden. Kunnen afwijkingen op de X-sinus bijdragen aan het aanwijzen van een subgroep van patiënten met klachten die passen bij een acute rhinosinusitis en die meer baat hebben bij een antibioticum? Een dubbelblind, placebogecontroleerd gerandomiseerd onderzoek heeft deze hypothese getoetst in Nederlandse huisartsenpraktijken bij 214 patiënten met afwijkingen op de X-sinus.¹³ Na twee weken bleek het percentage patiënten bij wie de klachten substantieel verbeterd of verdwenen waren in de groep die een behandeling kreeg met amoxicilline 750 mg driemaal daags niet te verschillen met dat in de groep die een placebo kreeg (respectievelijk 83% versus 77%). De X-sinus draagt bij patiënten met klachten die passen bij een acute rhinosinusitis dus niet bij aan het selecteren van een groep patiënten die meer baat hebben bij antibiotica.

BESCHOUWING

Op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek en X-sinus kunnen we bij patiënten met klachten die passen bij een acute rhinosinusitis tot op heden geen subgroep aanwijzen die meer dan andere patiënten baat heeft bij behandeling met een antibioticum. Een Noors onderzoek uit 1996 heeft aangetoond dat behandeling met antibiotica veel effectiever was dan een placebo bij patiënten met klachten die passen bij een acute rhinosinusitis én met een vloeistofspiegel of complete sluiting op de CT-scan.¹⁴ Een goede verklaring voor deze opvallende bevinding ontbreekt en men heeft tot op heden nooit vervolgonderzoek gedaan dat de resultaten bevestigt (of ontkracht). Bovendien wegen eventuele voordelen van het routinematig verrichten van een CT-scan bij patiënten met klinisch gediagnosticeerde acute rhinosinusitis niet op tegen de nadelen (zoals kosten- en stralenbelasting). Andere zinvolle aanvullende diagnostische tests zijn er tot op heden niet. Daarmee blijft rhinosinusitis gewoon een diagnose op basis van anamnese en beperkt lichamelijk onderzoek.

CONCLUSIE

De X-sinus heeft onvoldoende diagnostische waarde en heeft geen behandelconsequenties bij patiënten met klachten die passen bij acute rhinosinusitis. Bij vermoeden van acute rhinosinusitis staat de X van X-sinus dus gewoon voor 'niet doen'. ■

Dit artikel maakt onderdeel uit van de serie 'Zinnig en zuinig: kritisch over diagnostiek'.

LITERATUUR

- 1 Hansen FS, Hoffmans R, Georgalaz C, Fokkens WJ. Complications of acute rhinosinusitis in the Netherlands. *Fam Pract* 2012;29:147-53.
- 2 Venekamp RP, De Sutter A, Sachs A, Bons SCS, Wiersma Tj, De Jongh E. NHG-Standaard Acute rhinosinusitis. www.nhg.org.
- 3 Rosenfeld RM, Piccirillo JF, Chandrasekhar SS, Brook I, Ashok Kumar K, Kramper M, et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2015;152:S1-S39.
- 4 National Institute for Health and Care Excellence. Respiratory tract infections: prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care, 2008. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg69/resources/guidance-respiratory-tract-infections-antibiotic-prescribing-pdf>.
- 5 Venekamp RP, Rovers MM, Verheij TJ, Bonten MJ, Sachs AP. Treatment of acute rhinosinusitis: discrepancy between guideline recommendations and clinical practice. *Fam Pract* 2012;29:706-12.
- 6 Van den Broek d'Obrenan J, Verheij TJ, Numans ME, Van der Velden AW. Antibiotic use in Dutch primary care: relation between diagnosis, consultation and treatment. *J Antimicrob Chemother* 2014;69:1701-7.
- 7 Akkerman AE, Kuyvenhoven MM, Van der Wouden JC, Verheij TJ. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. *J Antimicrob Chemother* 2005;56:930-6.
- 8 Young J, De Sutter A, Merenstein D, Van Essen GA, Kaiser L, Varonen H, et al. Antibiotics for adults with clinically diagnosed acute rhinosinusitis: a meta-analysis of individual patient data. *Lancet* 2008;371:908-14.
- 9 Varonen H, Makela M, Savolainen S, Laara E, Hilden J. Comparison of ultrasound, radiography, and clinical examination in the diagnosis of acute maxillary sinusitis: a systematic review. *J Clin Epidemiol* 2000;53:940-8.
- 10 Engels EA, Terrin N, Barza M, Lau J. Meta-analysis of diagnostic tests for acute sinusitis. *J Clin Epidemiol* 2000;53:852-62.
- 11 Laine K, Määttä T, Varonen H, Mäkelä M. Diagnostic acute maxillary sinusitis in primary care: a comparison of ultrasound, clinical examination and radiography. *Rhinology* 1998;36:2-6.
- 12 Van Buchem L, Peeters M, Beaumont J, Knottnerus JA. Acute maxillary sinusitis in general practice: the relation between clinical picture and objective findings. *Eur J Gen Pract* 1995;1:155-60.
- 13 Van Buchem FL, Knottnerus JA, Schrijnemaekers VJJ, Peeters MF. Primary-care-based randomised placebo-controlled trial of antibiotic treatment in acute maxillary sinusitis. *Lancet* 1997;349:683-7.
- 14 Lindbaek M, Hjortdahl P, Johnsen UL. Randomised, double blind, placebo controlled trial of penicillin V and amoxycillin in treatment of acute sinus infections in adults. *BMJ* 1996;313:325-9.

Abstract

Venekamp RP, Cals JWL. Sinus X-ray is not of value to general practitioners. *Huisarts Wet* 2016;59(7):302-3.

Acute rhinosinusitis is a common disorder in general practice. Although sinus X-ray has not been included in the NHG (Dutch College of General Practitioners) guideline 'Acute rhinosinusitis', general practitioners often order this investigation. However, sinus X-ray is of limited diagnostic value and is not useful for determining in which patients antibiotics will be effective. As findings have no consequences for the treatment of patients with symptoms of acute rhinosinusitis, the investigation should not be ordered when this condition is suspected.

Tamsulosine niet langer aanbevolen voor behandeling urinestenen

De NHG-Standaard Urinesteenlijden is herzien. Niet langer wordt tamsulosine aanbevolen voor de behandeling van urinestenen.

Zie voor de herziene NHG-Standaard Urinesteenlijden www.nhg.org. ■

NHG-Werkgroep Urinesteenlijden

Aanleiding voor de herziening van de aanbeveling over tamsulosine is het verschijnen van nieuwe onderzoeken. Deze onderzoeken rapporteren geen verschil in tijd tot steenlozing en andere uitkomsten tussen tamsulosine en placebo. Deze resultaten zijn tegenstrijdig aan de conclusie over het effect van tamsulosine in de NHG-Standaard Urinesteenlijden uit 2015. Dit is reden geweest de aanbeveling over tamsulosine te herzien. In plaats van het gebruik van tamsulosine te bespreken met de patiënt, wordt tamsulosine niet langer meer aanbevolen omdat er geen klinisch relevante voordelen van tamsulosine zijn met betrekking tot steenlozing, pijn, gebruik van pijnmedicatie en tijd tot steenlozing.



Eerste NHG-Behandelrichtlijnen gepubliceerd

In juni 2016 zijn de eerste NHG-Behandelrichtlijnen over brandwonden, dermatitis perioralis, menstruatie-uitstel, misselijkheid en braken door gastro-enteritis en Mollusca contagiosa op www.nhg.org gepubliceerd. NHG-Behandelrichtlijnen volgen de structuur en indeling van NHG-Standaarden, zodat u snel de informatie kunt vinden die u zoekt.

De richtlijnen bestaan uit korte aanbevelingen, gefocust op beleid. De belangrijkste aanbevelingen zijn onderbouwd in eindnoten.

In de loop van 2016 en 2017 worden de behandelrichtlijnen gepubliceerd op www.nhg.org; de vroegere Farmacotherapeutische richtlijnen worden

allemaal herzien en omgezet in behandelrichtlijnen. Er zullen ook nieuwe onderwerpen uitkomen.

Aan de hand van de NHG-Behandelrichtlijnen wordt de informatie aangepast op Thuisarts.nl, in het NHG-voorschriftsysteem in uw huisartseninformatiesysteem en in de NHG-uitgave *Farmacotherapie voor de huisarts*.

Wat missen patiënten in het consult?

De meeste patiënten zijn van mening dat hun huisarts zorg biedt op een manier die zij belangrijk vinden. Niet alle patiënten verwachten echter dat hun huisarts er begrip voor heeft dat zij soms moeite hebben om hun verhaal te vertellen of voor wensen als het consulteren van een arts uit het buitenland, terwijl veel patiënten dit wel belangrijk vinden.

Patiënten denken vrijwel hetzelfde over wat belangrijk is aan de manier waarop hun huisarts zorg biedt. Patiënten verwachten dat de meeste aspecten van huisartsenzorg die zij belangrijk vinden tijdens een consult ook aan bod komen, blijkt uit een onderzoek binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL uit mei 2015. We zoomen in op aspecten van huisartsenzorg die patiënten belangrijk vinden, maar waarvan niet alle patiënten verwachten dat hun huisarts dit doet. Ook kijken we bij wie dit vooral speelt (zie [Figuur]).

TONEN VAN BEGRIIP

Zesennegentig procent van de patiënten vindt (eigenlijk) dat hun huisarts goed naar hen luistert. Meer dan één op de tien denkt dat hun huisarts er geen rekening mee houdt dat het verwoorden van problemen soms moeilijk voor hen kan zijn, terwijl bijna alle patiënten dit wel belangrijk vinden. Dit geldt vooral voor 65-plussers en lager opgeleiden.

BETREKKEN VAN ANDEREN BIJ HET CONSULT

Huisartsen nemen beslissingen op een wijze die patiënten prettig vinden. Veel patiënten verwachten dat hun huisarts hen mee laat beslissen over de behandeling (93%). Ook rekenen veel patiënten op begrip van hun huisarts als ze iemand anders meenemen naar een consult (96%). Verder verwacht 95% van de patiënten dat hun huisarts hen doorverwijst naar een medisch specialist als

zij dit willen. Het is opvallend dat bijna één op de vijf (eigenlijk) niet verwacht dat hun huisarts begrip zal tonen als zij een arts uit het buitenland willen raadplegen, vooral ouderen.

ANDERE HUISARTS KIEZEN

Patiënten vinden het belangrijk dat hun huisarts bereid is om te praten over fouten of zaken die niet goed liepen. Ook vinden veel patiënten het belangrijk dat zij hun medisch dossier in kunnen zien en dat als het niet 'klikt' zij naar een andere huisarts kunnen overstappen. Ongeveer één op de tien patiënten verwacht dat hun eigen huisarts dit (eigenlijk) niet toestaat.

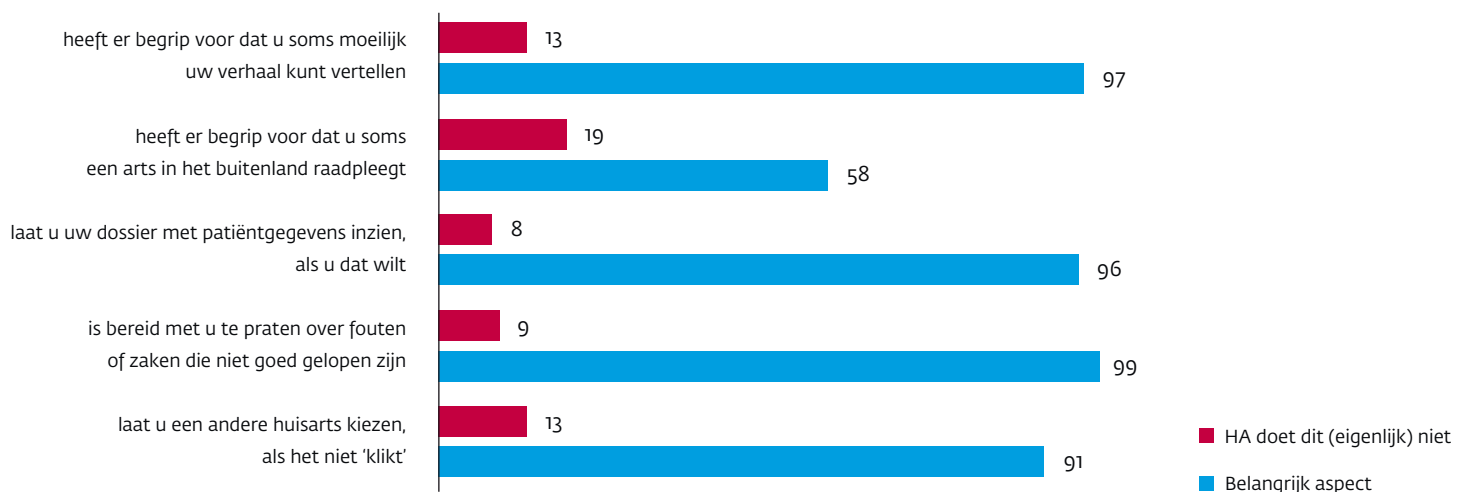
PEILEN EN REKENING HOUDEN MET

Huisartsen kunnen specifieke onderwerpen aankaarten tijdens een consult. Het hangt van de situatie af welke onderwerpen de aandacht vereisen van de huisarts. De 'juridische' kant van de huisartsenzorg hoeft niet in elk afzonderlijk consult met dezelfde patiënt besproken te worden. Huisartsen kunnen expliciet vragen of patiënten verwachten dat er anderen betrokken worden bij de zorg, zoals een arts in het buitenland. Bovendien kunnen huisartsen peilen of patiënten de ruimte ervaren om op hun eigen manier hun verhaal te verwoorden, zeker bij oudere patiënten, en hier rekening mee houden tijdens het bespreken van klachten. ■

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een project van het NIVEL en bestaat momenteel uit bijna 12.000 personen van 18 jaar en ouder. In mei 2015 ontving een steekproef van 2.116 panelleden een vragenlijst over onder andere het belang van en de verwachtingen over huisartsenzorg. De respons was 46% (n = 974). Voor meer informatie over het panel kunt u terecht op www.nivel.nl/consumentenpanel of mailen naar consumentenpanel@nivel.nl.

Figuur Het belang en de verwachting van vijf aspecten van huisartsenzorg volgens patiënten (n = 687 - n = 884).

De huisarts, bij wie u op dit moment als patiënt staat ingeschreven, ...





Telefonische triage op de huisartsenpost

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag, waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van: N. Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

Hoe adequaat en veilig is de telefonische triage op de huisartsenpost voor patiënten met verdenking op een acuut coronair syndroom?

HUIDIG BELEID

Op de huisartsenpost vindt initieel contact met de patiënt plaats via telefonische triage. Sinds 2011 wordt bij de meeste huisartsenposten de Nederlands Triage Standaard (NTS) gebruikt als beslishulp voor de urgentiebepaling. Deze beslishulp is ontwikkeld om het beslisproces en de patiëntveiligheid in de spoedzorg te verbeteren door gestructureerde urgentiebepaling, waarbij er gecategoriseerd wordt van U1 (hoog urgent) tot U5 (laag urgent). Of deze verbetering daadwerkelijk heeft plaatsgevonden, is nog onduidelijk. Ondanks het bestaan van diagnostische beslishulpen wordt telefonische triage als een complexe en uitdagende taak gezien. Vooral wanneer het om de verdenking van acute cardiovasculaire ziekten gaat, waarbij het van levensbelang kan zijn dat een patiënt snel de juiste zorg krijgt toegewezen.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Op de huisartsenpost betreft ongeveer 5-10% van de contacten een hoog urgente zorgvraag, veel van deze contacten gaan over acute cardiovasculaire ziekten. In de provincie Utrecht vinden er jaarlijks in totaal gemiddeld 10-15 calamiteiten plaats op alle huisartsenposten, waarbij het in meer dan 75% van de gevallen gaat om het missen van dergelijke diagnoses en het niet toewijzen van de juiste urgentie. Dit betreft met name het acuut coronair syndroom en de acute aneurysma aorta abdominalis. Het missen van een van deze diagnoses kan leiden tot permanente cardiale of cerebrale schade of de dood. Tijdige herkenning van deze acute cardiovasculaire ziekten is dan ook cruciaal. Alhoewel de sterfte door hart- en vaatziekten de laatste decennia sterk is gedaald, is het in Nederland nog altijd een belangrijke doodsoorzaak met bijna 40.000 sterfgevallen per jaar.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Wetenschappelijke literatuur over het beslissingsproces op de huisartsenpost is beperkt. De meeste diagnostische cardiovasculaire beslisseregels zijn gebaseerd op patiënten uit de tweedelijns zorg, zoals de Spoed Eisende Hulp, en bevatten vaak aanvullende onderzoeken zoals elektrocardiogram, troponinebepaling en beeldvorming. Daarnaast is op de huisartsenpost de a-priorikans op acute cardiovasculaire ziekten kleiner, wat maakt dat gepubliceerde onderzoeksresultaten vaak niet toepasbaar zijn in deze setting.¹ Bij telefonische triage staat de initiële klachtenpresentatie met voorgeschiedenis en patiëntkarakteristieken centraal en is er geen mogelijkheid voor aanvullend onderzoek. De klachtenpresentatie kan anders zijn afhankelijk van onder andere geslacht, leeftijd, comorbiditeit en etniciteit. Vrouwen presenteren zich bijvoorbeeld vaker zonder pijn op de borst, waardoor de diagnose moeilijker herkenbaar is.² Van alle patiënten die verwezen worden naar het ziekenhuis op verdenking van acuut coronair syndroom blijkt dit bij ongeveer 15% daadwerkelijk het geval te zijn. De NTS is een computerondersteunde beslishulp die door een expert-panel is samengesteld met elementen van de NHG Triage Wijzer en de Manchester Triage Standaard. Onderzoek naar de validatie van de NTS is uitsluitend gedaan met surrogaatmarkers als uitkomst. Zo werd de associatie bepaald tussen het urgentieniveau en het aantal verwijzingen naar de eerste hulp en het aantal zelfzorgadviezen.³ Er is nog geen onderzoek gedaan naar de relatie van de urgentiebepaling met de uiteindelijke diagnose, waarbij gekeken wordt of de patiënt terecht een hoge of lage urgentie heeft gekregen voor de al dan niet gediagnosticeerde ziekte.

CONCLUSIE

De telefonische triage van patiënten met thoracale klachten is lastig. Indien het gaat om het herkennen van patiënten verdacht voor acuut coronair syndroom, is adequate triage van levensbelang. De NTS is inmiddels een veelgebruikte beslishulp op de huisartsenposten, maar de diagnostische accuratesse in geval van verdenking op acute cardiovasculaire ziekte is nog niet nagegaan.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is de diagnostische accuratesse van de NTS bij de hoge urgenties U1 en U2 bij patiënten met verdenking op een acuut coronair syndroom op de huisartsenpost? ■

LITERATUUR

- 1 McConaghy JR, Oza RS. Outpatient diagnosis of acute chest pain in adults. *Am Fam Physician* 2013;87:177-82.
- 2 Canto JC, Rogers WJ, Goldberg RJ, Peterson ED, Wenger NK, Vaccarino V. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. *JAMA* 2012;307:813-22.
- 3 Van Ierland Y, Van Veen M, Huibers L, Giesen P, Moll HA. Validity of telephone and physical triage in emergency care: the Netherlands Triage System. *Fam Pract* 2011;28:334-41.

Neusseptumabces

Casus

Op mijn spreekuur zag ik de heer R, 67 jaar, bekend met diabetes en COPD met sinds een week neusobstructieklachten. Patiënt gebruikt al langere tijd mometason neusspray vanwege een nasale hyperreactiviteit. Ik ken de patiënt als een snel ongeruste man die regelmatig mijn spreekuur bezoekt. Dit keer bezoekt hij mijn spreekuur in verband met een dichtzittende neus. Hij heeft geen koorts, voelt zich niet ziek en er is geen sprake van een trauma. Na anamnese en lichamelijk onderzoek stel ik hem gerust en geef hem het advies de neus te spoelen en kortdurend xylomethazoline te gebruiken. Na een paar dagen komt patiënt terug op het spreekuur: de neusobstructieklachten blijken progressief en hij ervaart een benauwd gevoel. Bij rhinoscopia anterior zie ik nu een dubbelzijdige, rode zwelling die uitgaat van het septum en vrijwel de gehele neusgang beiderzijds blokkeert. Patiënt heeft geen koorts en de ademhalingsfrequentie is 24/min. Hij is angstig en ongerust. Na consultatie van een collega-huisarts besluiten we na overleg om de patiënt diezelfde dag nog te verwijzen naar de KNO-arts. Deze constateert een septumabces en patiënt wordt opgenomen voor drainage en intraveneus antibiotica. De kweek laat een *Pseudomonas aeruginosa* zien waarop de antibiotica wordt gewijzigd in ceftazidim intraveneus. Het beloop wordt gecompliceerd door een forse epistaxis rechts waarvoor neustamponade en coagulatie. Bij controle na enkele weken ziet de KNO-arts een slank septum met halverwege het septum een kleine perforatie, zeer waarschijnlijk door de coagulatie ter plaatse. De mometason neusspray wordt definitief gestopt en patiënt wordt uit de reguliere controle ontslagen.

BESCHOUWING

Het septumabces [foto] is een ophoping van pus onder het mucoperichondrium van het septum.¹ Het klinisch beeld kenmerkt zich door een forse, rode, indrukbare zwelling van het septum beiderzijds die de neus meestal volledig afsluit. Het belangrijkste klinische symptoom is nasale obstructie.^{1,2} Patiënten zijn over het algemeen vrij ziek en hebben koorts. Oorzaak is meestal een infectie van het septum haematoom na een trauma.^{1,3} Zeldzamere oorzaken zijn een furunkel of niet-traumatisch letsel bij immuungecompromitteerde patiënten.⁴ De meest voorkomende verwekker is *S. aureus*.^{1,3,5} Bij kinderen is de *H. influenza* vaak de verwekker van het septumabces.² Opmerkenswaardig was hier de verwekker de *Pseudomonas aeruginosa*, mogelijk door de verminderde weerstand van de patiënt bij de diabetes mellitus. Dit laatste is zeer waarschijnlijk de oorzaak geweest bij onze patiënt, een secundaire infectie na bijvoorbeeld neuspeuteren.

De differentiaaldiagnose omvat verder een obstruerende polyposis nasi, conchahypertrofie, septumdeviatie door eerder trauma en een corpus alienum. Een belangrijke complicatie van het septumabces is necrose en destructie van het kraakbenige deel van het septum waardoor het kraakbenige neusskelet inzakt.^{4,5} Uitwendig is dit zichtbaar en beschreven als de 'zadelneus'.

Een patiënt moet vervolgens dezelfde dag nog beoordeeld worden door de KNO-arts voor drainage en intraveneus anti-

Figuur Septumabces



biotica vanwege de verhoogde kans op complicaties als sepsis, meningitis, hersenabces en sinus cavernosus trombose^{1,3,6}, en om de ontwikkeling van een zadelneus te voorkomen. ■

LITERATUUR

- 1 Ambrus PS, Eavey RD, Baker AS, Wilson WR, Kelly JH. Management of nasal septal abscess. *Laryngoscopy* 1981;91:375-82.
- 2 Close DM, Guinness MDG. Abscess of the nasal septum after trauma. *Med J Aust* 1985;142:472-4.
- 3 Canty PA, Berkowitz RJ. Haemathoma and abscess of the nasal septum. *Arch Otolaryngol* 1982;108:380-1.
- 4 Shah SB, Murr AH, Lee KC. Non traumatic nasal septal abscesses in the immunocompromised: etiology, recognition, treatment and sequelae. *Am J Rhinol* 2000;14:39-43.
- 5 Matsuba HM, Thawley SE. Nasal septal abscess. Unusual causes, complications, treatment, and sequelae. *Ann Plast Surg* 1986;16:161-6.
- 6 Debnam JM, Gillenwater AM, Ginsberg LE. Nasal septal abscess in patients with immunosuppression. *Am J Neuroradiol* 2007;28:1878-9.

Paulus Potterstraat 40, 7204 CV Zutphen: R.J.M. van Kimmenaede, huisarts • Correspondentie: vankimmenaede@arcushuisartsenpraktijk.nl

AV-blok: wat doet de huisarts?

INLEIDING

Wanneer de huisarts bij een patiënt een AV-blok vindt, al dan niet met klachten, kan het lastig zijn het optimale beleid te bepalen. Aan de hand van een casus zullen we de oorzaak en handelswijze bij het AV-blok beschrijven.

Casus

Meneer A. is 68 jaar en alleenstaand. Hij heeft hypertensie, diabetes mellitus type 2 en hypercholesterolemie, waarvoor hij onder regelmatige controle staat bij de POH. Tevens heeft hij in 2009 vanwege een prostaatcarcinoom een radicale prostatectomie ondergaan. De huisarts ziet deze patiënt vrijwel alleen bij jaarcontroles. Zijn medicatielijst ziet er als volgt uit: fluvastatine 40 mg 1d1, metformine 1000 mg 2d1, gliclazide 30 mg 1d1, valsartan/hydrochloorthiazide 320/12,5 mg 1d1, lercanidipine 10 mg 1d1, bisoprolol 2,5 mg 1d1.

Deze keer meldt meneer A. zich op het spreekuur van de aios, omdat hij sinds vier dagen een trage hartslag heeft en duizelig is. Er is geen sprake van (een neiging tot) bewustzijnsverlies, pijn op de borst of misselijkheid. Een door hemzelf aangeschafte polsbloeddrukmeter gaf een bloeddruk van 134/67 mmHg en een polsfrequentie van 32 slagen per minuut aan. Het niet nuchter glucose bedroeg 7,0 mmol/L. De klachten zijn continu aanwezig, maar hij heeft toch nog in de tuin gewerkt en een concert bezocht. Hij heeft meermaals zijn hartslag gecontroleerd, die varieerde tussen de 30 en 37/min.

In de spreekkamer is meneer nog steeds duizelig. Er zijn geen andere vegetatieve of cardiale symptomen. Lichamelijk onderzoek levert het volgende beeld op: een fitte, niet zieke patiënt, bloeddruk 130/65 mmHg, SaO₂ 98%, glucose 6,0 mmol/L, hartfrequentie 40/min, regulair. Er zijn geen souffles. Met de verdenking op een sinusbradycardie volgt er een ecg in de huisartsenpraktijk (figuur 1).

Het ecg toont een regelmatig ritme. In de afgebeelde 10 seconden zijn er 7 QRS-complexen zichtbaar, waarmee de ventriculaire frequentie dus 42/min is. De as is horizontaal. De P-toppen hebben een normaal aspect. De PQ-tijd is 208 msec, slechts een op de twee P-toppen wordt gevolgd door een QRS-complex. Er zijn geen pathologische Q-golven. QRS is niet verbreed (117 msec), de R-progressie van de voorwand is normaal, er zijn geen aanwijzingen voor linker- of rechterventrikul hypertrofie. De ST-depressie in I en V4-6 is minimaal, negatieve T in avL. De QT-tijd is niet verlengd.

Samenvatting

Gootjes JRM, Willemsen R. AV-blok: wat doet de huisarts? *Huisarts Wet* 2016;59(7):308-11.

Een eerstegraads-AV-blok of een tweede graads-AV-blok type 1 behoeft, mits de patiënt klachtenvrij is, geen analyse of behandeling. Een tweede graads-AV-blok type 2 of een hooggradig tweede graads-AV-blok vereisen vanwege het gevaar op verergering wel nadere diagnostiek. De cardioloog moet de patiënt nog dezelfde dag zien voor analyse en behandeling. Een derde graads-AV-blok is een spoedeisende, potentieel levensbedreigende aandoening. De patiënt dient per ambulance met spoed naar de cardioloog te gaan. Na analyse volgt meestal een pacemakerimplantatie.

De huisarts concludeert dat slechts elke tweede P-top wordt gevolgd door een QRS-complex en dat er dus 2:1-geleiding is, met een sinusritme van circa 80/min en een ventriculaire volgfrequentie van circa 40/min. Met andere woorden, slechts iedere tweede atriale activatie (P-top) wordt over de AV-knoop verder geleid en leidt tot een ventriculaire activatie (QRS-complex). De niet door een QRS-complex gevolgde P-toppen worden in de AV-knoop geblokkeerd. Er is geen sprake van oplopende PQ-tijden alvorens er een QRS-complex uitvalt. Bij een vorig ecg (december 2014) was er sprake van een normaal sinusritme van 60/min, zonder repolarisatiestoornissen. Daarmee is er dus sprake van een nieuw ontstaan tweedegraads-AV-blok type 2 (Mobitz).

BESCHOUWING

Een AV-blok is een blokkade van de elektrische voortgeleiding van het hart, meestal ter hoogte van de AV-knoop. Het komt meer voor op hogere leeftijd, vooral wanneer er ook sprake is van andere hartziekten. Ongeveer 5% van de hartpatiënten heeft ook een AV-blok, van wie eenderde een tweedegraads-AV-blok heeft.¹

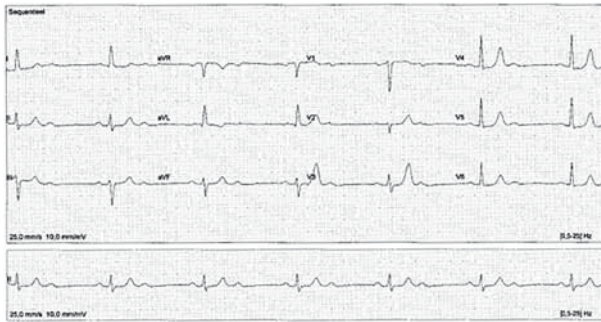
Een AV-blok kan op alle niveaus tussen de atria en ventrikels optreden. Hoe verder naar distaal het blok optreedt, des te groter de kans is op complicaties, waardoor de patiënt sneller een pacemaker krijgt.

De meestvoorkomende oorzaken van een AV-blok bij volwassenen zijn fibroserende en scleroserende processen, bijvoorbeeld door ouderdom, ischemie of medicijntoxicatie (denk aan digoxine, bètablokkers en vertragende calciumantagonisten).² Bij kinderen is een AV-blok vaker het gevolg van een aangeboren afwijking, waarbij de helft van deze patiënten minimaal twee aantoonbare congenitale afwijkingen heeft.³

Doordat de atriale contractie bij een AV-blok relatief vroeg optreedt in de diastolische fase van de ventrikel draagt deze atriale contractie minder effectief bij aan de vulling van de linker ventrikel. Bovendien is de ventrikelfrequentie vaak laag. Het hartminuutvolume wordt daardoor kleiner. Een pacemaker kan nodig zijn om de inspanningsintolerantie die hieruit voortkomt te verbeteren.^{4,5}

De kern

- Een eerstegraads-AV-blok en tweede graads-AV-blok type 1 behoeven, mits de patiënt klachtenvrij is, geen analyse of behandeling.
- Een tweede graads-AV-blok type 2 en hooggradig tweede graads-AV-blok vereisen wel nadere analyse door een cardioloog.
- Een derde graads-AV-blok is een kritieke situatie en vereist acute verwijzing naar de cardioloog; vervoer met ambulance is noodzakelijk.
- Wanneer de oorzaak niet-medicamenteus is, is een pacemaker de enige behandelingsoptie.

Figuur 1 Wat ziet u en wat doet u?**Figuur 2** Een eerstegraads-AV-blok. Er is sprake van een verlengde PQ-tijd (330 msec), die echter wel constant blijft. Iedere P-top wordt gevolgd door een QRS-complex. P-toppen zijn aangegeven met zwarte pijlen.**Eerstegraads-AV-blok**

Bij een eerstegraads-AV-blok is er sprake van een vertraagde geleiding over de AV-knoop, maar iedere atriale activatie wordt nog wel voortgeleid naar de ventrikels. De PQ-tijd is daarbij verlengd (> 200 msec), maar op iedere P-top volgt een morfologisch normaal QRS-complex [figuur 2]. Het eerstegraads-AV-blok is veelal het gevolg van een verouderd geleidingssysteem en is dan bijna altijd (90%) gelegen in de AV-knoop.⁴

Het komt bij $> 5\%$ van de 60-plussers en bij $> 15\%$ van de 90-plussers fysiologisch voor.¹ Maar ook getrainde jongeren of mensen met een actieve nervus vagus kunnen fysiologisch een eerstegraads-AV-blok hebben. Andere oorzaken zijn onder andere dilatatie van atria of gebruik van negatief-chronotrope medicatie (onder andere anti-arritmica, zoals amiodaron, vertragende calciumantagonisten, zoals verapamil en diltiazem, bètablokkers en digoxine).^{6,7}

Een eerstegraads-AV-blok behoeft zelden behandeling.⁴ Een huisarts kan bij een klachtenvrije patiënt afwachtend handelen. Een pacemakerimplantatie heeft zeker op de langere termijn meer na- dan voordelen en er is dan ook geen indicatie voor het implanteren ervan.^{2,8}

Vervolg casus

Er volgt overleg met de dienstdoende cardioloog. Aangezien er sprake is van duizeligheid in combinatie met een tweedegraads-AV-blok type 2 stuurt de huisarts de patiënt naar de eersteharthulp. Meneer A. ontwikkelt in de tussentijd geen nieuwe klachten. Een thoraxfoto laat geen afwijkingen zien en bij bloedonderzoek zijn er geen bijzonderheden, behalve een verhoogd ALAT (90 U/l). Het ecg blijkt veranderd te zijn in vergelijking met het ecg bij de huisarts een uur eerder [figuur 3].

Figuur 3 Het ecg in het ziekenhuis. Wat ziet u?**Tweedegraads-AV-blok type 1 (Wenckebach)**

Er zijn twee varianten van het tweedegraads-AV-blok. Bij type 1 gaat de AV-geleiding per slag trager, totdat de geleiding niet meer plaatsvindt. Deze cyclus blijft zich herhalen. Het resultaat is een per slag oplopende PQ-tijd, totdat er een QRS-complex uitvalt, meestal ieder derde tot vijfde QRS-complex. De toename van het PQ-interval is het grootst tussen de eerste twee slagen [figuur 4].

Dit blok wordt soms veroorzaakt door omkeerbare pathologie hoog in de AV-knoop, zoals schade bij een borrelia-infectie of de eerder vermelde medicatie.⁹⁻¹¹ De schade kan echter ook onomkeerbaar zijn, zoals bij fibrosering door ouderdom of ischemie.

Dit type AV-blok gaat zelden over in een derdegraads-AV-blok.² Over het algemeen is de prognose bij het tweedegraads-AV-blok type 1 dan ook gunstig. Een klachtenvrije patiënt hoeft niet te worden doorverwezen. Bij een symptomatische patiënt kan de arts eerst uitlokkende medicatie stoppen, maar als dit niet helpt is een pacemaker te overwegen.^{8,11} De klachten – en dus niet de prognose – vormen daarvoor dan de indicatie.

Tweedegraads-AV-blok type 2 (Mobitz)

Een tweedegraads-AV-blok type 2 kenmerkt zich door een onregelmatige uitval van het QRS-complex [figuur 5]. Het blok bevindt zich distaal van de AV-knoop (His-bundel, Purkinje-systeem). Meestal is er sprake van infarctering of ischemie, waardoor het septaal gelegen geleidingssysteem onomkeerbaar is aangetast.⁵ Omdat het perifere geleidingssysteem ziek is, zal een nodaal escaperitme niet altijd leiden tot ventricu-

Abstract

Gootjes JRM, Willemsen R. Atrioventricular block: what should the GP do? *Huisarts Wet* 2016;59(7):308-11.

Further investigation or treatment of first-degree atrioventricular block or type 1 second-degree AV block is not necessary if the patient is symptom-free. However, further investigations are essential in type 2 second-degree AV block and high-grade second-degree AV block, because of the risk of exacerbation. The patient should be seen the same day by a cardiologist. Third-degree AV block is a potentially life-threatening medical emergency. The patient should be taken immediately by ambulance to the cardiologist. In most cases pacemaker implantation is needed.

Figuur 4 Een tweedegraads-AV-blok type 1. De PQ-tijd wordt telkens langer, waarna de vierde P-top waarschijnlijk in de T-top valt en niet wordt gevolgd door een volgend QRS-complex. De P-toppen zijn aangegeven met zwarte pijlen.



Figuur 5 Een tweedegraads-AV-blok type 2. De PQ-tijd is niet verlengd. Elke tweede P-top wordt niet gevolgd door een QRS-complex.



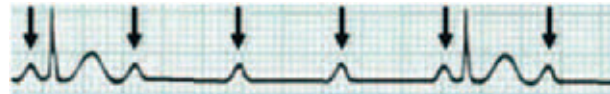
laire contractie. Het tweedegraads-AV-blok type 2 is ernstig, er is geregeld sprake van klachten zoals syncope.¹² Omdat er een redelijke kans is op progressie naar een derdegraads-AV-blok en collaps, dient een huisarts de patiënt bij dit type AV-blok door te verwijzen. Bij nieuw ontstane klachten is het noodzakelijk om de patiënt dezelfde dag door te verwijzen, bij een toevalsbevinding is poliklinische verwijzing nodig. Een eventuele reversibele oorzaak moet worden opgespoord. Wanneer sprake is van een irreversibele oorzaak volgt vaak een pacemakerimplantatie.²

Hoewel er geen gerandomiseerd onderzoek is gedaan, onderschrijven observationele onderzoeken dat implantatie van een pacemaker een positief effect heeft op syncope en overleving.²

Hooggradig tweedegraads-AV-blok

Een bijzondere variant van een tweedegraads-AV-blok is het hooggradig AV-blok. Hierbij is sprake van twee of meer opeenvolgende P-toppen zonder volgend QRS-complex [figuur 6]. De oorzaak ligt in de AV-knoop. Er is een reële kans op het

Figuur 6 Een hooggradig AV-blok. P-toppen zijn aangegeven met zwarte pijlen. De PQ-tijd is normaal, het atriaal ritme is regulair 120/minuut, maar de geleiding naar de ventrikels is slechts na een op de vier P-toppen aanwezig.



Figuur 7 Een derdegraads-AV-blok. Er is sprake van totale dissociatie tussen atria en ventrikels: er is een regelmatige atriale frequentie van 100/minuut, met volledig los daarvan een ventriculair escaperitme van 35/minuut. Gezien de frequentie en het verbrede QRS-complex is dit waarschijnlijk een ventriculair escaperitme. De P-toppen zijn aangegeven met zwarte pijlen.



ontwikkelen van een derdegraads-AV-blok en daarom moet de patiënt direct worden doorverwezen.

Derdegraads- of totaal AV-blok

Een derdegraads-AV-blok is een totaalblok waarbij er geen communicatie meer is tussen de atria en de ventrikels. Er is sprake van P-toppen die meestal regelmatig maar onafhankelijk van het ventriculaire escaperitme optreden, dat nodaal is (smal QRS-complex, frequentie 40-50/min) of ventriculair (verbreed QRS-complex, frequentie 30-45/min) [figuur 7]. De hemodynamische stabiliteit en de klachten zijn afhankelijk van de frequentie van het escaperitme.⁵ Het grootste acute gevaar is een asystolie. Spoedverwijzing per ambulance is noodzakelijk en pacemakerimplantatie volgt – meestal – nog dezelfde dag.² De oorzaak is ook hier divers. De eerder vermelde medicatie wordt vaak in verband gebracht met het totaalblok, maar blijkt slechts in 15% van de gevallen de enige oorzaak te zijn.¹³ Desalniettemin dient men in geval van een totaalblok een (incidentele) intoxicatie met bijvoorbeeld digoxine of bètablokkers uit te sluiten.⁵

Vervolg casus

Het ecg in het ziekenhuis toont P-toppen en QRS-complexen, maar er is geen samenhang meer te zien. Geen enkele P-top wordt direct door een QRS-complex gevolgd. Atria en ventrikels functioneren dus los van elkaar. Er is daarmee sprake van een derdegraads-AV-blok. De ventrikels worden niet vanuit de sinusknop via de atria aangestuurd, maar blijven functioneren dankzij een 'ventriculair escaperitme' van 36/min. Gezien de smalle QRS-complexen is er waarschijnlijk sprake van een nodaal escaperitme. Bij escaperitmes lager in de ventrikels (dat wil zeggen lager dan de plek waar de His-bundel in linker- en rechterbundel splitst) worden de linker- en rechterbundel niet meer synchroon geactiveerd. Dat leidt tot een langere geleidingstijd in de ventrikels en daardoor bredere QRS-complexen.

Vervolg casus

Meneer A. wordt opgenomen met hartbewaking. De cardioloog stopt de bisoprolol. Een echo-cor toont geen onderliggende oorzaak. Het derdegraads-AV-blok blijft en er volgt implantatie van een pacemaker. De duizeligheid verdwijnt direct, de patiënt gaat met ontslag en is verder klachtenvrij.

CONCLUSIE

Bij een AV-blok kunnen huisartsen veelal een afwachtend beleid voeren. Slechts bij een tweedegraads-AV-blok type 2, een hooggradig AV-blok of een derdegraads-AV-blok moeten ze de patiënt naar de cardioloog verwijzen. Bij klachten, en zeker bij een totaalblok, is er een indicatie voor spoedverwijzing. ■

LITERATUUR

- 1 Toff WD, Camm AJ, Skehan JD. Single-chamber versus dual-chamber pacing for high-grade atrioventricular block. *N Engl J Med*. 2005;353:145-55.
- 2 Brignole M, Auricchio A, Baron-Esquivias G, Bordachar P, Boriani G, Breithardt OA, et al. 2013 ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. *Eur Heart J* 2013;34:2281-329.
- 3 Saleh F, Greene EA, Mathison D. Evaluation and management of atrioventricular block in children. *Curr Opin Pediatr* 2014;26:279-85.
- 4 Van den Boogaard M. Ritme- en geleidingsstoornissen in de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2004.
- 5 Cheitlin MD, Sokolow M, McIlroy MB. Clinical cardiology; zesde editie. Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange, 1993.
- 6 Reingardene DI, Pilvinis VK. Amiodaron effects on atrioventricular conduction. *Ter Arkh* 2006;78:49-52.
- 7 Koskinas KC, Lillis L, Ziakas A. Diltiazem: a reversible cause of atrioventricular block – until proven otherwise. *Open Cardiovasc Med J* 2013;7:46.
- 8 Epstein AE, DiMarco JP, Ellenbogen KA, Estes NAM, Freedman RA, Gettes LS, Gillinov AM, et al. ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for device-based therapy of cardiac rhythm abnormalities: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2008;51:e1-62.
- 9 Kaya E, Fischer C, Eckardt L. ECG changes in primary neurological disorders, systemic diseases and primary cardiomyopathies. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol* 2013;24:109-14.
- 10 Semmler D, Blank R, Rupprecht H. Complete AV Block in Lyme carditis: an important differential diagnosis. *Clin Res Cardiol* 2010;99:519-26.
- 11 Verbunt RJ, Blank SN, Visser RF. Totaal atrioventriculair blok na een tekenbeet. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007;151:1941-4.
- 12 Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm JB, et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope (version 2009). *Eur Heart J* 2009;30:2631-71.
- 13 Zeltser D, Justo D, Halkin A, Rosso R, Ish-Shalom M, Hochenberg M, et al. Drug-induced atrioventricular block: prognosis after discontinuation of the culprit drug. *J Am Coll Cardiol* 2004;44:105-8.

Uw diagnose

Een 92-jarige vrouw heeft al jaren een verheven naevus in de hals. Sinds een aantal maanden verandert deze van kleur en grootte. Wat is uw diagnose?



- a. Fibroom
- b. Haemangioma senilis
- c. Plaveiselcelcarcinoom
- d. Melanoom

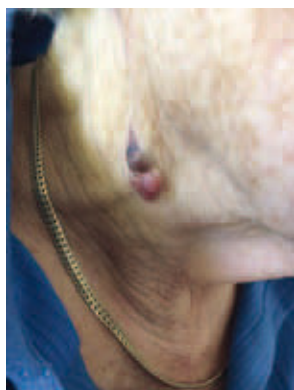


Foto: Lia ten Have, huisarts-in-opleiding

Fotoquiz van de maand juli

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

Foto's gezocht

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

Ferdinand Schreuder

Teveel wetenschap?

Vijftig jaar geleden was er al zorg of de ambities van 'Woudschoten' (integrale, persoonlijke, continue zorg) de huisarts niet teveel zouden worden. Aanvankelijk leidden die ambities tot een internationaal gewaardeerde opbloei van de Nederlandse huisartsgeneeskunde. Ook op wetenschappelijk gebied staat die al jaren aan de absolute top met goed gekwalificeerd onderzoek en intensieve implementatie, met name in de vorm van de onvolprezen NHG-Standaarden met diverse daaraan gekoppelde nascholingsmodules.

Uitbreiding en verspreiding van huisartsgeneeskundige kennis lijkt ech-

ter het generalistische karakter van de huisartsgeneeskunde te ondergraven: de grotere standaarden bevatten zo'n 20 pagina's gecondenseerde tekst met tabellen en beslisbomen, streefwaarden en afkapwaarden, vragenlijsten en medicatieadviezen die wij geacht worden te kennen en te hanteren. Daarnaast zijn er nog zo'n 100 andere standaarden, diverse LESA's, Standpunten, Handreikingen, Therapeutische richtlijnen en drie dikke boeken met Kleine Kwalen. Ondertussen ontwikkelt de kennis zich verder. Dit allemaal bijhouden leidt tot een puur reactief bestaan, waarin intrinsieke motivatie en creativiteit schade leiden. Het draagt bij aan het gevoel van overbelasting dat onder veel huisartsen leeft.

Logisch dat er dus over differentiatie nagedacht wordt: verdiepingsmodules in de opleiding, kaderopleidingen, aandachtsgebieden binnen samenwerkingsverbanden: de aantrekkingskracht daarvan schuilt misschien mede in het excuus dat deze bieden voor het loslaten van de eis alles bij te moeten houden. Sommigen hebben dat streven sowieso al opgegeven of zijn zich langs zelfgekozen paden gaan bewegen.

Daarmee verandert het schijnbaar onbetwistbare nut van meer kennis in een bedreiging van het - nog steeds met de mond beleden - ideaal van 'Woudschoten'. Moeten we die idealen loslaten of ziet iemand nog een uitweg? ■



Bloedverdunning anno 2016

INLEIDING

Niet lang geleden schreven artsen bij veneuze trombotische problemen (diepe veneuze trombose, longembolie, atriumfibrilleren) meestal een vitamine K-antagonist (VKA) voor en bij arteriële problemen (myocardinfarct, herseninfarct zonder atriumfibrilleren) aspirine. Intussen zijn er nieuwe antitrombotische middelen beschikbaar gekomen en soms heeft het combineren van middelen een meerwaarde. De laatste tijd krijgen we over dit thema steeds meer vragen van huisartsen. In dit artikel geven we een overzicht van de ontwikkelingen rond bloedverdunning anno 2016. Voor de weergave van

Samenvatting

Willemsen R, Dinant GJ, Verheugt F, Ten Cate H, Weerkamp N. Bloedverdunning anno 2016. *Huisarts Wet* 2016;59(7):312-8.

Naar aanleiding van vragen van huisartsen vatten we in dit artikel de actuele stand van zaken rond antitrombotische medicatie samen. We gaan in op de pathofysiologie van de trombusvorming en behandelen de verschillende soorten antitrombotische medicamenten die beschikbaar zijn. Vervolgens bespreken we per indicatie welke middelen de voorkeur hebben. Pathologische trombusvorming kan onderverdeeld worden in veneuze trombose (zoals bij longembolieën) en arteriële trombose (zoals bij hartinfarcten en herseninfarcten zonder atriumfibrilleren). In beide gevallen is er in de regel een indicatie voor preventie met antitrombotische middelen. In orale vorm zijn er twee soorten antitrombotische medicamenten: de plaatjesremmers en de orale anticoagulantia (OAC). Bij een verhoogd risico op arteriële trombose is er veelal een plaatjesremmer geïndiceerd. Dit is het geval bij stabiel kransslagaderlijden, een doorgemaakt herseninfarct en perifeer arterieel vaatlijden. Bij veneuze trombose of een risico daarop (zoals bij atriumfibrilleren, diepe veneuze trombose of longembolie) is er meestal een indicatie voor behandeling met een OAC. Per indicatie varieert de voorkeursbehandeling echter en soms is er plaats voor combinaties van verschillende antitrombotische medicamenten. Daarnaast moet men het bloedingsrisico per individuele patiënt meewegen, al vormt dat risico maar zelden een harde contra-indicatie voor antitrombotische medicatie. Combinaties van twee verschillende plaatjesremmers zijn in sommige situaties (tijdelijk) te prefereren boven monotherapie met één plaatjesremmer, bijvoorbeeld na een doorgemaakt myocardinfarct. Incidenteel kan men drie middelen combineren, bijvoorbeeld bij patiënten met een doorgemaakt myocardinfarct én atriumfibrilleren.

verschillen tussen medicamenten gebruiken we telkens het *number needed to treat* (NNT), dat een objectiever beeld geeft dan relatieve risicoverschillen.¹

BLOEDSTOLLING

Geactiveerde *trombocyten* hechten onder invloed van tromboxane en adenosinedifosfaat aan elkaar en aan de vaatwand (plaatjesaggregatie). Daarnaast worden bij trombusvorming stollingsfactoren geactiveerd, zodat factor II (protrombine) wordt omgezet in trombine, en factor I (fibrinogeen) in *fibrinedraden*. Een stabiel stolsel bestaat dan ook uit *trombocyten* en *fibrinedraden*. De balans tussen pro- en antitrombotische mediators is individueel variabel. Zo hebben patiënten met een familiäre belasting voor hart- en vaatziekten in de regel een verhoogde trombogeniciteit. In een [webfiguur] bij dit artikel is de bloedstolling schematisch weergegeven (zie www.henw.org, rubriek Nascholing).

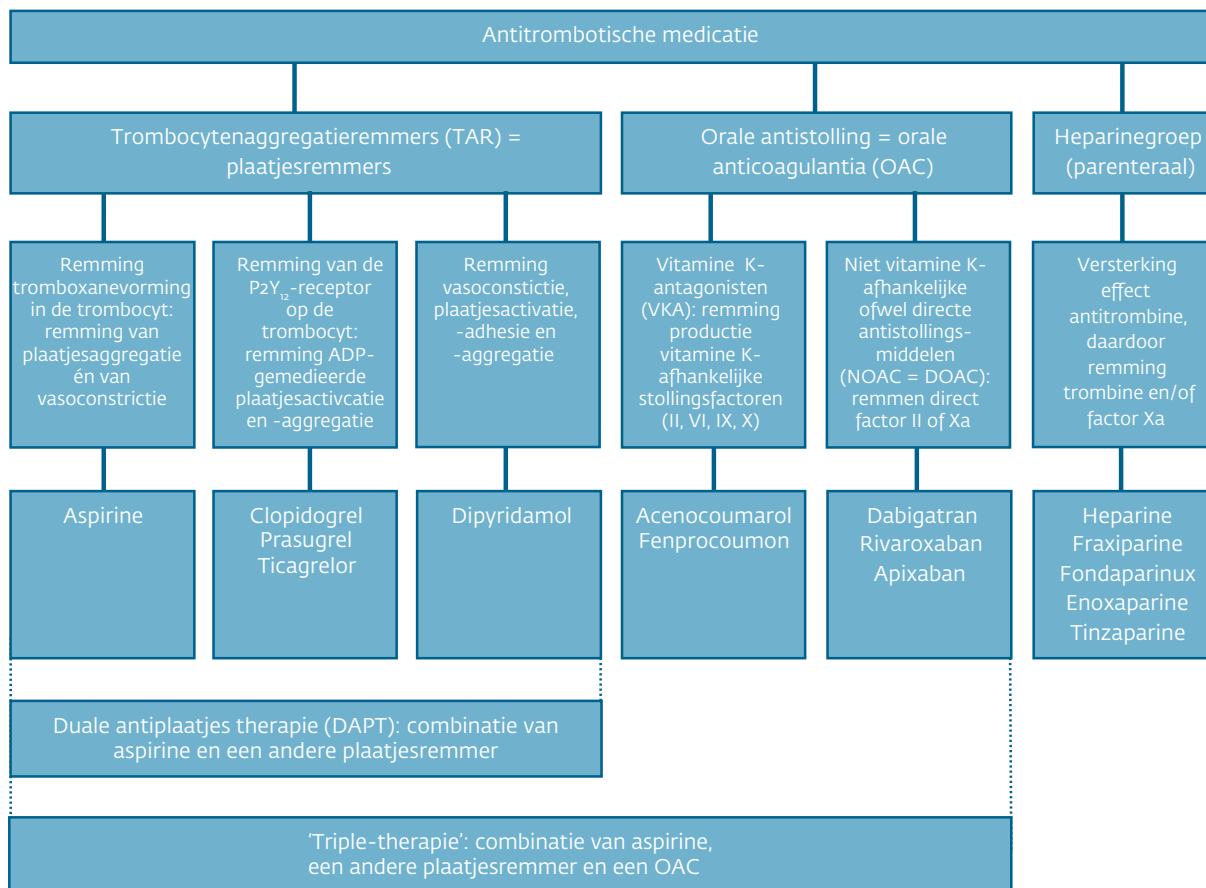
Ziekte door bloedstolling

Bij *arteriële* hart- en vaatziekten leidt atherosclerotische endotheelschade incidenteel tot stollingsactivatie met infarctering tot gevolg (myocardinfarct, herseninfarct).² In andere gevallen leidt atherosclerose tot stabiele stenoserende stollingsactivatie, bijvoorbeeld bij stabiel kransslagaderlijden en perifeer arterieel vaatlijden. In het gehele arteriële vaatbed van deze patiënten bestaat er echter een verhoogd risico op atherosclerotische schade met stollingsactivatie.² Bij *veneuze* trombotische aandoeningen leidt een combinatie van veranderde bloedsamenstelling, vaatwandschade en een trage bloedstroom (trias van Virchow) tot trombusvorming.³

De kern

- Trombocytenaggregatie enerzijds en vorming van fibrinedraden via de stollingsfactoren anderzijds leiden tot een stabiel stolsel. Elk antitrombotisch medicament grijpt aan via een van deze twee systemen.
- De keuze voor de aard van de antitrombotische therapie is afhankelijk van de indicatie.
- Daarnaast moet men het individuele bloedingsrisico van de patiënt meewegen.
- Orale anticoagulantia zijn vooral van waarde bij een verhoogd *veneus* trombotisch risico, plaatjesremming bij een verhoogd *arterieel* trombotisch risico.
- Combinaties van twee verschillende soorten plaatjesremmers zijn in sommige situaties te prefereren boven monotherapie met één plaatjesremmer.
- Actueel onderzoek richt zich op de vraag bij welke patiënten een combinatie van drie verschillende antitrombotische middelen gezondheidswinst oplevert.

Figuur Overzicht van de verschillende soorten antitrombotische medicamenten. Antitrombotische medicatie is de overkoepelende naam voor medicamenten die trombusvorming remmen. Deze groep bestaat uit plaatjesremmers enerzijds en orale antistolling (OAC) anderzijds.



Antitrombotische medicatie: plaatjesremmers of OAC

Antitrombotische medicatie is de overkoepelende naam voor alle stollingsremmende medicatie ([figuur] en [webfiguur], zie www.henw.org, rubriek Nascholing). De niet geheel juiste term 'bloedverdunners' wordt hier ook voor gebruikt. Antitrombotische medicatie werkt ófwel door aan te grijpen op het systeem van de trombocyten (de groep van de *plaatjesremmers* of trombocytenaggregatieremmers) ófwel door aan te grijpen op het systeem van de stollingsfactoren (de groep van de orale antistollingsmiddelen of *orale anticoagulantia*, afgekort als OAC). Plaatjesremmers worden vooral ingezet bij een verhoogd risico op arteriële trombusvorming, zoals secundaire preventie van hart- en vaatziekten. OAC gebruikt men traditioneel bij veneuze stollingsproblemen (diepe veneuze trombose, long-embolie, preventie van trombo-embolieën bij atriumfibrilleren). Heparineachtigen werken ook via de stollingsfactoren, maar bestaan niet in orale toedieningsvorm.

Combinaties van middelen: DAPT, triple-therapie

De term 'duale antiplaatjestherapie' (DAPT) verwijst naar een combinatie van aspirine en een andere plaatjesremmer. Omdat aspirine tromboxane remt en de andere plaatjesremmers

Abstract

Willemsen R, Dinant GJ, Verheugt F, Ten Cate H, Weerkamp N. Anticoagulation in 2016. *Huisarts Wet* 2016;59(7):312-8.

This article provides an overview of current antithrombotic therapy, a topic about which general practitioners often have questions. The pathophysiology of thrombus formation and the different types of currently available oral antithrombotic drugs are described, and then the preferred antithrombotic regimen for individual indications is discussed. Pathological thrombus formation is caused by either venous thrombosis (as is the case in pulmonary embolism) or arterial thrombosis (as is the case in myocardial infarction and stroke without atrial fibrillation). In both cases, antithrombotic medication is usually indicated. There are two main groups of oral antithrombotic drugs: antiplatelet drugs and anticoagulants. The former are usually indicated when there is a high risk of arterial thrombosis; for example, in stable coronary artery disease, peripheral artery disease, and stroke. In contrast, oral anticoagulants are usually indicated in the case of venous thrombosis or an increased risk thereof (atrial fibrillation, deep venous thrombosis, or pulmonary embolism). However, the preferred type of antithrombotic agent varies by indication. Although the risk of major bleeding should be taken into consideration, it is rarely an absolute contraindication for antithrombotic therapy. Occasionally combinations of different antithrombotic agents are indicated. For example, two different antiplatelet drugs may be preferred instead of monotherapy in certain situations, such as after myocardial infarction, and two or three drugs can be used in patients with previous myocardial infarction and atrial fibrillation.

Tabel Overzicht van de actuele antitrombotische behandelingschema's per indicatie.

Indicatie		Voorkeursbehandeling	Opmerkingen
Primaire preventie en diabetes mellitus type 2		Geen antitrombotische therapie	Enige reductie van optreden hart- en vaatziekten, maar weegt niet op tegen bleedingsrisico
Stabiele angina pectoris		Aspirine (levenslang)	Bij overgevoeligheid aspirine: clopidogrel
Perifeer arterieel vaatlijden		Aspirine (levenslang)	Bij overgevoeligheid aspirine: clopidogrel
Aneurysma aortae abdominalis		Aspirine (levenslang)	Niet goed onderzocht, algemeen advies: aspirine gezien belangrijke correlatie aneurysma aortae abdominalis en atherosclerose
Acuut coronair syndroom	met ST-elevaties en/of stentplaatsing	Aspirine (levenslang)	
		DAPT gedurende de eerste 9-12 maanden	
	zonder ST-elevaties en/of stentplaatsing	Aspirine (levenslang)	
Herseninfarct/ TIA		DAPT gedurende de eerste 12 maanden	Monotherapie met clopidogrel is goedkoper en leidt tot minder hoofdpijn én minder bleedingscomplicaties, maar wordt vooral door de neuroloog voorgeschreven. In de NHG-Standaard wordt aspirine met dipyridamol als eerste keus aangehouden.
	zonder atriumfibrilleren	Eerste twee weken aspirine met dipyridamol óf met clopidogrel. Daarna onderhoud: clopidogrel monotherapie óf DAPT (te weten aspirine en dipyridamol)	
	met atriumfibrilleren	Zie 'atriumfibrilleren met CHA2DS2-Vasc-score > 1'	
Diepe veneuze trombose		OAC (VKA of NOAC)	Keuze OAC: VKA en NOAC gelijkwaardig Duur: 3 maanden bij directe aanleiding (bijvoorbeeld postoperatief), gedurende 6 maanden bij idiopathische diepe veneuze trombose
Longembolie		OAC (VKA of NOAC)	Keuze OAC: VKA en NOAC gelijkwaardig Duur: 6 maanden, levenslang bij recidief
Atriumfibrilleren met CHA2DS2-Vasc-score ≥ 1 (ESC) of ≥ 2 (NHG)		OAC	Bij CHA2DS2-Vasc-score ≤ 1 geen aspirine, noch andere antitrombotische therapie ESC-richtlijn adviseert ook bij CHA2DS2-Vasc-score = 1 OAC (met uitzondering van score van 1 door vrouwelijk geslacht zonder andere risicofactoren), bij CHA2DS2-Vasc-score = 0 geen antitrombotische therapie Keuze OAC: NHG-Standaard voorkeur VKA, ESC-richtlijn voorkeur NOAC
Atriumfibrilleren én acuut coronair syndroom		Afhankelijk van comorbiditeit en bleedingsrisico individuele patiënt: triple-therapie	Bewijs voor optimale strategie ontbreekt nog, individuele afweging. Triple-therapie of OAC combineren met 1 type plaatjesremmer. Bij te veel risico eventueel monotherapie met OAC

Afkortingen: DAPT = duale antiplaatjetherapie; OAC = orale anticoagulantia (= orale antistolling, omvat NOAC én VKA); NOAC = niet vitamine K-afhankelijke (of 'nieuwe') orale anticoagulantia; VKA = vitamine K-afhankelijke orale anticoagulantia

voornamelijk de adenosinedifosfaatreceptor (P_2Y_{12} -receptor) remmen, wordt de trombocytenfunctie met DAPT sterker geremd dan met aspirine alleen. *Triple-therapie* is een combinatie van DAPT en een OAC.

Indicaties

Bij patiënten met een doorgemaakte hart- en vaatziekte reduceert aspirine de kans op een recidief met 25% (NNT is 73 patiënten per jaar).⁴ Voor diverse indicaties is er een meerwaarde van aanvullende of andere antitrombotische therapie. We geven daarom een beknopt overzicht van het geïndiceerde antitrombotische regime per ziektebeeld [tabel].

Primaire preventie en diabetes mellitus type 2

Noch bij primaire preventie, noch bij patiënten met diabetes

mellitus type 2 heeft antitrombotische medicatie een reducerend effect op het optreden van hart- en vaatziekten, dat opweegt tegen het hogere bleedingsrisico. In een grote meta-analyse over het effect van aspirine als primaire preventie, was het NNT om één cardiovasculair incident te voorkomen 720 per jaar. Eén op de 438 patiënten kreeg bij aspirinegebruik een bleeding en er was geen effect op de totale sterfte.⁵ Ook voor patiënten met diabetes mellitus type 2 zonder doorgemaakte hart- en vaatziekte heeft aspirine geen meerwaarde.⁶

Stabiele angina pectoris, perifeer arterieel vaatlijden en aneurysma aortae abdominalis

Patiënten met stabiele angina pectoris of perifeer arterieel vaatlijden hebben een verhoogd risico op cardiovasculaire incidenten.^{7,8} Stollingsactivatie door atherosclerotische vaat-

wandschade treedt bij hen meestal niet op ter plaatse van de bekende stabiele stenoses, maar ter hoogte van instabiele atherosclerotische plaques elders in het vaatbed.^{2,9-11} De kans daarop bij stabiele angina pectoris is te reduceren met aspirine (NNT = 120/jaar).¹² Voor zover onderzocht lijkt er hierbij geen meerwaarde van een andere plaatjesremmer in plaats van aspirine, noch van DAPT.¹³⁻¹⁵ Bij patiënten met perifeer arterieel vaatlijden is aspirine eerste keus als secundaire preventie. Clopidogrel lijkt nog iets effectiever, maar heeft in de NHG-Standaard niet de voorkeur boven aspirine.^{16,17} DAPT heeft op de lange termijn geen overtuigende meerwaarde.^{13,18} Omdat er een sterk verband bestaat tussen aneurysma aortae abdominalis en andere atherosclerotische ziekte raden de richtlijnen aspirine aan bij aneurysma aortae abdominalis, vooral in geval van cardiovasculaire comorbiditeit.^{17,19} Dit advies is onder voorbehoud, omdat goed onderzoek op dit vlak ontbreekt.

Acuut coronair syndroom

Het acuut coronair syndroom omvat myocardinfarct en instabiele angina pectoris. Instabiele angina pectoris komt steeds minder voor door de hoge sensitiviteit van moderne troponinetests.²⁰ Na een doorgemaakt myocardinfarct is het NNT om een tweede manifestatie van hart- en vaatziekte te voorkomen 63 patiënten per jaar voor aspirine, vergeleken met placebo.⁴ Bij overgevoeligheid dient men clopidogrel voor te schrijven.¹⁶ Zowel na een myocardinfarct met ST-elevaties als na stentplaatsing adviseren de ESC-richtlijnen gedurende negen tot twaalf maanden bovendien DAPT.²¹ Het NNT in dat eerste jaar is 32, in vergelijking met aspirine alleen.²² Zowel een mogelijk langere behandeling met DAPT als de ideale combinatie van de diverse plaatjesremmers blijft onderwerp van actueel onderzoek.²³⁻²⁵

Ook bij een doorgemaakt myocardinfarct zonder ST-elevaties wordt gedurende het eerste jaar DAPT (aspirine met in dit geval bij voorkeur prasugrel of ticagrelor) geadviseerd vanwege een kleine meerwaarde.²⁶⁻²⁸ Na het eerste jaar is monotherapie met aspirine effectief als secundaire preventie.⁴

Herseninfarct/TIA zonder atriumfibrilleren

Aspirine, gestart in de vroege fase na een herseninfarct, reduceert de kans op een snel recidief herseninfarct; het NNT is 79 om één geval van sterfte of afhankelijkheid binnen een half jaar na het eerste herseninfarct te voorkomen.²⁹ Bovendien hangt op de langere termijn DAPT bestaande uit dipyridamol en aspirine samen met minder vasculaire sterfte, niet fataal herseninfarct en niet fataal myocardinfarct, vergeleken met aspirine monotherapie (NNT = 100 per jaar).³⁰ Clopidogrel-monotherapie is recentelijk een goed alternatief gebleken voor de combinatie aspirine en dipyridamol.³¹ Clopidogrel is even effectief, een factor 8 tot 10 goedkoper, geeft minder bloedingscomplicaties en leidt minder vaak tot hoofdpijn en discontinueren van de therapie. Neurologen schrijven clopidogrelmonotherapie op deze manier geregeld als eerste keus voor, maar deze behandeling heeft nog geen definitieve plek in de NHG-Standaard. Wanneer men voor clopidogrel kiest,

leidt het advies om uitsluitend gedurende de *eerste twee weken* na het herseninfarct of de TIA nog wel DAPT (aspirine gecombineerd met clopidogrel óf dipyridamol) voor te schrijven.^{33,34}

Diepe veneuze trombose en longembolieën

Bij diepe veneuze trombose of longembolie zijn OAC geïndiceerd. 'Nieuwe' ofwel 'niet vitamine K-afhankelijke orale anticoagulantia' (NOAC's) en de wijd ingeburgerde vitamine K-antagonisten (VKA) hebben een gelijkwaardig gunstig effect op morbiditeit en mortaliteit.^{35,36} Met sommige NOAC's zijn lagere bleedingsrisico's beschreven.³⁷ Tot er een adequate instelling is bereikt, moet men een laagmoleculairgewicht-heparine geven bij VKA en bij sommige NOAC's (dabigatran, edoxaban). Mogelijk is dabigatran (een NOAC) kosteneffectief voor de behandeling van diepe veneuze trombose, in vergelijking met VKA via de (Nederlandse) trombosedienst.³⁸ Bij de behandeling van diepe veneuze trombose of longembolie is er in eerste instantie geen plaats voor plaatjesremmers. Wanneer men bij diepe veneuze trombose of longembolie ná de behandelfase met OAC (meestal drie tot zes maanden) een plaatjesremmer als onderhoudstherapie geeft, is er een lager recidiefrisico (NNT = 42 gedurende 1 jaar met aspirine vergeleken met placebo).³⁹ Dit is bij een relatief klein aantal mensen onderzocht en de NHG-Standaard beveelt deze strategie daarom niet aan.⁴⁰

Atriumfibrilleren

Patiënten met atriumfibrilleren hebben een verhoogd risico op een herseninfarct, ook wanneer zij een (nagenoeg) permanent sinusritme hebben.⁴¹⁻⁴⁴ Dit risico is te schatten met behulp van de CHA₂DS₂-VASC-score. Het NNT om één herseninfarct te voorkomen bij atriumfibrilleren voor alle patiënten samen (ongeacht CHA₂DS₂-VASC-score) is 26 per jaar voor VKA vergeleken met placebo.⁴⁵ Het effect van aspirine is inferieur door een minder sterk effect op het gecombineerd eindpunt van herseninfarct en hersenbloeding (NNT = 74 per jaar om één trombotisch of bloedig incident te voorkomen). Het NNT om één herseninfarct te voorkomen met OAC versus plaatjesremming is 71.⁴⁵ Aspirine heeft bovendien, vooral bij ouderen, een gelijkwaardig risico op ernstige bloedingen als OAC.^{46,47} Ook DAPT is inferieur aan OAC bij atriumfibrilleren.⁴⁸ Het routinematig gebruik van plaatjesremmers bij atriumfibrilleren voor preventie van een herseninfarct is dan ook obsoleet, tenzij er sprake is van intolerantie voor OAC.^{44,49,50}

De NHG-Standaard adviseert om aan patiënten met een CHA₂DS₂-VASC-score ≥ 2 OAC voor te schrijven. De NHG-Standaard geeft de voorkeur aan een VKA, in verband met de nog geringe ervaring met NOAC's bij oudere eerstelijnspatiënten en multimorbiditeit.⁴⁹ In Nederland kan de huisarts volgens de huidige afspraken met de zorgverzekeraars een NOAC niet starten. De Europese huisartsenrichtlijn Herseninfarctpreventie bij atriumfibrilleren (EPCCS-richtlijn) stelt dat OAC bij een CHA₂DS₂-VASC-score ≥ 2 absoluut en bij een score van 1 relatief geïndiceerd is.⁴⁴ Deze richtlijn beschouwt VKA en NOAC's als gelijkwaardig. De voor- en nadelen van beide mid-

delen zijn verschillend, maar niet doorslaggevend, tenzij er een duidelijke voorkeur van de patiënt is of sprake is van sterk wisselende INR-waarden onder VKA.

De Europese cardiologenrichtlijn (ESC-richtlijn) adviseert OAC zelfs al voor te schrijven bij een CHA₂DS₂-VASc-score ≥ 1 .⁵⁰ De ESC-richtlijn spreekt een voorkeur uit voor NOAC boven VKA. Vooral vanuit de tweede lijn is er dus een toenemend aantal patiënten dat een NOAC krijgt. NOAC's hebben weliswaar als voordeel dat metingen van de INR niet nodig zijn, maar tóch verdient ook de patiënt op een NOAC intensieve opvolging om therapietrouw te waarborgen en complicaties te registreren, bijvoorbeeld via de trombosedienst.⁵¹ Patiënten met atriumfibrilleren bij kleplijden dienen altijd VKA te krijgen en geen NOAC.⁵²

Vergeleken met patiënten die goed zijn ingesteld op VKA, neemt het aantal herseninfarcten bij atriumfibrilleren met NOAC's niet af.⁵³ NOAC's leiden wel tot minder intracranieële bloedingen als complicatie, in vergelijking met VKA. Het NNT om één intracranieële bloeding te voorkomen met een NOAC versus een VKA is 500 per jaar.³⁵ Bij ouderen (≥ 75 jaar) is er wel sprake van een hoger aantal tractus digestivus-bloedingen bij NOAC-gebruik.⁵⁴ Een ander onderzoek laat op alle leeftijden bij dabigatran-gebruik meer majeure, meer tractus digestivus-, maar minder intracranieële bloedingen zien.⁵⁵ Anderzijds neemt in dit onderzoek het intracranieële bleedingsrisico bij VKA-gebruik toe bij patiënten vanaf 75 jaar. Op grond hiervan is geen eenduidig beleid bij ouderen te formuleren; de keuze voor een VKA of een NOAC blijft bij deze groep patiënten voorlopig een individuele afweging.

MEERDERE AANDOENINGEN BIJ ÉÉN PATIËNT

Atriumfibrilleren en doorgemaakt acuut coronair syndroom

Bij patiënten met atriumfibrilleren en daarnaast een doorgemaakt myocardinfarct met ST-elevaties of een stentplaatsing is er volgens de Europese cardiologenrichtlijn soms een indicatie voor triple-therapie: een combinatie van DAPT én antistolling.²¹ Maar deze richtlijn noemt triple-therapie ook een 'controversieel gebied' dat gekenmerkt wordt door kennislacunes. Bij ouderen heeft triple-therapie in elk geval geen meerwaarde boven DAPT als het gaat om de relevante uitkomstmaten, maar verhoogt het wel sterk het bleedingsrisico.⁵⁶ Actueel onderzoek richt zich op de vraag of een NOAC, gecombineerd met een P2Y₁₂-receptorremmende plaatjesremmer – dus zonder aspirine – een effectief en relatief veilig behandelregime is.⁵⁷

Atriumfibrilleren en herseninfarct

Zeker 20% van de herseninfarcten is toe te schrijven aan atriumfibrilleren. Deze herseninfarcten verlopen ernstiger, met een hogere kans op blijvende ernstige schade.⁵⁸ Na een herseninfarct of TIA en daarbij atriumfibrilleren (in de voorgeschiedenis, dan wel ontdekt in de diagnostische fase na een herseninfarct/TIA) is de CHA₂DS₂-VASc-score minimaal 2 en dus is er een harde indicatie voor OAC.

Acuut coronair syndroom en herseninfarct

Optimale antitrombotische medicatie bij patiënten met een doorgemaakt herseninfarct én acuut coronair syndroom is weinig onderzocht. In deze gevallen – wanneer er geen sprake is van atriumfibrilleren – lijkt DAPT het meest opportuun, gezien de aangetoonde effecten op beide aandoeningen. Wanneer er wél eveneens sprake is van atriumfibrilleren kan men triple-therapie overwegen; zie hierboven onder het kopje 'Atriumfibrilleren en doorgemaakt acuut coronair syndroom'.

Bloedingen en contra-indicaties

VKA en plaatjesremmers scoren van oudsher hoog als het gaat om medicatiegerelateerde problemen op een spoedeisende hulp.^{59,60} Ook met de goed werkende Nederlandse trombose-diensten is het risico op een belangrijke bloeding onder VKA nog altijd 2% per jaar.⁶¹ Desondanks vormt ook bij oudere patiënten met atriumfibrilleren een valrisico geen contra-indicatie voor OAC, omdat het risico op herseninfarct het grootst is en het vallen niet leidt tot significant meer bloedingen.^{46,62} Hoewel men de ziektelast van niet-fatale bloedingen niet mag onderschatten, nemen patiënten die vaak toch voor lief als ze daarmee een herseninfarct kunnen voorkomen.⁶³ Het risico op een bloeding bij een patiënt met atriumfibrilleren is uit te rekenen met behulp van de HAS-BLED-score (zie www.mdcalc.com/has-bleed-score-for-major-bleeding-risk/).⁶⁴

Een aantal factoren uit de HAS-BLED-score verhoogt óók – en vaak nog sterker – het risico op stolselvorming, zoals leeftijd en hypertensie. Zelfs bij een hoge HAS-BLED-score prevaleert daardoor in de regel het antitrombotische effect en is er dus een gunstig effect van OAC, vooral bij een CHA₂DS₂-VASc-score ≥ 2 .⁶⁵ De HAS-BLED-score kent geen afkappunt waarboven antitrombotische medicamenten gecontraïndiceerd zijn, maar is wél behulpzaam bij het vaststellen en corrigeren van reversibele factoren die bijdragen aan het bleedingsrisico (zoals hypertensie of NSAID-gebruik).⁴⁴ Overigens vormt ook een doorgemaakte bloeding niet altijd een contra-indicatie voor (continueren van) antitrombotische therapie. De manier waarop men omgaat met de antitrombotische medicatie en bleedingsrisico's blijft een individuele afweging, afhankelijk van het trombotische risico.

DAPT en triple-therapie geven een hoger risico op bloeding dan behandeling met één antitrombotisch medicament. Grofweg geldt dat DAPT het bleedingsrisico verdubbelt ten opzichte van monotherapie met aspirine en dat triple-therapie het risico zelfs verdrievoudigt.⁶⁶

CONCLUSIE

Antitrombotische medicatie beïnvloedt het delicate systeem van de bloedstolling.

Bij (verhoogd risico op) veneuze trombose (atriumfibrilleren, diepe veneuze trombose, longembolie, TIA of herseninfarct door atriumfibrilleren) heeft OAC (VKA of NOAC) de voorkeur. Bij (verhoogd risico op) arteriële trombose (TIA, herseninfarct niet door atriumfibrilleren, stabiele angina pectoris, doorgemaakt acuut coronair syndroom, perifeer arterieel

vaatlijden, aneurysma aortae abdominalis) vormen (combinaties van) diverse plaatjesremmers de hoeksteen van de behandeling.

Bij patiënten met verhoogde veneuze én arteriële trombotische risico's is er in individuele gevallen plaats voor combinaties van plaatjesremming en OAC.

Ondanks heldere richtlijnen blijft de keuze voor een specifiek antitrombotisch regime per patiënt afhankelijk van het individuele trombotische risico enerzijds en het bloedingsrisico anderzijds.

DANKBETUIGING

Wij bedanken Guusje Bertholet voor de webillustratie. ■

LITERATUUR

- Cals J, Willemsen R. Risicoreductie en number needed to treat. *Huisarts Wet* 2012;56:19.
- Kooij A. Cardiovasculair risicomanagement. Houten: Pream Uitgevers, 2012.
- Chung I, Lip GY. 'Virchow's triad revisited: blood constituents'. *Pathophysiol Haemost Thromb* 2003;33:449-54.
- Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002;324:71-86.
- Seshasai SRK, Wijesuriya S, Sivakumaran R, Nethercott S, Erqou S, Sattar N, et al. Effect of aspirin on vascular and nonvascular outcomes. Meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2012;172:209-16.
- Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T, Uemura S, Kanauchi M, Doi N. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008;300:2134-41.
- Daly CA, De Stavola B, Sendon JL, Tavazzi L, Boersma E, Clemens F, et al. Predicting prognosis in stable angina: results from the Euro heart survey of stable angina: prospective observational study. *BMJ* 2006;332:262-7.
- Tendera M, Aboyans V, Bartelink ML, Baumgartner I, Clément D, Collet JP, et al. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases: document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries: the Task Force on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2011;32:2851-906.
- Stergiopoulos K, Brown DL. Initial coronary stent implantation with medical therapy vs medical therapy alone for stable coronary artery disease: meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2012;172:312-9.
- Bangalore S, Pursnani S, Kumar S, Bago PG. Percutaneous coronary intervention vs. optimal medical therapy for prevention of spontaneous myocardial infarction in subjects with stable ischemic heart disease. *Circulation* 2013;127:769-81.
- Sedlis SP, Hartigan PM, Teo KK, Maron DJ, Spertus JA, Mancini GB, et al. Effect of PCI on long-term survival in patients with stable ischemic heart disease. *N Engl J Med* 2015;373:1937-46.
- Juul-Möller S, Edvardsson N, Jahnmatz B, Rosén A, Sørensen S, Ömblus R. Double-blind trial of aspirin in primary prevention of myocardial infarction in patients with stable chronic angina pectoris. *Lancet* 1992;340:1421-5.
- Bhatt DL, Fox KA, Hacke W, Berger PB, Black HR, Boden WE, et al. Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events. *N Engl J Med* 2006;354:1706-17.
- Roe MT, Armstrong PW, Fox KA, White HD, Prabhakaran D, Goodman SG, et al. Prasugrel versus clopidogrel for acute coronary syndromes without revascularization. *N Engl J Med* 2012;367:1297-309.
- Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2013;34:2949-3003.
- CAPRIE Steering Committee. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). *Lancet* 1996;348:1329-39.
- NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. www.nhg.org.
- Cacoub PP, Bhatt DL, Steg PG, Topol EJ, Creager MA. Patients with peripheral arterial disease in the CHARISMA trial. *Eur Heart J* 2009;30:192-201.
- Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The task force for the diagnosis and treatment of aortic diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2014;35:2873-926.
- Mueller C. Biomarkers and acute coronary syndromes: an update. *Eur Heart J* 2014;35:552-6.
- Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, Borger MA, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2012;33:2569-619.
- Ten Berg JM, Plokker HWT, Verheugt FWA. Antiplatelet and anticoagulant therapy in elective percutaneous coronary intervention. *Curr Control Trials Cardiovasc Med* 2001;2:129-40.
- Udell JA, Bonaca MP, Collet JP, Lincoff AM, Kereiakes DJ, Costa F, et al. Long-term dual antiplatelet therapy for secondary prevention of cardiovascular events in the subgroup of patients with previous myocardial infarction: a collaborative meta-analysis of randomized trials. *Eur Heart J* 2016;37:390-9.
- Bonacaa MP, Bhatt DL, Cohen M, Steg PG, Storey RF, Jensen EC, et al. Long-term use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 2015;372:1791-1800.
- Magnani G, Storey F, Steg G, Bhatt DL, Cohen M, Kuder J, et al. Efficacy and safety of ticagrelor for long-term secondary prevention of atherothrombotic events in relation to renal function: insights from the PEGASUS-TIMI 54 trial. *Eur Heart J* 2016;37:400-8.
- Wallentin L, Becker RC, Budaj A, Cannon CP, Emanuelsson H, Held C, et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2009;361:1045-57.
- Wiviott SD, Braunwald E, McCabe CH, Montalescot G, Ruzyllo W, Gottlieb S, et al. Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2007;357:2001-15.
- Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2015;DOI:10.1093/eurheartj/ehv320.
- Sandercock PA, Counsell C, Gubitz GJ, Tseng MC. Antiplatelet therapy for acute ischemic stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;CD000029.
- Halkes PH, Van Gijn J, Kappelle LJ, Koudstaal PJ, Algra A. Aspirin plus dipyridamole versus aspirin alone after cerebral ischaemia of arterial origin (ESPRIT): randomised controlled trial. *Lancet* 2006;367:1665-73.
- Sacco RL, Diener HC, Yusuf S, Cotton D, Ounpuu S, Lawton WA, et al. Aspirin and extended-release dipyridamole versus clopidogrel for recurrent stroke. *N Engl J Med* 2008;359:1238-51.
- Zinkstok SM, Zuurbier SM, Roos YBWM. Plaatjesremming na een TIA of herseninfarct: de stand van zaken. *Tijdschr Neurol Neurochir* 2015;116:26-34.
- Verheugt FW, Geersing GJ, Van Kapelle LJ. Toegevoegde waarde van clopidogrel in cardiologie en neurologie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A7609.
- Diener HC, Bogousslavsky J, Brass LM, Cimminiello C, Csiba L, Kaste M, et al. Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high-risk patients (MATCH): randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2004;364:331-7.
- Adam SS, McDuffie JR, Ortel TL, Williams JW jr. Comparative effectiveness of warfarin and new oral anticoagulants for the management of atrial fibrillation and venous thromboembolism: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157:796-807.
- Konstantinides SV, Torbicki A, Agnelli G, Danchin N, Fitzmaurice D, Galie N, et al. (The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Respiratory Society (ERS)). 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J* 2014;35:3033-80.
- Van der Hulle T, Kooiman J, Den Exter PL, Dekkers OM, Klok FA, Huisman MV. Effectiveness and safety of novel oral anticoagulants as compared with vitamin K antagonists in the treatment of acute symptomatic venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost* 2014;12:320-8.
- Van Leent MW, Stevanović J, Jansman FG, Beinema MJ, Brouwers JR, Postma MJ. Cost-effectiveness of dabigatran compared to vitamin-K antagonists for the treatment of deep venous thrombosis in The Netherlands using real-world data. *PloS One* 2015 Aug 4;10:e0135054.
- Simes J, Becattini C, Agnelli G, Eikelboom JW, Kirby AC, Mister R, et al. Aspirin for the prevention of recurrent venous thromboembolism: the INSPIRE collaboration. *Circulation* 2014;130:1062-71.
- NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie. www.nhg.org.
- Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke* 1991;22:983-8.
- Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, Domanski MJ, Rosenberg Y, Schron EB, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1825-33.
- Van Gelder IC, Hagens VE, Bosker HA, Kingma JH, Kamp O, Kingma T, et al.

- A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1834-40.
- 44 Hobbs FR, Taylor CJ, Jan Geersing G, Rutten FH, Brouwer JR; on behalf of the European Primary Care Cardiovascular Society (EPCCS) SPAF working group. European Primary Care Cardiovascular Society (EPCCS) consensus guidance on stroke prevention in atrial fibrillation (SPAF) in primary care. *Eur J Prev Cardiol* 2016;23:460-73.
 - 45 Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med* 2007;146:857-67.
 - 46 Mant J, Hobbs FD, Fletcher K, Roalfe A, Fitzmaurice D, Lip GY, et al. Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled clinical trial. *Lancet* 2007;370:493-503.
 - 47 Hobbs FD, Roalfe AK, Lip GY, Fletcher K, Fitzmaurice DA, Mant J, et al. Performance of stroke risk scores in older people with atrial fibrillation not taking warfarin: comparative cohort study from BAFTA trial. *BMJ* 2011;342:d3653.
 - 48 Diener HC, Lowenthal A. Antiplatelet therapy to prevent stroke: risk of brain hemorrhage and efficacy in atrial fibrillation. *J Neurol Sci* 1997;153:112.
 - 49 NHG-Standaard Atriumfibrilleren. www.nhg.org.
 - 50 Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, Savelieva I, Atar D, Hohnloser SH, et al. 2012 focused update of the ESC guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. *Eur Heart J* 2012;33:2719-47.
 - 51 Ten Cate H. Trombosediensten blijven van waarde. *Med Contact* 2015;42:2002-3.
 - 52 Eikelboom JW, Connolly SJ, Brueckmann M, Granger CB, Kappetein AP, Mack MJ, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with mechanical heart valves. *N Engl J Med* 2013;369:1206-14.
 - 53 Wallentin L, Yusuf S, Ezekowitz MD, Alings M, Flather M, Franzosi MC, Pais P, et al. Efficacy and safety of dabigatran compared with warfarin at different levels of international normalised ratio control for stroke prevention in atrial fibrillation: an analysis of the RE-LY trial. *Lancet* 2010;376:975-83.
 - 54 Abraham NS, Singh S, Alexander GC, Heien H, Haas LR, Crown W, et al. Comparative risk of gastrointestinal bleeding with dabigatran, rivaroxaban, and warfarin: population based cohort study. *BMJ* 2015;350:h1857.
 - 55 Hernandez I, Baik SH, Piñera A, Zhang Y. Risk of bleeding with dabigatran in atrial fibrillation. *JAMA Intern Med* 2015;175:18-24.
 - 56 Hess CN, Peterson ED, Peng SA, de Lemos JA, Fosbol EL, Thomas L, et al. Use and outcomes of triple therapy among older patients with acute myocardial infarction and atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2015;66:616-27.
 - 57 Verheugt FW. Triple therapy for percutaneous coronary intervention in atrial fibrillation: standard of care, or a nightmare soon to end? *J Thromb Haemost* 2015;Suppl 1:S332-5.
 - 58 Lin HJ, Wolf PA, Kelly-Hayes M, Beiser AS, Kase CS, Benjamin EJ, et al. Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham study. *Stroke* 1996;27:1760-4.
 - 59 Budnitz DS, Shebab N, Kegler SR, Richards CL. Medication use leading to emergency department visits for adverse drug events in older adults. *Ann Intern Med* 2007;147:755-65.
 - 60 Ruiter R, Visser LE, Rodenburg EM, Trifirò G, Ziere G, Stricker BH. Ziekenhuisopnames door geneesmiddelbijwerkingen bij 55-plussers in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012;156:A5182.
 - 61 Van der Meer FJ, Rosendaal FR, Vandenbroucke JP, Briet E. Bleeding complications in oral anticoagulant therapy. An analysis of risk factors. *Arch Intern Med* 1993;153:1557-62.
 - 62 Donze J, Clair G, Hug B, Rodondi N, Waeber G, Cornuz J, et al. Risk of falls and major bleeds in patients on oral anticoagulation therapy. *Am J Med* 2012;125:773-8.
 - 63 Devereaux PJ, Anderson DR, Gardner MJ, Putnam W, Flowerdew GJ, Brownell BE, et al. Differences between perspectives of physicians and patients on anticoagulation in patients with atrial fibrillation: observational study. *BMJ* 2001;323:1218-22.
 - 64 Pisters R, Lane DA, Nieuwlaar R, De Vos CB, Crijns HJ, Lip GY. A novel user-friendly score (HAS-BLED) to assess 1-year risk of major bleeding in patients with atrial fibrillation: the Euro Heart Survey. *Chest* 2010;138:1093-100.
 - 65 Olesen JB, Lip GY, Hansen PR, Lindhardsen J, Ahlehoff O, Andersson C, et al. Bleeding risk in 'real world' patients with atrial fibrillation: comparison of two established bleeding prediction schemes in a nationwide cohort. *J Thromb Haemost* 2011;9:1460-7.
 - 66 Hansen ML, Sørensen R, Clausen MT, Fog-Petersen ML, Raunso J, Gadsbøl N, et al. Risk of bleeding with single, dual or triple therapy with warfarin, aspirin, and clopidogrel in patients with atrial fibrillation. *Arch Intern Med* 2010;170:1433-41.



Robert Willemsen, Karen Konings

ECG-casus: acute inspanningsintolerantie

Casus

Patiënt:

Man, 74 jaar, vitaal

Voorgeschiedenis:

Hypertensie, DM2

Medicatie:

Quinapril/hydrochloorthiazide 1 x 20/12,5 mg, metformine 3 x 500 mg, simvastatine: 1 x 40 mg

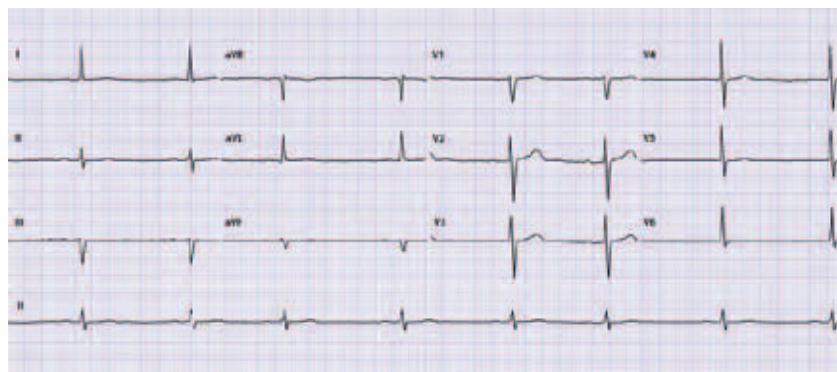
Anamnese:

Patiënt maakt dagelijks een wandeling van ongeveer 4,5 km. De laatste weken is hij steeds minder gaan lopen vanwege kortademigheid. Hij weet dit aan een griepje maar nu kan hij helemaal niet meer wandelen. Na enkele meters voelt hij zich doodmoe.

Lichamelijk onderzoek:

Tensie 134/88 mmHg. Pols 52/min irregulier. Hart: heldere harttonen, geen souffles. Longen: vesiculair ademgeruis, geen bijgeluiden. Extremiteten: geen oedeem. Verder geen afwijkingen.

ECG



OPGAVE

Beschrijf het ECG systematisch volgens ECG-10* en stel de diagnose in de conclusie. Wilt u ook een beleidsvoorstel doen?

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

Konings KTS, Willemsen RTA. ECG 10*: Systematisch ECG's beoordelen. *Huisarts Wet* 2016;59:166-70.

Van isolement naar organisatie: samenwerken in de huisartsenpraktijk

Dit is deel 6 van de serie Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Deze serie is ontwikkeld door de NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde en werd geschreven door Esther van Osselen, huisarts en wetenschapsjournalist. De werkgroep bestaat uit: prof.dr. E. Schadé (voorzitter), R.S.M. Helsloot (secretaris), M.J.J. Bergevoet, prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, dr. J.A.M. van Eijck, dr. F.J. Meijman, prof.dr. C. van Weel, dr. G.Th. van der Werf en dr. E.A.B. van Zalinge. Corresponderende leden: dr. B.J.M. Aulbers, prof.dr. H.J. Dokter, prof.dr. J. Heyrman, S.F.J. Kleijfers, H. Pellicaan en dr. H. Vink.

Samenwerking was in de jaren vijftig officieel nog afkeurenswaardig. Voor de oprichters van het NHG was het juist een manier om het ideaal van continue, persoonlijke en vooral integrale huisartsenzorg te verwezenlijken. Die samenwerking gebeurde aanvankelijk vooral *binnen* de eerste lijn, waar geëxperimenteerd werd met hometeams, groepspraktijken en gezondheidscentra. In de jaren zeventig stuurde de overheid echter aan op verplaatsing van de zorg uit ziekenhuizen en werd de huisarts naar voren geschoven als ‘poortwachter’ van de gezondheidszorg. Wilden huisartsen daadwerkelijk taken kunnen overnemen van specialisten, met name in de chronische zorg, dan was samenwerking noodzakelijk.¹

EEN ZEER AFKEURENSWAARDIGE DAAD

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) was eind jaren veertig duidelijk geen voorstander van samenwerking tussen artsen:

‘De voornaamste bezwaren die in sommige gevallen tegen deze overeenkomsten bestaan komen voort uit strijdigheid met de waardigheid van het vrije artseneroep, strijdigheid met de vrije artsenukeuze en onverenigbaarheid met de optimale verhouding van arts tot patiënt.’²

Alleen voor onderwijsdoeleinden of bij vervanging of ondersteuning wegens ziekte of naderende praktijkovername konden uit medisch-ethisch oogpunt de voordelen tegen de nadelen opwegen – dit ter beoordeling van de KNMG. Voor elke vorm van samenwerking moesten de leden toestemming vragen aan het hoofdbestuur.²

Het was niet toevallig dat de KNMG juist in de naoorlogse jaren van woningnood en wederopbouw deze oekaze uitvaardigde. Vóór de oorlog werd over samenwerking nog nauwelijks geschreven; alleen Eindhoven kende vanaf 1923 het Philips Gezondheidscentrum.³⁻⁵ Na de oorlog was er gebrek aan alles. De Amsterdamse oud-huisarts Sturkop, in 1946 de eerste voorzitter van de LHV en lid van het hoofdbestuur van de KNMG, had er begrip voor dat huisartsen samenwerkten bij het ‘gemeenschappelijk aanschaffen en exploiteren van dure instrumenten, van voertuigen, apotheek en bedrijfsruimte, het gemeenschappelijk in dienst nemen van hulppersoneel en dergelijke’.⁶ Verder moest het niet gaan: elke arts moest zijn eigen patiënten zien en de samenwerking mocht niet blijken uit briefhoofden, receptpapier of advertenties: ‘Uit deze ethische voorschriften kan reeds worden afgeleid, dat de associatie uit medisch oogpunt eigenlijk weinig betekenis heeft.’ Waarneemdiensten waren nuttig, in noodgevallen. ‘Een zeer afkeurenswaardige daad is het, wanneer de patiënt zijn arts aan de telefoon krijgt, doch door deze dan verwezen wordt naar de nacht- of Zondagsdienst.’ Dat deed immers geen recht aan de vertrouwelijke, ja zelfs intieme band tussen arts en patiënt, die het ‘zedelijk recht’ had om ‘uitsluitend door een arts zijner keuze behandeld te worden. Zowel op het spreekuur als aan het ziekbed, zowel overdag als des nachts’.^{6,7}

ZIEKE, INVALIDE EN ONAANGEPASTE MENSEN

Het sprak dus niet vanzelf dat de oprichters van het NHG in de jaren vijftig streefden naar samenwerking. De belangrijkste drijfveer was hun brede taakomschrijving van de huisarts: ‘con-

tinue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen’.⁸ Al snel na de conferentie van Woudschoten (1959) concludeerde het jonge NHG dat ‘de huisarts hiermede een verantwoordelijkheid aanvaardt, waaronder hij dreigt te bezwijken’. Met name de integrale zorg – waarin ook sociale, psychische en zielzorg werden begrepen – ging de deskundigheid van de huisarts te boven. Samenwerken was noodzaak. Eén van de twaalf deeltaken was dan ook ‘de integratie en coördinatie van de zorg voor de zieke, invalide en onaangepaste mensen door een goede samenwerking met andere deskundigen, waar nodig in teamverband’.⁸ In praktisch opzicht verwachtte men van samenwerking: meer tijd voor gezin, nascholing en wetenschappelijk onderzoek, en een betere regeling van de diensten. Jonge artsen konden onder verantwoordelijkheid van ouderen ervaring opdoen; het isolement van de huisarts zou worden doorbroken.⁹⁻¹³ Voorbeelden van mono- en multidisciplinaire samenwerking in Frankrijk en Groot-Brittannië kregen veel aandacht in *Huisarts en Wetenschap*.⁹

In Nederland werd de multidisciplinaire samenwerking vormgegeven langs twee lijnen. In het Philips Ge-

Overleg op straat tussen de huisdokter en de wijkverpleegster in Castricum (Katholieke Illustratie, september 1952).



NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: E.C.M. van Osselen; R.S.M. Helsloot; dr. G.Th. van der Werf; dr. E.A.B. van Zalinge • Correspondentie: r.helsloot@kpnplanet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. De financiële middelen werden verstrekt door de SBOH.

zondheidscentrum lag de nadruk op de bedrijfsmatige kant van de zorg en waren daarbij ook bedrijfsartsen betrokken.⁴ In 1962 lanceerde Frans Huygen, huisarts te Lent, het *hometeam*, met de nadruk op de psychosociale kant. Bij gezinnen in de problemen moesten wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, priester en huisarts op basis van gelijkwaardigheid samenwerken. Huygen kreeg al snel de kritiek dat het beroepsgeheim werd doorbroken, maar hij relativeerde dit: 'In praktisch alle gevallen was er geen sprake van geheimen, maar van publiek bekende situaties – al waren deze mij, als medicus, soms ontgaan.' Bovendien hadden ook de andere teamleden een beroepsgeheim.¹⁴

In de samenwerking met medisch specialisten zorgde de oprichting van het NHG hoogstens voor een nieuw zelfbewustzijn. Men besprak in Woudschoten dat de huisarts weliswaar 'ad hoc en tijdelijk' de zorg voor een patiënt kon delegeren aan een specialist of andere deskundige, hij bleef medeverantwoordelijk. Huisarts en specialist moesten overleggen over een nazorgplan.^{8,15,16} De KNMG steunde, bij monde van de Commissie Huisarts-Specialist, in 1959 de centrale rol van de huisarts:

*'Juist omdat het beeld van de geneeskundige wereld zoveel onoverzichtelijker is geworden en meer nog omdat per individu in onze tijd zoveel meer onderzocht wordt (...) is het voor de patiënt des te noodzakelijker in deze geneeskundige wereld een vaste, vertrouwde raadgever en gids te hebben die (...) op de hoogte is van de soms zo ingewikkelde historia morbi, die hem kent in zijn eigen milieu en eigen dagelijkse vreugden en zorgen, die in staat is te beoordelen of hij zelf met de hem ten dienste staande eenvoudige middelen de patiënt kan helpen of dat ingewikkelde procedures zijn geïndiceerd.'*¹⁷

In 1960 had Huygen een heel boodschap-penlijstje met klachten over specialisten: ze wezen zonder overleg onderling door, herhaalden onnodig belastend onderzoek en hielden patiënten te lang onder controle. 'Aan schrijver dezes zijn enige dramatische voorbeelden bekend

van iatrogene invaliditeit die op deze wijze ontstond.'¹⁵

HET MEDISCHE MODEL OP DE SCHOP

Tijdens weekendconferenties en in commissies, in rapporten en voorlichtingsbrochures en in de kolommen van *Huisarts en Wetenschap* werd vervolgens druk gedebatteerd over mono- en multidisciplinaire samenwerking. Het Nederland Huisartsen Instituut (NHI) was bij veel initiatieven betrokken.^{13,18}

Bij het verschijnen van deze gids in 1984 waren er circa 100 gezondheidscentra in Nederland. Doel van de gids was initiatiefnemers met soortgelijke plannen te laten profiteren van de opgedane ervaringen.



Vanaf eind jaren zestig startten in heel Nederland groepspraktijken en gezondheidscentra; bekende voorbeelden zijn de gezondheidscentra in Rotterdam-Ommoord, Venlo en Hoensbroek.^{13,19,20} Vanuit de overheid groeide de belangstelling voor de huisartsgeneeskunde en werd de opkomst van multidisciplinaire samenwerking toegejuicht.²¹ Sommige initiatieven kregen financiële steun.^{11,18} In 1970 werkte 2% van de huisartsen in een gezondheidscentrum of groepspraktijk, in 1985 was dat rond de 10%.²²

Tegelijk kregen de pleidooien voor samenwerking een scherpere ideologische lading. De maatschappelijke bewegingen voor emancipatie en democratisering van de jaren zeventig raakten ook de gezondheidszorg.²³ Kritiek op het medische model kwam vooral van sociologen en andere gedragswetenschappers.²⁴ Vooral jonge linkse huisartsen pakten de handschoenen op. Henk Lamberts, zoon van een PvdA-Tweede Kamerlid, citeerde Che Guevara:

*'Tegenwoordig heb je eindelijk het recht, zelfs de plicht, om boven alles een revolutionaire dokter te zijn, dat wil zeggen: een man die de technische kennis van zijn beroep gebruikt ten dienste van de revolutie en het volk.'*²⁵

Het medische model was in deze visie achterhaald. Lamberts verwees naar de voorvechters van de sociale psychiatrie:

*'Iemand die zich in deze onrechtvaardige en onmenselijke maatschappij niet kan handhaven behoeft niet ziek te zijn, ziek genoemd te worden of als een zieke te worden behandeld; de maatschappij zelf is ziek en maakt slachtoffers.'*²⁵

'Sociale actie' was evengoed een taak van de huisarts als de 'integrale zorg voor het gezin'. De huisarts als vrije ondernemer paste niet in dit beeld. Hinderlijk was ook dat huisartsen niet alleen een hogere status hadden, maar ook beter werden betaald dan de andere werkers in het gezondheidscentrum. De Nijmeegse hoogleraar Sociale pedagogiek en andragogie Marinus van Beugen vond dat huisartsen hun centrale rol in de eerste lijn moesten prijsgeven, en dat hinderlijke status- en inkomensverschillen tussen huisartsen en maatschappelijk werkers moesten worden beëindigd.²⁶ In 1975 werden de huisartsen in het Ommoordse gezondheidscentrum waar Lamberts werkte dan ook gemeenteambtenaren.²⁷

De ideologie was niet overal zo scherp. Wel was er veel idealisme: streven naar multidisciplinaire samenwerking, preventie, wetenschap, democratisering en

patiëntenparticipatie. In Hoensbroek-Noord kwamen de huisartsen op voor de mijnwerkers van gesloten staatsmijnen; die waren via de WAO afgekeurd en hadden zo ten onrechte een medisch stempel gekregen. De betrokkenheid en emancipatie van patiënten werd in Hoensbroek bevorderd door een patiëntenvereniging.^{13,28} Ook gezondheidscentrum Withuis te Venlo betrok patiënten actief bij het beleid, onder meer door de Withuiskrant.^{20,29-31} Men deed er onderzoek. Ook hier waren de artsen, al vanaf 1973, in loondienst. 'Daar sprak de gevestigde orde schande van', vertelt historicus Martin Bergevoet, die de geschiedenis van het Withuis optekende.^{1,20} Rond de huisartsinstituten ontstonden academische groepspraktijken waar onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg samenkwamen.^{21,32,33} In de Flevopolders stonden preventie en samenwerking centraal bij de inrichting van de gezondheidszorg in het nieuwe land.³⁴⁻³⁷

IN DE PRAKTIJK: VALLEN EN OPSTAAN

Samenwerken bleek moeilijker dan gedacht. Wederzijdse vooroordelen, grensconflicten, persoonlijke problemen en salaris- en statusverschillen leidden tot relatieproblemen tussen artsen,

verpleegkundigen, fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers.

*'De huisarts heeft (...) het ondraaglijk druk, heeft nergens tijd voor, is onbenaaderbaar voor de andere werkers, hij is een somaticus op huis-, tuin- en keuken-niveau. De maatschappelijk werker (...) is bijna onzichtbaar, hij doet iets vaags met arme mensen en werkt bejaarden weg. De (...) wijkverpleegkundige is gekoppeld aan de voorstelling van een oude vrijster, die, gehuld in een leren motorjas, billenwassend door de wijk gaat. De fysiotherapeut tenslotte is een masseur, een echte hulpkracht, die zich staande houdt met het zolang herhalen van een behandeling totdat het ziekenfonds het niet meer wil betalen.'*³⁸

Gedragswetenschappers moesten de groepsprocessen begeleiden.³⁸⁻⁴¹ Het gevoel moest goed zijn, maar dat lukte niet altijd. Toen in Hoensbroek-Noord de doktersassistente bijvoorbeeld gelijkwaardig ging deelnemen aan de teamvergaderingen klaagde een huisarts: 'Ik ben nu net aan het loskomen, durf mij te geven. Als er nu weer anderen bijkomen, durf ik niet meer.' Een van de huisartsen van het gezondheidscentrum, Vic Dubois, beschreef de samenwerkingsperikelen. De kern van zijn betoog was:

samenwerken is lastig, maar dat men moppert betekent nog niet dat het niet werkt.³⁹ Tijd kostte het allemaal wel.

Naast relationele strubbelingen waren er ook financiële en structurele problemen. Het gezondheidscentrum dat het NHI in Utrecht-Overvecht had willen oprichten, sneuvelde erdoor.⁴² Groepspraktijken en gezondheidscentra waren alleen al duurder doordat onbezoldigde echtgenotes werden vervangen door betaalde doktersassistentes en het praktijkhuis door een gezamenlijk gebouw.¹⁰

Twee van de vier 'huisartsvrouwen' in gezondheidscentrum Withuis: links Annemie van der Grinten, rechts Emmy Crebolder-Van der Velde. De positie van de 'huisartsvrouwen' werd in de periode 1973-1979 uitgebreid in het team besproken.



Teamvergadering gezondheidscentrum Withuis te Venlo, 1973. Vierde van links Harry Crebolder, een van de oprichters van het centrum, later hoogleraar Huisartsgeneeskunde in Maastricht.



Dit alles had voor de gezinnen van huisartsen grote gevolgen. Emmy Crebolder-van der Velde, echtgenote van één van de Withuis-oprichters, beschreef hoe bevrijdend het was. De echtgenotes van de huisartsen bleven betrokken doordat zij de wekelijkse vergaderingen in het gezondheidscentrum bijwoonden.⁴⁰ Toch bekreep sommigen van hen na verloop van tijd het gevoel 'dat er iets van hen was afgenomen'. Vooral toen nieuwe medewerkers zich hardop afvroegen waarom huisartsenvrouwen wél meevergaderden en de achterban van andere disciplines niet. Geheel in de stijl van de tijd werd dit opgelost door ook de echtgenoten van de wijkverpleegkundigen en de maatschappelijk werkster erbij te vragen.^{41,43}

Een mijlpaal was de goedkeuring in 1975 door de (toenmalige) Ziekenfondsraad van de samenwerkingsovereenkomst tussen de Stichting Gezondheidscentrum Withuis en de ziekenfondsen. Die goedkeuring gold voor een beperkte periode en is naderhand verlengd.²⁰ In feite werd daarmee het gezondheidscentrum als nieuwe voorziening geaccepteerd en voor een deel ook gefinancierd. Dat leidde tot de subsidieregelingen voor gezondheidscentra die nadien werden opgericht.

DE STRIJD VOORBIJ

De discussies over wijkgezondheidszorg en samenwerking maakten deel uit van een breder debat over de taken van de huisarts tussen 1974 en 1983. In de *Structuurnota gezondheidszorg* (1974) was de huisarts aangemerkt als spil in de eerste lijn en poortwachter van de tweede lijn.⁴⁴ Onderling waren huisartsen het echter niet eens over hun taakomschrijving. Van Herk beschrijft hoe LHV en NHG daarover tien jaar lang steggelden met elkaar en met hun achterbannen.⁴⁵ Het NHG publiceerde in 1979 *Hoe helpt de dokter*, waarin de huisarts slechts 'een der werkers' van de eerste lijn was, die mensen met psychosociale problemen snel moest verwijzen naar het maatschappelijk werk. Volgens de LHV zou dit echter de regiefunctie van de huisarts te veel ondermijnen. Uiteindelijk formuleerden de artsenorganisaties in 1983 dan toch gezamenlijk een Basistakenpakket.⁴⁶

Daarin was samenwerking niet langer omstreden.⁴⁷ Het aantal groepspraktijken en gezondheidscentra was snel gegroeid, tot respectievelijk 72 en 96 in 1981. Eén op de tien huisartsen werkte inmiddels in zo'n samenwerkingsverband.⁴⁸

Wel begon langzaam het heilige ideologische vuur te doven. Met enige opluchting schreef Ruut de Melker in 1984 dat 'het tijdperk van de samenwerkingsideologie' achter ons lijkt te liggen. 'Veel vormen van samenwerking kunnen even goed of zelfs beter vanuit de kleinschalige positie van de solohuisarts gerealiseerd worden.'¹²

SPECIALISTEN EN SCHAALVERGROTING

In de samenwerking *buiten* de eerste lijn was begin jaren tachtig nog weinig veranderd. Volgens Huygen was 'de kloof tussen huisarts en ziekenhuisgeneeskunde zelfs groter geworden'.¹² Just Buma, een andere NHG-grondlegger, noemde verwijzing van een patiënt door hem 'uit handen te geven' zonder omhaal schending van een aangegane verbintenis: 'De patiënt wordt (...) abrupt in de steek gelaten, overgeleverd aan zijn angsten en vrezen in een hem vreemde medisch-technologische wereld'.⁴⁹ En De Melker schreef dat de huisartsgeneeskunde, om beter met specialisten te kunnen samenwerken, volwassen moest worden en meer afstand moest nemen van de sociale wetenschappen.

*'Wil de huisarts een volwaardige partner naast en niet tegenover de specialist zijn, dan zal de huisarts zijn taakgebied nauwkeurig moeten aangeven.'*¹²

Het Basistakenpakket was een begrip van deze ontwikkeling, die uitmondde in de NHG-Standaarden. De ontwikkeling van deze standaarden, en later de multidisciplinaire CBO-richtlijnen, is wel beschreven als een 'relatief vredelievende manier om een territoriumstrijd te beslechten'.⁵⁰ Eén van de eerste NHG-Standaarden behandelde het verwijzen naar de tweede lijn. Zeker bij bepaalde groepen patiënten, zoals kinderen met oorpijn, leidden de NHG-Standaarden tot minder verwijzingen.^{51,52} Later volgden Landelijke Transmurale Afspraken en Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken.⁵³

In de jaren negentig kozen veel zorginstellingen in de eerste lijn, waarmee huisartsen samenwerkten, voor schaalvergroting. Lokale kruisorganisaties fuseerden tot thuiszorginstellingen, verpleeg- en verzorgingshuizen deden mee. De huisarts verloor de regie over deze zorg, die voortaan werd toegewezen door een regionaal indicatieorgaan. Verloskundigen namen de zorg voor zwangeren over en ook fysiotherapeuten kregen meer armslag. In de tweede lijn fuseerden ggz-instellingen en zie-

Cahier over de samenwerking tussen huisarts en specialist, onderdeel van een serie cahiers uitgebracht naar aanleiding van het NHG- Congres 1999 *Kijk naar je eigen...! Huisartsen in gesprek over communicatie en attitude.*



kenhuizen, en werd het aantal bedden gereduceerd.⁵⁴

Voorlopers als het Utrechtse ziekenhuis Oudenrijn zochten al eind jaren zeventig de samenwerking met huisartsen, bijvoorbeeld met het Diagnostisch Centrum Ziekenhuis Oudenrijn. Huisartsen kregen direct toegang tot specialistisch aanvullend onderzoek – in een tijd dat de diagnostische mogelijkheden van de huisarts nog zeer gering waren.⁵⁵ Ook in Hoogeveen en Maastricht kwamen er dergelijke centra, gestimuleerd door de overheid.¹ In IJmuiden startte in 1996 een experimentele huisartsenkliniek na de sluiting van het Zeeweg-ziekenhuis.⁵⁶ In verscheidene regio's organiseerden huisartsen en specialisten meeloopdagen om in elkaars keuken te kijken.

In 1994 gaf de Commissie modernisering curatieve zorg – de commissie-Biesheuvel – vleugels aan de term 'transmurale zorg', die overigens rond Maastricht al eerder werd gebruikt voor de samenwerkingsexperimenten van huisartsen en specialisten.^{57,58} Vooral over het model van onderlinge consultatie van huisarts en specialist, bijvoorbeeld gezamenlijke spreekuren

of groepsconsultaties met orthopeden, cardiologen en psychiaters of sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, verschenen geregeld positieve verhalen. In Limburg werd een carroussel voor consultaties opgetuigd.⁵⁹⁻⁶³ Een andere samenwerkingsvorm was de gedeelde zorg, waarin huisarts en specialist onderling afspraken maakten over elkaars rollen bij bepaalde groepen patiënten.⁵⁹

Soepel liep dat niet altijd. Annette Berendsen, werkzaam bij het Groningse huisartsinstituut, zag zoveel projecten mislukken dat ze daardoor het idee van een promotieonderzoek opvatte. Het waren vooral domeinkwesties, kortdurende projectfinanciering en botsende verwachtingen die in de weg zaten. Huisartsen en specialisten wilden elkaar graag leren kennen, maar als ze eenmaal een persoonlijke band hadden, verbleekte de animo voor tijdverslindend overleg. Huisartsen wilden hun kennis vergroten en specialisten kennis en respect voor de huisartsgeneeskunde bijbrengen. Specialist wilden huisartsen graag iets leren, maar hadden niet het idee dat zij iets van hen konden opsteken. De communicatie verliep moeizaam: specialisten klaagden dat huisartsen slecht bereikbaar waren en adviezen niet opvolgden, huisartsen mopperden dat ontslagbrieven hun verwijsvraag niet beantwoordden en bovendien te laat aankwamen.⁶⁴ Zoals eerder binnen de eerste lijn was ook deze samenwerking moeilijker dan gedacht.

Te midden van deze ontwikkelingen kwam de rol van de huisarts als poortwachter ter discussie te staan. Huisartsen benadrukten hoe belangrijk die rol was voor de kwaliteit van zorg.⁶⁵ Anderen erkenden dat deze functie altijd al hinkte op twee gedachten: het beste

voor de patiënt én kostenbesparing in de tweede lijn.⁶⁶ In de praktijk werd de poortwachterrol uitgehold. Patiënten dwongen verwijzingen simpelweg af – er was geen land waar patiënten méér invloed hadden op het verwijsbeleid van huisartsen dan Nederland.⁶⁷ Sommige artsen vonden de poortwachterstaak ook strijdig met goed hulpverlenerschap.^{68,69} Particuliere verzekeraars vroegen niet meer naar verwijsbriefjes bij de declaratie van specialistenrekeningen.⁵²

DAKEN, GROEPEN EN KETENS

Er was dus druk van buiten op de huisartsgeneeskunde, maar ook van binnenuit werden de eisen zover opgeschroefd dat de ambachtelijke organisatievorm van de huisartsenpraktijk, ‘waarin de huisarts als kleine ondernemer verantwoordelijk is voor alle zorgprocessen en alle bedrijfsprocessen, en waarin praktijk en privéleven door elkaar lopen’, niet meer volstond.⁷⁰ Substitutie van specialistische zorg, implementatie van NHG-Standaarden en zorg voor groeiende groepen chronische patiënten maakten de inzet van praktijkondersteuners nodig.⁷¹ Huisartsen werden vanuit de LHV ondersteund met Districts Huisartsen Verenigingen en vonden nieuwe samenwerkingsvormen, zoals huisartsen-onder-één-dak (HOED) en kostenmaatschappen.⁷²⁻⁷⁴ Ook voor de diensten in avond, nacht en weekend werden steeds grotere en professionelere samenwerkingsverbanden opgezet, die uitgroeiden tot een vrijwel landelijk dekkend netwerk van huisartsenposten.⁷⁵ Voor ketenzorgprogramma's rond chronische ziekten zoals diabetes en COPD richtten huisartsen zorggroepen op. Over al deze ontwikkelingen lopen de meningen uiteen.⁷⁶⁻⁷⁸

NHG-directeur Hans van der Voort als poortwachter eerste-tweede lijn. Cabaret NHG-Congres 1995 *Samenwerking huisarts en specialist te Rotterdam. Het meeste gaat vanzelf over...*



Tegenwoordig is huisartsgeneeskunde zonder intensieve samenwerking nauwelijks meer voorstelbaar. In 2012 werkte 83% van de huisartsen op een duo- of groepslocatie en ruim driekwart van de huisartsen neemt deel aan een zorggroep.^{77,79} De solopraktijk waar het allemaal mee begon, wordt misschien wel geschiedenis. ■

Esther van Osselen, Ron Helsloot, Ger van der Werf, Emma van Zalinge

DANKBETUIGING

Met dank aan Martin Bergevoet, die voor dit artikel zijn onderzoeksmateriaal ter beschikking stelde.

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Geschiedenis huisartsgeneeskunde.



KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets gaat over één artikel in dit juninummer van H&W, namelijk: Weel J, Schuurs T, Mulder B, Bruijnesteijn van Coppenraet L, Van der Zanden A, Van der Reijden W, Ruijs G. PCR-fecesonderzoek bij gastro-enteritis. Huisarts Wet 2016;59(7):297-301. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas, en CBO-richtlijnen.

De juiste antwoorden vindt u op pagina 332.

1. Sinds 2007 wordt bij acute diarree naast conventioneel onderzoek (feceskweek en TFT) ook moleculaire diagnostiek (PCR) voor fecesonderzoek ingezet. Waarom hebben Weel et al. hierover een eerstelijnsonderzoek opgezet?

- Om de PCR-uitslagen van verschillende laboratoria met elkaar te kunnen vergelijken.
- Om de waarde van PCR-diagnostiek bij acute diarree te verhelderen.
- Om moleculaire diagnostiek (PCR) en feceskweek/TFT met elkaar te kunnen vergelijken.

2. Van alle deelnemers aan het onderzoek (patiënten en controlegroep) werd een fecesmonster onderzocht. Daarnaast verzamelden de onderzoekers klinische informatie over de deelnemers via een vragenformulier. De meeste patiënten (93,1%) meldde diarree als klacht. Welke klacht rapporteerden zij na diarree het meest?

- Braken.
- Buikpijn.
- Koorts.
- Slijm in de ontlasting.

3. Bij de analyse van de onderzoeksresultaten vergeleken de onderzoekers de patiënten en de controlegroep met elkaar. De *Clostridium difficile*-bacterie bleek in de hoogste leeftijdsklasse (> 50 jaar) significant vaker voor te komen bij de patiënten dan bij de controlegroep. Bij de laagste leeftijdsklasse (< 5 jaar) kwam de bacterie bij beide groepen even vaak voor. Op basis van deze verdeling trekken de auteurs een conclusie over het (asymptotisch) dragerschap van *Clostridium difficile*. Waar komt dragerschap het vaakst voor?

- In de laagste leeftijdsklasse.
- In de hoogste leeftijdsklasse.
- In beide leeftijdsklassen even vaak.

4. Wouter (16 maanden) heeft sinds gisteren achtmaal per dag waterdunne diarree. Ook geeft hij over sinds gisteren, na eten en drinken. Wouter heeft geen koorts. Moeder weet niet of Wouter heeft geplast, omdat hij telkens diarree heeft. Ze maakt zich zorgen omdat Wouter weinig drinkt, ongeveer de helft van zijn normale hoeveelheid. Wouter is hongerig, maar niet suf. Bij onderzoek vindt de huisarts een normale turgor en een capillaire

refill van minder dan twee seconden. Zijn slijmvliesen zijn vochtig. Er is geen tachypnoe of tachycardie. Wat is op dit moment het aangewezen beleid?

- Voorlichting, advies én ORS.
- Voorlichting, advies, loperamide én ORS.
- Doorverwijzen naar de kinderarts.

5. De huisarts legt een visite af bij de heer Mathijssen, 36 jaar, in verband met hoge koorts (40,4°C) en waterdunne diarree sinds twee dagen. Hij heeft ongeveer tien keer per dag diarree zonder slijm of bloed. De heer Mathijssen is niet met vakantie geweest. Hij maakt een zieke indruk. Er zijn geen tekenen van dehydratie. Zijn bloeddruk is 140/84, zijn pols 88/minuut. Bij onderzoek van de buik vindt de huisarts geen afwijkingen. De huisarts laat een kweek verrichten en in afwachting van de uitslag start hij vast met antibiotica vanwege de hoge koorts. Welk antibioticum is in dit geval aangewezen?

- Azitromycine.
- Ciprofloxacine.
- Metronidazol.

6. *Dientamoeba fragilis* is een parasiet die vaak in de ontlasting zit bij kinderen met buikpijn en diarree. Er is discussie of *Dientamoeba fragilis* een pathogeen is of niet. Het onderzoek van Weel et al. laat zien hoe vaak de parasiet bij de patiënten en controlegroep werd aangetroffen. Wat is de conclusie van de auteurs op grond van deze cijfers?

- Dientamoeba fragilis* is een commensaal.
- Dientamoeba fragilis* is een pathogeen.
- De onderzoeksresultaten geven geen uitsluitsel.

7. Welke twee voordelen heeft moleculaire diagnostiek (PCR) boven conventioneel onderzoek (feceskweek en TFT) bij acute diarree?

- Onbeperkt testdomein (alle verwekkers) en sensitievere bepaling.
- Snellere diagnostiek en sensitievere bepaling.
- Verbeterde resistentiebepaling en onbeperkt testdomein.
- Verbeterde resistentiebepaling en snellere diagnostiek.

8. De heer Smithuis, 46 jaar, is drie weken geleden op reis geweest in Zuid-Europa. Sindsdien heeft hij last van diarree. Hij heeft geen bloed bij de ontlasting gezien, maar wel kleine witte wormpjes. Hoewel hij zich niet helemaal fit voelt, is hij niet ziek. Hij eet en drinkt gewoon, maar is wel wat afgefallen. Wat is de meest waarschijnlijke verwekker van deze diarree?

- Oxyuren.
- Enterotoxische *Escherichia coli*.
- Giardia lamblia*.
- Entamoeba histolytica*.

Schaamlipverkleining bij adolescenten

WAT IS HET PROBLEEM?

Een tiener vraagt om een verwijzing voor een schaamlipverkleining. Zij geeft aan zich niet in badkleding te durven tonen omdat haar kleine schaamlippen te groot zijn en daardoor voor anderen zichtbaar.

WAT MOET IK WETEN?

De kleine, of binnenste schaamlippen vertonen een grote diversiteit in afmetingen en vorm. Er bestaan geen standaard criteria voor de diagnose 'labia minora hypertrofie'. In een onderzoek werden bij volwassen vrouwen afmetingen van de labia minora gevonden variërend van 7 tot 50 mm.¹ Volgens consensus wordt in Nederland 40 mm als afkapwaarde beschouwd.

Het klachtenpatroon bij een wens tot schaamlipreductie valt grofweg in tweeën uiteen: functioneel en cosmetisch. Tot de eerstgenoemde groep behoren klachten als vulvaire irritatie, hygiëneproblemen, oppervlakkige dyspareunie, problemen met het dragen van strakke kleding en ongemak bij sporten en andere sociale activiteiten.

Bij de tweede groep gaat het vaak om twijfels over het uiterlijk van de labia minora. Als gevolg van de trend om het genitale gebied te ontharen worden de kleine schaamlippen meer zichtbaar. Afbeeldingen van het uitwendig vrouwelijk genitaal in tijdschriften en op internet zijn vaak bewerkt, wat een irreëel beeld oplevert. Met name meisjes in de puberteit zijn een kwetsbare groep als het gaat om uiterlijke kenmerken van de genitaliën.² Psychosociale factoren spelen bij hen een grote rol en moeten dus altijd meegenomen worden om een goed onderbouwd advies te geven.

WAT MOET IK DOEN?

Allereerst een uitgebreide anamnese. Vraag hierin goed uit wat de reden is van het verzoek. Bij functionele klachten moet worden geëxploreerd in hoeverre het meisje in kwestie zelf een relatie legt tussen de ervaren hinder enerzijds en de grootte van de kleine schaamlippen. Verder moet er uitgebreid aandacht zijn voor psychologische en sociale aspecten, onder andere van relationele en seksuele aard. Denk hierbij ook aan mogelijk seksueel misbruik en vraag hier expliciet naar.³

Voer vervolgens systematisch lichamelijk onderzoek uit, waarbij het meisje zelf met een spiegel mee kan kijken. De vulva moet aandachtig geïnspecteerd worden, waarbij er expliciet gelet moet worden op dermatologische afwijkingen zoals lichen sclerosus, vulvitis, cysten of lipomen.

Meet vervolgens de labia minora van proximaal (vanaf de hymenaalring) naar distaal (de rand), onder lichte tractie.⁴ Eventuele asymmetrie van de labia minora wordt tijdens de adolescentie regelmatig waargenomen en kan spontaan verdwijnen tijdens de groei.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Veel jonge meisjes weten niet wat als normaal kan worden beschouwd en het is aan te bevelen om tijdens het gesprek afbeeldingen te laten zien van het vrouwelijk genitaal. Bijvoorbeeld middels een boekje⁵ of op educatieve websites met afbeeldingen van verschillende vulvae^{6,7}. Vaak lukt het zo om het meisje ervan te overtuigen dat haar vulva een normaal aspect heeft. Bij functionele klachten kunnen adviezen gegeven worden omtrent hygiëne, het gebruik van emollientia om de huid en slijmvliezen te verzachten en het dragen van katoenen, niet te strak zittende, kleding. Als er problemen van psychosociale aard zijn, kunnen deze met instemming van de adolescent verder onderzocht worden door de huisarts of kan er verwezen worden naar een psycholoog of seksuoloog.

Als het meisje persisteert in haar wens tot schaamlipverkleining kan zij een afspraak maken bij een kliniek die cosmetische chirurgische behandelingen uitvoert. De ingreep zelf wordt in principe niet vergoed door de zorgverzekeraar. Leg vervolgens uit dat de uitkomsten van de ingreep te rooskleurig kunnen zijn voorgesteld op internet, dat er geen goede objectieve onderzoeken zijn gedaan en dat er een kans bestaat op complicaties, waaronder nabloedingen, wonddehiscentie, littekenvorming, verminderd seksueel gevoel en een ongewenst cosmetisch resultaat.⁸ Ook moet een dergelijke ingreep in principe niet uitgevoerd worden tijdens de groei. Het advies is om te wachten tot het meisje de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt.⁴ ■

LITERATUUR

- 1 Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, Liao LM, Creighton SM. Female genital appearance: "normality" unfolds. BJOG 2005;112:643-6
- 2 Laufer MR, Reddy J, Falcone T, Falk SJ. Labia minora hypertrophy. UpToDate, 2016.
- 3 De Waard J, Weijnenborg PT, Ter Kuile MM, Jansen FW. Verzoek om labiumcorrectie: soms meer dan een simpele vraag. Ned Tijdschr v Geneesk 2002;146:1209-12.
- 4 NVOG. Modelprotocol Labiumreductie, versie 1.0, 2008
- 5 Blank J, editor. Femalia. San Francisco: Down There Press, 1995.
- 6 <http://gynodiversity.tumblr.com>.
- 7 <http://www.labialibrary.org.au>.
- 8 Runacres SA, Wood PL. Cosmetic labiaplasty in an adolescent population. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016;29:218-22.



Oogverband bij oppervlakkige cornea-erosies

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

Vraagstelling In de praktijk wordt een oogverband regelmatig gebruikt om een oppervlakkige cornea-erosie te behandelen. Op basis van een review uit 1998 wordt in de NHG-Standaard Het rode oog uit 2006 het toevoegen van een oogverband naast aanbrengen van topische antibiotica niet geadviseerd. De vraag is of er bij patiënten met een oppervlakkige corneaerosie verschil in tijd tot genezing is bij gebruik van een oogverband. **Zoekstructuur** Op 15 december 2015 doorzochten we Pubmed met de volgende zoektermen: ("Corneal injuries"[MESH] OR "Corneal erosion"[tiab]) AND ("Eye Protective Devices"[MESH] OR "Pressure patching"[tiab] OR "eye patch"[tiab]). Dit leverde 59 artikelen op waaronder 1 relevante Cochrane-review (Turner et al.). Van de 3 RCT's van na de zoekdatum van de Cochrane-review (3-12-2007) selecteerde we nog 1 relevante RCT (Menghini et al.).

Resultaten De Cochrane-review van Turner et al. includeerde 11 onderzoeken (n = 1014) die voor de behandeling van simpele cornea-erosies het gebruik van oogverband vergeleken met een behandeling zonder oogverband. In een meta-analyse werden zes onderzoeken gepoold die de gemiddelde duur in dagen tot genezing beschreven. Er werd een niet statistisch significant verschil gezien in het voordeel van de groep zonder oogverband (gemiddeld verschil 0,14 dagen, 95%-BI 0,00 tot 0,29; p = 0,12; matige heterogeniteit tussen onderzoeken met $I^2 = 42\%$). Van de negen onderzoeken die pijnscores hebben gemeten rapporteerden er zeven geen significant verschil en twee een significant verschil in voordeel van behandeling zonder verband.

De enkelblinde RCT van Menghini vergeleek de effectiviteit van ofloxacin oogzalf (n = 28), ofloxacin oogzalf met een oogverband (n = 18) en ofloxacin oogdruppels met een therapeutische contactlens (n = 20) voor behandeling van een traumatische cornea-erosie ontstaan na het verwijderen van een oppervlakkig corpus alienum. De primaire uitkomstmaat was de afname van grootte van de laesies in vierkante millimeter na één dag. Een verschil in afname van 2,0 mm² per 24 uur werd vooraf als relevant beschouwd. In de groep met oogverband was er een afname van 3,4 mm² (95%-BI 2,0 tot 5,4) en in de groep zonder oogverband of contactlens was er een afname gezien van 3,5 mm² (95%-BI 2,4 tot 4,9). Dit verschil van 0,1 mm² is niet statistisch significant en niet klinisch relevant. Op dag twee waren alle cornea-erosies volledig hersteld,

de gemiddelde duur tot genezing wordt niet genoemd. Er werd geen statistisch verschil in pijnverlichting gemeten tussen de drie groepen.

Bespreking De besproken Cochrane-review heeft een grotere bewijskracht dan de review uit 1998 waar de NHG-Standaard Het rode oog zich op baseert; de conclusies zijn echter vergelijkbaar. De vraag is of het net niet significant verschil van 0,14 dagen (3,36 uur) in het voordeel van de groep zonder oogverband klinisch relevant kan zijn in de praktijk. Geen van de artikelen beschrijven hiervoor een afkappunt.

Van alle geïncludeerde onderzoeken van de Cochrane-review zijn maar vier onderzoeken adequaat omgegaan met blinding. Slechts één van deze onderzoeken is verwerkt in de meta-analyse. Er is een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd met de adequaat geblindeerde onderzoeken waarin de genezing op de eerste dag als uitkomstmaat werd onderzocht. Ook hier werd een niet significant verschil gezien.

De grootste beperking van de RCT van Menghini et al. is dat de onderzochte populatie klein was, zeker in combinatie met de grote, overigens niet selectieve uitval van deelnemers na 7 dagen (38%). Verder kan de genezing ook zijn beïnvloed door de toepassing van de topische ofloxacinbehandeling.

Ondanks het feit dat de geïncludeerde onderzoeken van de Cochrane-review en de RCT zijn uitgevoerd in de tweede lijn, zijn de onderzoekspopulaties met cornea-erosies < 48 uur oud variërend van 1,6 tot 23,7 mm² veroorzaakt door mechanisch letsel of een corpus alienum vergelijkbaar met de patiënten in de huisartsenpraktijk.

Conclusie Er lijkt geen verschil in genezingstijd tussen de behandeling van een oppervlakkige cornea-erosie met of zonder oogverband.

Betekenis Op basis van genezingstijd, pijn en ongemak is een aanvullend oogverband bij de behandeling van een oppervlakkige corneaerosie niet geïndiceerd. ■

LITERATUUR

- 1 Turner A, Rabin M. Patching for corneal abrasion. Cochrane Database Syst Rev 2006; CD004764.
- 2 Menghini M, Knecht PB, Kaufmann C, Kovac R, Watson SL, Landau K, Bosch MM. Treatment of traumatic corneal abrasions: a three-arm, prospective, randomized study. Ophthalmic Res 2013;50:13-18.

CEA alléén onvoldoende bij nacontrole darmkanker

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

Context Tijdens nacontrole van in opzet curatief behandelde colorectaal carcinoom (CRC) kan de tumormarker carcinoëen embryonaal antigeen (CEA) gebruikt worden. Internationale richtlijnen variëren aanzienlijk in welke onderzoeken wanneer moeten worden gedaan. Tevens verschillen de CEA-afkapwaarden en is het onbekend of periodieke bepaling van CEA alleen effectief genoeg is om een recidief te detecteren.

Klinische vraag Wat is de diagnostische nauwkeurigheid van verschillende CEA-afkapwaarden bij het opsporen van een recidief van CRC tijdens nacontrole na in opzet curatieve behandeling?

Conclusie auteurs De auteurs vonden 52 onderzoeken (totaal 9717 geïncludeerde patiënten) naar de diagnostische nauwkeurigheid van CEA. De sensitiviteit varieerde tussen 41 en 97% en de specificiteit tussen 52 en 100%. Zeven onderzoeken hanteerden een afkapwaarde van 2,5 µg/L. De gepoolde sensitiviteit en specificiteit waren respectievelijk 82% (95%-BI 78 tot 86) en 80% (95%-BI 59 tot 92). Bij een afkapwaarde van 5 µg/L (23 onderzoeken) betrof dit respectievelijk 71% (95%-BI 64 tot 76) en 88% (95%-BI 84 tot 92) en bij een afkapwaarde van 10 µg/L (7 onderzoeken) respectievelijk 68% (95%-BI 53 tot 79) en 97% (95%-BI 90 tot 99). Op basis hiervan concluderen de auteurs dat uitsluitend het bepalen van CEA ontoereikend is en moet worden gecombineerd met beeldvorming om gemiste recidieven te detecteren. Gezien het hoge aantal foutpositieven bij lage afkapwaarden wordt een afkapwaarde van 10 µL/L geadviseerd.

Beperkingen Selectiebias werd verondersteld in 52% van de onderzoeken vanwege onterechte exclusiecriteria, bijvoorbeeld ouderen en oncologische voorgeschiedenis. Daarnaast werden factoren die van invloed zijn op CEA (zoals tumorstadium en rookgedrag) inconsistent gerapporteerd en was er grote variatie in de gebruikte referentietesten om een recidief te bevestigen.

COMMENTAAR

Deze review geeft een overzicht van de onderzoeken naar de diagnostische waarde van CEA-bepalingen bij diverse afkapwaarden. De literatuurzoektocht was uitgebreid en zonder taalrestrictie en lijkt daarom volledig. De auteurs wilden een betrouwbare CEA-afkapwaarde bepalen om inzet van kostbare aanvullende beeldvormende diagnostiek te voorkomen. Conclusies zijn gebaseerd op drie waarden (2,5, 5 en 10 µg/L), terwijl er 15 verschillende waarden zijn gerapporteerd. Daarnaast is een CEA-waarde als momentopname onderzocht zonder het verloop in de tijd te bestuderen, wat klinisch re-

levante informatie kan bevatten. De auteurs adviseren een afkapwaarde van 10. Vergeleken met een afkapwaarde van 5 µg/L is de sensitiviteit gelijk, echter bij een afkapwaarde van 10 µg/L is de specificiteit (weliswaar niet significant) hoger, wat resulteert in minder onrust en minder coloscopieën. In deze review is niet gekeken naar het complete diagnostisch pakket (CEA, beeldvorming en coloscopie) dat in de landelijke richtlijn wordt geadviseerd. Op basis van bovenstaande resultaten is de standaard aanvullende diagnostiek aan te raden volgens de auteurs. Effect op kwaliteit van leven en consequenties van het missen en het detecteren van recidieven waren geen doelen van deze review, maar zijn belangrijke uitkomstmaten. Het vermoeden op selectiebias is aanwezig bij het merendeel van de geïncludeerde onderzoeken. De gevonden sensitiviteit en specificiteit zijn mogelijk onbetrouwbaar, aangezien deze waarden mede afhankelijk zijn van de casemix.

Nacontrole van CRC vindt momenteel plaats in de tweede lijn. In de landelijke richtlijn wordt de rol van de huisarts tijdens nacontrole niet beschreven. Ondermeer NHG en KWF pleiten voor een grotere rol voor de huisarts na kankerbehandeling. Deze review bevat één onderzoek waarbij nacontrole werd vergeleken tussen de eerste en tweede lijn. Aangezien beide groepen niet verschilden in opsporing van recidieven, concluderen de auteurs dat de resultaten ook van toepassing zijn op de eerste lijn. De mogelijkheid om CRC-nacontrole in de eerste lijn te verlenen wordt momenteel onderzocht in Nederland.

De landelijke richtlijn vermeldt geen afkapwaarde van CEA. De meeste Nederlandse ziekenhuizen hanteren een afkapwaarde van 5-5,5 µg/L en adviseren bij een verhoging de waarde te vervolgen in de tijd. In de toekomst, als de eerste lijn verantwoordelijk wordt voor de nacontroles, kunnen huisartsen de diagnostische onderzoeken zoals geadviseerd in de huidige richtlijn, in eigen beheer aanvragen. Wel is dan noodzakelijk dat de frequentie en de CEA afkapwaarde gedefinieerd zijn, dat huisartsen weten hoe ze uitslagen moeten interpreteren en weten welke stappen zij moeten ondernemen bij een afwijkende uitslag.

Deze review laat zien dat bepaling van uitsluitend het CEA ontoereikend is om een CRC-recidief op te sporen. De auteurs onderschrijven bestaande richtlijnen waarin wordt geadviseerd om standaard aanvullende beeldvorming te verrichten om recidieven te detecteren. De resultaten veranderen de landelijke richtlijn voor CRC-nacontrole niet. ■

LITERATUUR

- 1 Nicholson BD, Shinkins B, Pathiraja I, Roberts NW, James TJ, Mallett S, et al. Blood CEA levels for detecting recurrent colorectal cancer. Cochrane Database Syst Rev 2015;12:CD011134.

Academisch Medisch Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam; Laura Duineveld, aiotho; Jan Wind, huisarts • Correspondentie: l.a.duineveld@amc.uva.nl

Ulipristal als noodanticonceptie

In het aprilnummer van Huisarts en Wetenschap stond een artikel van Van der Velden en Rijkels-Otters over de mogelijkheden voor noodanticonceptie.¹ Het ging vooral over de nieuwste aanvulling op het aanbod, de nieuwe morning-afterpil met ulipristalacetaat (in Europa verkrijgbaar onder de merknaam ellaOne®). In het artikel wordt geconcludeerd dat ulipristalacetaat alleen in aanmerking komt 72 tot 120 uur na onbeschermd seksueel contact en wanneer een koperhoudend spiraal niet tot de mogelijkheden behoort. In de eerste 72 uur zou levonorgestrel de voorkeur hebben.

In het artikel staat één feitelijke onjuistheid, namelijk dat voor ulipristalacetaat een recept van de dokter nodig zou zijn. Begin 2015 is op advies van het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) door de Europese Commissie besloten om ulipristalacetaat vrij te geven voor verkoop zonder recept in heel Europa.² Inmiddels is dit in zo goed als alle Europese landen geïmplementeerd, inclusief Nederland.

Ook de conclusie dat ulipristalacetaat op de reservebank zou moeten plaatsnemen is discutabel. De literatuur - die ook in het artikel wordt aangehaald - geeft namelijk een ander beeld. Uit een meta-analyse van twee onderzoeken waarin beide morning-afterpillen worden vergeleken, blijkt dat ulipristalacetaat ook in de eerste 72 uur na onbeschermd seks ongeveer anderhalf keer zo effectief is als levonorgestrel.³ De meeste vrouwen die voor de morning-afterpil komen doen dat binnen 24 uur en dan is het verschil in effectiviteit tweëneenhalf keer zo groot. Bovendien blijkt er geen enkel verschil te zijn in het veiligheidsprofiel van beide pillen. Het is dus alleszins de moeite waard om ook in de eerste 72 uur te kiezen voor ulipristalacetaat.

In het artikel van Van der Velden en Rijkels-Otters wordt de vraag gesteld of ulipristalacetaat een betere optie is dan het koperspiraal voor anticonceptie. Als het enkel gaat om effectiviteit, dan is het koperspiraal altijd de meest gunstige optie, ook in de eerste 72 uur en ook boven levonorgestrel. Bovendien biedt het na plaatsing vijf tot tien jaar bescherming tegen ongeplande zwangerschap. Voor veel vrouwen is het spiraal echter

geen optie en zij moeten dan kunnen kiezen tussen de morning-afterpillen met ulipristalacetaat en levonorgestrel. De eerste is effectiever, de tweede goedkoper (15 euro versus 28 euro). Vrouwen (en/of hun partners) kunnen dan prima zelf bepalen of zij meer geld over hebben voor de hogere effectiviteit.

Charles Picavet*

* Belangenverstrengeling: Charles Picavet heeft vergoedingen ontvangen voor consultancy aan HRA Pharma bij de introductie van ulipristalacetaat in Nederland.

LITERATUUR

- 1 Van der Velden J, Rijkels-Otters H. Ulipristal als noodanticonceptie? Huisarts Wet 2016;4:184.
- 2 Europese Commissie. Commission Implementing Decision of 7.1.2015 amending the marketing authorisation granted by Decision C(2009)4049 for "ellaOne - ulipristal acetate", a medicinal product for human use. Online bezocht op 10 mei 2016 op http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2015/20150107130448/dec_130448_en.pdf
- 3 Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, Logan SJ, Casale W, Van Horn J, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: A randomised non-inferiority trial and meta-analysis. Lancet 2010;375:555-62.

ANTWOORD

Wij danken collega Picavet hartelijk voor zijn reactie. Hij heeft gelijk dat ulipristal tegenwoordig zonder recept (OTC) verkrijgbaar is. Ten tijde van het maken van onze CAT en het schrijven van ons artikel is ulipristal OTC geworden.

Zoals wij in onze vraagstelling formuleren, waren wij op zoek naar het antwoord of ulipristal een betere optie is dan de koperspiraal als een patiënte te laat is voor de morning-afterpil, maar nog wel binnen vijf dagen na onbeschermd gemeenschap. De vraagstelling was dus specifiek voor de tijdspanne van 72-120 uur na onbeschermd gemeenschap. Er is geen onderzoek dat deze twee opties met elkaar vergelijkt. Ulipristal doet het niet beter dan het koperhoudend spiraal; voor vrouwen die geen koperhoudend spiraal willen is ulipristal een goed alternatief na drie dagen onbeschermd gemeenschap. ■

Hanneke Rijkels-Otters, José van der Velden



Foto: Joe Thomissen

In memoriam: Hans Grundmeijer



Hans Grundmeijer is overleden op 19 mei 2016 aan de gevolgen van een oesofaguscarcinoom. En dat past niet, want de dood paste niet bij Hans: een genie-ter van het leven, een gepassioneerd huisarts en docent. Nog vol plannen en schrijvend aan nog meer leer- en leesboeken.

Hans is 68 jaar geworden. Hij ging bijna vier jaar geleden met pensioen, nadat hij meer dan 25 jaar had gewerkt bij de afdeling huisartsgeneeskunde in het AMC en 30 jaar als huisarts in gezondheidscentrum Diemen-Zuid. Als geen ander combineerde hij de praktijk met de academie, hij was de personificatie van de academische dokter, maar het zwaartepunt lag voor hem dan wel in de praktijk. De praktijk als vertrekpunt, als inspiratiebron voor het onderwijs en onderzoek. Geen onderzoek als de patiënt er uiteindelijk niet beter van zou worden, geen onderwijs als dat niet ten dienste stond van goede zorg.

Zijn afscheid als huisarts illustreerde de waardering voor dat denken. Het

was die dag erg warm en de buurt werd ingenomen door een lange rij patiënten, die staand in de hete zon en dorstig op hun beurt wachtten om Hans het beste te wensen. Dat is tekenend voor Hans; hij deed alles voor zijn patiënten en werd door hen op handen gedragen. Hij begreep als geen ander het belang van persoonlijke continuïteit, van aandacht en warmte en van een luisterend oor. Hans was een zuinige dokter als het screening, (invasieve) diagnostiek en pillen betrof, maar een gulle dokter met inzet en aandacht als het er echt op aankwam. En volgens Hans kwam het er vaak echt op aan; niet alleen bij de grote dingen, maar ook bij een kind met oorpijn of een ongeruste patiënt.

Studenten waardeerden zijn intelligentie, authenticiteit en betrokkenheid. Lange tijd fungeerde hij als gezicht van de huisartsgeneeskunde in het AMC en als rolmodel voor medisch studenten. Hans was de hoeder van de sterke positie van de huisartsgeneeskunde in het bachelor- en masterprogramma van het AMC. Tientallen jaargangen jonge dokters werden onder andere door hem geïnspireerd en leerden van hem de kunst van het dokteren. Als een van de grondleggers van het onderwijs klinisch redeneren in het AMC bracht hij de wereld van getallen samen met de wereld van empathie, van het begrijpen van angst en van hetgeen patiënten drijft. Een goed gesprek, gecombineerd met klinisch epidemiologisch redeneren en de voorgeschiedenis zijn meestal voldoende voor een gewogen oordeel. Meer is niet nodig en het streven naar maximale zekerheid leidt vaak tot fout-positieven en een hoop onrust; gebruik de tijd. Hans was een ouderwetse, slimme huisarts en dat kon hij goed voor het voetlicht brengen. Soms bracht hem dat in conflict met gespecialiseerde collega's, die zijn manier van redeneren niet altijd konden of wilden volgen. Daar had hij dan last van; hij kon daar niet goed tegen. Maar hij stond pal voor zijn me-

ning en voor hetgeen hij goede geneeskunde vond.

Zijn passie voor het onderwijs bracht hij ook tot uiting in een aantal (leer) boeken; voor vele studenten en aios huisartsgeneeskunde de kapstok voor huisartsgeneeskundige kennis: *Het geneeskundig proces*, *Diagnostiek van alledaagse klachten*, en *Preventie in de huisartspraktijk* zijn bekende titels. Samen met zijn mede-redactieleden kreeg hij het voor elkaar dat tientallen huisartsen en specialisten bijdroegen aan die *body of knowledge*. Terecht was hij daar trots op. Natuurlijk was hij nog niet klaar, want therapie ontbrak nog in het lijstje. Zijn werkzaamheden daaraan werden ruw onderbroken.

Voor de huisartsgeneeskunde als discipline was Hans belangrijk als bestuurslid van het NHG eind jaren '80, als congresvoorzitter en als co-auteur van een aantal standaarden. Naast zijn activiteiten voor het NHG participeerde hij ook in adviescommissies van de gezondheidsraad, multidisciplinaire richtlijncommissies van het toenmalige CBO en was hij pleitbezorger voor het vak in radio- en televisieoptredens. Onder alle omstandigheden verdedigde hij zijn vak: Hans deed geen huisartsenpraktijk, hij was er een. Bij zijn pensionering ontving hij de NHG-speld als dank voor zijn activiteiten.

We doen hem tekort door alleen over zijn betekenis voor de huisartsgeneeskunde te schrijven. Hans was een goede zanger, meubelmaker, bouwvakker, danser, echtgenoot, vader, collega en vriend. Hij maakte af waaraan hij begon en was loyaal tot op het bot. Bovenal genoot hij echter van zijn leven, van de grote en kleine dingen daarvan. Daarom is zijn overlijden zo vreemd, hij was nog niet klaar. Zijn te vroege overlijden is een groot gemis voor ons allen.

Henk van Weert, Jettie Bont

Hommage aan Herbert Cohen

Op 6 april 2016 overleed op 85-jarige leeftijd Herbert Cohen, oud-huisarts te Capelle aan den IJssel.

Hij was een van de moedige pioniers uit de begintijd van de euthanasie die op intelligente en onnavolgbare wijze de zachte dood op verzoek uitvoerde en invoerde. Het Openbaar Ministerie vervolgde hem daarvoor. De geruchtmakende rechtszaak die volgde, eindigde in vrijspraak.

Heel trots was hij op Nederland toen hij vervolgens tot lid van het Medisch Tuchtcollege in Den Haag werd benoemd. Als voorzitter van de Rotterdamse Huisartsen Vereniging en als voorzitter van de Stichting Trombosediensdienst en Artsenlaboratorium Rotterdam had hij toen al zijn bestuurlijke sporen verdiend.

Herbert was een non-conformist en wars van alle gewichtigdoenerij. Hij had een ongelofelijk gevoel voor humor en gevoel voor relativisering die een wezenlijke functie in zijn leven vervulde. Daarvan getuigt zijn onderstaande observatie als patiënt van een consult bij zijn dokter.

In de laatste jaren van zijn leven had hij een schrijfclubje van mannen op leeftijd. Zij schreven korte beschouwelijke stukjes en lazen die aan elkaar voor. Tijdens de indrukwekkende afscheidsplichtigheid las een van hen het stukje voor dat Herbert enkele maanden voor zijn dood had geschreven. Het ging over zijn nierinsufficiëntie, aan de gevolgen waarvan hij kwam te overlijden.

Hans van der Linde, huisarts, namens de Stichting Capelse Huisartsen

Overwegingen in de spreekkamer

Maandag heb ik, voor de halfjaarlijkse controle, mijn internist bezocht. Een vast ritueel wordt dan afgedraaid: zij tuurt geconcentreerd op het computerscherm, terwijl mijn verbeelding door haar appetijtelijke uiterlijk beheerst wordt. Het idee met haar en een glas witte wijn op een zonnig terras te zitten, kan me best wel bekoren. Een glas rode wijn in de pauze van een licht klassiek concert zou ook wel smaken. Dan kijkt ze op, glimlacht geroutineerd vriendelijk, en zegt: 'Ik zie dat het eigenlijk wel goed met u gaat'. Wie ben ik om haar teleur te stellen; een hele lijst met ongemakken had ik voorbereid, maar is die het waard om onze mooie harmonie te verstoren?

'Uw nierfunctie is wel flink achteruit gegaan', hoor ik in de verte. Ja, ja, gewogen en te licht bevonden... 'We moesten maar eens een echo maken en wat extra laboratoriumonderzoek laten doen. Wellicht komt u in aanmerking voor twee maal per week dialyse.'

Een heilzame uitvinding voor de mensheid, die kunstnier, en ook nog oorspronkelijk Nederlands fabricaat. Tijdens de Tweede Wereldoorlog heeft dokter Pim Kolff in Kampen het eerste exemplaar in elkaar geknutseld, met behulp van een stofzuigermotor en twintig meter varkensdarm. Dat laatste overigens kreeg hij op een koopje; er was toch geen vlees meer om ze mee te vullen. Hij is er later wereldberoemd mee geworden.

'...tenminste, als u daar nog aan wilt beginnen.' Wat een opmerking! Die vraagt echt om bezinning. Vroeger ging je met problemen naar de dokter en kreeg antwoorden. Nu word je naar huis gestuurd met vragen waarop alleen uitgebreid onderzoek antwoord kan geven. En zelfs dat lang niet altijd. Stel dat dialyse mij tien extra levensjaren verschaft, wat is dan de kwaliteit van die jaren? In ieder geval zal de ouderdom haar sloopwerk onverminderd kunnen voortzetten. Gelijk met het poolijs smelt je weerstand en een hele rits ziektes krijgen hun kans. En ten slotte mag je dan, intens vermoeid, uitblazen. De laatste adem bedoel ik.

Laat ik het maar eens op papier zetten, soms helpt dat.

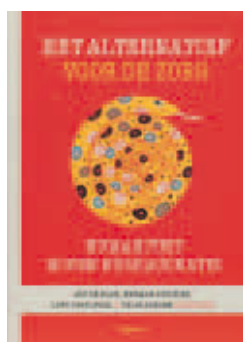
Herbert Cohen

GOEDE EN BETAALBARE ZORG IS HAALBAAR

De Blok Jos, Suichies Herman, Vogelpoel Lewi, Jansen Thijs, redactie. Het alternatief voor de zorg. Humaniteit boven bureaucratie. Amsterdam: Boom uitgevers, 2015. 244 pagina's, €25,00. ISBN 978-90-8953-636-5.

Doelgroep Zorgverleners, patiënten, beleidsmakers, verzekeraars en overige belanghebbenden.

Inhoud In 2006 vond in Nederland de stelselherziening in de zorg plaats. Enerzijds ingegeven door ideële motieven, anderzijds door economische noodzaak. Opheffing van het onderscheid tussen particulier en ziekenfondsverzekerden en het instellen van een basisgezondheidszorg waren belangrijke ideële motieven. Het controleren en indammen van een ogenschijnlijke, onbeheersbare kostenontwikkeling was de vermeende economische achtergrond. Door een eenzijdige fixatie op kostenbeheersing is er een toenemende onvrede ontstaan bij zorgvragers en zorgverleners. Deze onvrede wordt gebundeld in dit boek. Het boek bevat een bundeling van de verschillende analyses op welke punten het zoal fout is gegaan. Daarnaast bevat het boek talloze initiatieven waaruit blijkt dat het ook anders kan, zonder dat economische



sche beheersbaarheid van de zorg ten koste gaat van de kwaliteit van die zorg.

Het boek draagt als subtitel *Humaniteit boven bureaucratie*. Het geeft daarmee aan wat dit alternatief moet inhouden: zorg terug naar de menselijke maat. Centraal in het boek staat de opvatting dat goede en betaalbare zorg alleen mogelijk is als het gehele zorgstelsel dienstbaar wordt gemaakt aan de relatie tussen patiënt en zorgverlener. De veranderingen die de schrijvers voorstaan moeten een perestrojka in de zorg teweegbrengen. Een belangrijk instrument tegen bureaucratie en marktwerking is de beweging Het Roer Moet Om. Deze beweging moet, naast andere al eerder tot stand gekomen initiatieven, samen met patiënten en andere hulpverleners de omwenteling in de zorg teweegbrengen. Projecten die elders al succesvol gerealiseerd zijn dienen als voorbeeld voor nieuw te starten initiatieven. Het boek sluit af met een manifest voor allen die met de zorg te maken hebben. Een oproep aan hulpverleners, patiënten, verzekeraars en overheden om de aandacht te verleggen van kostenbeheersing naar kwaliteitsbewaking.

Oordeel Het boek geeft een uitvoerig beeld van de achtergronden van het huidige zorgstelsel. Wat zit er fout en hoe kan het beter? Voor de huisarts die aan den lijve ondervindt dat het zo niet verder kan is het een bemoedigende analyse. Het Roer Moet Om was voor veel huisartsen een eerste aanzet. Dat dit boek een bijdrage moge leveren aan het vervolg hierop en Honderd Bloemen zal Laten Bloeien.

Bèr Pleumeekers

Waardering: ●●●●

HET GEHEIM VAN EEN HOGE LEEFTIJD

Van Hateren Hans, Kleefstra Nanno. 99+ Een geheim... of geluk? Twee artsen in gesprek met tien eeuwelingen. Zwolle: Uitgeverij Langerhans, 2016. 111 pagina's, € 24,95. ISBN 978-90-824914-0-1.

Doelgroep Alle professionals die met ouderen te maken hebben.

Inhoud Twee artsen gaan op bezoek bij tien 99-plussers. De oudsten zijn 103 jaar oud. Zij interviewen vijf mannen en vijf vrouwen over het geheim van hun hoge leeftijd. Ieder hoofdstuk begint met een kort cv van de oudere en een kenmerkende uitspraak. Zij tekenen hun levensverhalen op: verhalen over hun jeugd, die lang niet altijd makkelijk was omdat een ouder jong overleed, de oorlog uitbrak, verblijf in Japenkampen, onderduiken van partner, overlijden van broertjes en zusjes aan tbc. Maar ook verhalen over gevonden geluk, veerkracht en hoe ze omgingen met tegenslagen in hun leven.

Wat opvalt is hoe actief deze 99-plussers nog in het leven staan ondanks hun kwalen en kwaaltjes. Ondanks alles wat ze hebben meegemaakt tonen ze nog levensmoed en levenslust. Ze weten zich omringd door familie, staan nog vol in het leven en zijn nog steeds van betekenis voor de mensen om hen heen. Een van de geïnterviewden, een vrouw van 101 jaar oud, past iedere dag vier keer even op de baby van de bure

als de andere kinderen naar school moeten. Allen waren ook nog geestelijk en lichamelijk actief: lezen, dichten, nieuws bijhouden op de iPad, zelf kleren naaien, wandelen.

Aan het eind van het boek leggen de schrijvers alle verhalen naast elkaar: wat is nu het geheim van ouder worden of is het

toch puur geluk? Opvallend in alle verhalen was dat niemand gekweld werd door wrok ondanks alle tegenslag, ze staan en stonden tevreden in het leven en waren hun hele leven van betekenis voor anderen. Geluk dwing je af.

De opbrengsten van het boek gaan naar het Lan



gerhans Onderzoeksinstituut voor onderzoek naar diabetes.

Oordeel Dit prachtig vormgegeven boek is een genot om te lezen en een must voor degenen die met ouderen werken. Dat een oudere meer is dan 'de opeenstapeling van zijn ziektes' wordt hier prachtig verwoord. De ontroerende foto's erbij maken het verhaal compleet.

Elvira Schouten

Waardering: ●●●●

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1c

Weel J, Schuurs T, Mulder B, Bruijnesteijn van Coppenraet L, Van der Zanden A, Van der Reijden W, Ruijs G. PCR-fecesonderzoek bij gastro-enteritis. *Huisarts Wet* 2016;59(7):297-301.

2b

Weel J, Schuurs T, Mulder B, Bruijnesteijn van Coppenraet L, Van der Zanden A, Van der Reijden W, Ruijs G. PCR-fecesonderzoek bij gastro-enteritis. *Huisarts Wet* 2016;59(7):297-301.

3a

Weel J, Schuurs T, Mulder B, Bruijnesteijn van Coppenraet L, Van der Zanden A, Van der Reijden W, Ruijs G. PCR-fecesonderzoek bij gastro-enteritis. *Huisarts Wet* 2016;59(7):297-301.

4a

Belo JN, Bos ML, Brühl PhC, Lemmen WH, Pijpers MAM, Van den Donk M, et al. NHG-Standaard Acute diarree. www.nhg.org.

5a

Belo JN, Bos ML, Brühl PhC, Lemmen WH, Pijpers MAM, Van den Donk M, et al. NHG-Standaard Acute diarree. www.nhg.org.

6a

Weel J, Schuurs T, Mulder B, Bruijnesteijn van Coppenraet L, Van der Zanden A, Van der Reijden W, Ruijs G. PCR-fecesonderzoek bij gastro-enteritis. *Huisarts Wet* 2016;59(7):297-301.

7b

Weel J, Schuurs T, Mulder B, Bruijnesteijn van Coppenraet L, Van der Zanden A, Van der Reijden W, Ruijs G. PCR-fecesonderzoek bij gastro-enteritis. *Huisarts Wet* 2016;59(7):297-301.

8c

Belo JN, Bos ML, Brühl PhC, Lemmen WH, Pijpers MAM, Van den Donk M, et al. NHG-Standaard Acute diarree. www.nhg.org.

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Henk Folkers. Hij is 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

Hans van der Wouden, hoofdredacteur a.i., Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, 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/voor auteurs

Redactiesecretariaat

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

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Advertenties

Advertentieverkoop: advertieren@bsl.nl, tel. 030-6383603
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie. Inzenden aan de uitgeverij: media.marketing@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) € 231,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 138,60. 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

© 2016
ISSN 0018-7070



Aandachtspuntje

Misschien heeft u ze ook al wel in de spreekkamer gezien: jongeren met pijn in de nek en de hoge rug bij wie de oorzaak ligt in het veelvuldig voorovergebogen kijken op smartphone of tablet. Is dit fenomeen, met namen als *tabletnek*, *appnek* of *textnek*, de nieuwe RSI? De aandacht van deze jongeren richt zich volledig op hun elektronica in plaats van hun omgeving. Ook in restaurants vallen me soms gezelschappen op waarin alle disgenoten bezig zijn met hun smartphones. Ik hoop dat ze dan in elk geval nog met elkaar aan het appen zijn...



Dit doet me denken aan diverse kennissen die me over hun contact met hun huisartsen vertelden. Die huisartsen leken meer aandacht voor

hun computer te hebben dan voor hen. In één geval overlegde de huisarts zelfs niet met zijn patiënt; hij keek naar de richtlijn op de computer en vertelde vervolgens welke behandelingen nodig waren. Ik schrok hier wel een beetje van, want zo zijn onze standaarden niet bedoeld.

Er is overigens niets op tegen om in aanwezigheid van een patiënt iets op te zoeken. Wie wil er nou niet op de hoogte zijn van de jongste wetenschappelijke stand van zaken of de laatste labuitslagen? Maar dit opzoeken moet niet in de plaats komen van een goed overleg met de patiënt. Immers, de huisarts wil dat zijn adviezen zijn afgestemd op de persoon en situatie van de patiënt.

In een poging mijn aandacht goed te verdelen tussen computer en patiënt kijk ik voor diens binnenkomst even in het dossier en zoek ik soms al iets in een standaard op. Maar die verhalen van mijn kennissen zetten me wel aan het denken. Doe ik dat ook, steeds meer op mijn scherm kijken? En zo ja, hoeervaart de patiënt dat dan? Aandachtspuntje!

Rob Dijkstra

De nieuwe NHG-Behandelrichtlijnen:

Bijbehorende informatie nu op Thuisarts.nl

De eerste vijf NHG-Behandelrichtlijnen staan inmiddels online. Hierbij verschenen nieuwe en geactualiseerde teksten op Thuisarts.nl, waar nodig onder licht afwijkende titels:

- Brandwonden
- Buikgriep
- Dermatitis perioralis
- Menstruatie uitstellen
- Waterwratjes

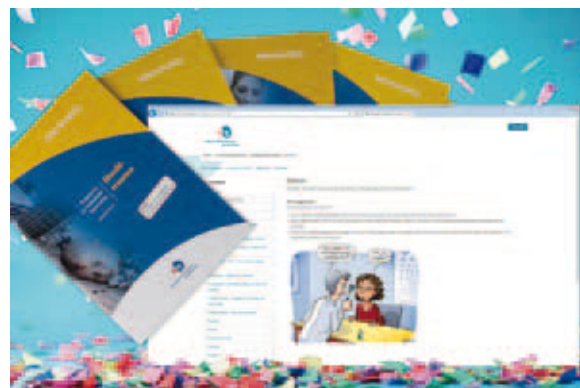
PIN-onderwerpen 20^e jaargang

De populaire NHG-Programma's voor Individuele Nascholing zijn alweer aan hun twintigste jaargang toe. Een jubileum! Daarom zal het laatste nummer van deze jaargang een extra feestelijk tintje krijgen. De titel daarvan verklappen we nog niet, maar de overige negen PIN's in het komende jaar zijn (onder voorbehoud):

1. Baarmoederhalskanker (internet-PIN)
2. Beroerte (internet-PIN)
3. Kinderen met koorts (internet-PIN)
4. Borstkanker
5. Kleine kwalen
6. Rugklachten
- 7a. Amenorroe en 7b. Miskraam
- 8a. Ziekte van Lyme
- 9a. Acne en 9b. Bacteriële huidinfecties
10. Jubileumuitgave (internet-PIN)

Meer weten?

In de webwinkel op www.nhg.org vindt u alle informatie over de diverse soorten abonnementen op de PIN's, inclusief de daaraan verbonden kosten. U kunt zich daar ook abonneren.



Nieuwe huisartsenbrochures over zeldzame ziekten

Onlangs verschenen weer vier nieuwe digitale huisartsenbrochures over zeldzame ziekten, te weten:

- Amyloidose
- MED-SED
- Parkinsonismen
- Primaire scleroserende cholangitis

De brochures zijn gemaakt met de VSOP en de verschillende patiëntenorganisaties. In totaal komen er dit jaar 21 online huisartsenbrochures uit over zeldzame aandoeningen. Ze zijn te vinden op www.nhg.org/thema/zeldzame-ziekten.

Over de besluitvorming van de huisarts

Aan de Wetenschapsdag namen dit jaar zo'n 220 huisartsen, aiossen, aiotho's, onderzoekers en andere belangstellenden deel; nog net geen record. Het thema was Besluitvorming door de huisarts. De beslisregel... hulp of hindernis? Hieronder leest u een impressie van de dag, met een verslag van de presentatie van de CAT's die in aanmerking kwamen voor de Jan van Es-prijs.

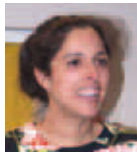
Opening

NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra heet de aanwezigen welkom, gevolgd door dagvoorzitter Eric Moll van Charante. Laatstgenoemde geeft het woord aan Patrick Bossuyt, hoogle-
raar Klinische epidemiologie aan het AMC-UvA, die de open-
ningslezing verzorgt over (de problemen bij) ontwikkeling,
evaluatie en gebruik van beslisregels. Over zijn gedachtegoed
rondom de zin en onzin van beslisregels vertelt Bossuyt uitge-
breid in een interview in het meinumner van H&W (Huisarts
Wet 2016;59(5):226-7).

Critically appraised topics

Farida Berkhof – Misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing bij nulligravida

Berkhof koos voor dit onderwerp omdat het plaatsen van een spiraaltje bij een nulligravida erg pijnlijk is en de NHG-Standaard stelt dat er onvoldoende bewijs is voor de werking van misoprostol. Ze vond drie RCT's die aan haar onderzoekscriteria voldeden. In alle gevallen werd 400 mcg misoprostol toegediend, twee-
maal in de wangzak en eenmaal vaginaal. Alle onderzoeken
gaven gunstige resultaten, maar bij twee ervan waren deze
niet klinisch relevant. Het resterende onderzoek liet een echt
gunstig effect zien, maar omdat juist hier wat kanttekenin-
gen bij de methodiek zijn te plaatsen, concludeert Berkhof dat
er onvoldoende bewijs is om misoprostol aan te raden.
In de discussie met de zaal licht Berkhof nog toe dat plaat-
sing in de wangzak minder bijwerkingen (zijnde buikkram-
pen) geeft. En omdat de patiënten zeggen dat ze graag min-
der pijn zouden hebben, is misoprostol dan wel geen hard
advies op grond van de gevonden resultaten, maar vindt
Berkhof dit soms misschien toch het overwegen waard.



Just Dupuis – Insulten couperen via neus of anus

'Is er een dokter aanwezig?' Het overkwam Dupuis in de trein, waar iemand een insult had gekregen. Gelukkig had de patiënt zelf medicatie bij zich, maar Dupuis aarzelde bij het plaatsen van de rectiole in zo'n volle trein en was dus blij dat hij ook neusdruppels vond. Maar zijn die wel even effec-
tief? Hij selecteerde hiertoe vier onderzoeken uit de laatste
tien jaar. Deze toonden geen tot weinig verschillen tussen de
werkzaamheid en veiligheid van diazepam rectioles en mi-



dazolam neusspray. Het gebruiksgemak was in twee onder-
zoeken meegenomen en dat viel uit ten faveure van midazo-
lam. Is het dus een goed idee om van nu af aan de neusspray
in de visitetas te hebben? Nadelen daarvan zijn de houdbaar-
heid (drie maanden), de hygiëne (gebruik bij meerdere patiën-
ten) en de kosten (midazolam is fors duurder dan diazepam).
De zaal geeft aan dat er een opzetstukje is voor nasale toedie-
ning, zodat de ampul meermalen meegaat. Ook stelt de zaal
dat je nogal snel sedeert met midazolam, maar dat heeft vol-
gens Dupuis geen problemen gegeven.

Joost Gijssels – Kinderen met koorts:

oorthermometer of rectale thermometer

Het ging aan Gijssels knagen dat hij altijd automatisch de oorthermometer pakte bij kinderen met koorts. Immers, de NHG-Stan-
daard zegt: 'Bij voorkeur rectaal en bij kinderen jonger dan
drie maanden altijd rectaal.' Dit omdat de oorthermometer
wel praktischer, maar minder betrouwbaar zou zijn. Gijssels-
hart onderzocht of dit nog steeds zo is en vond een aantal
toepasselijke artikelen en vooral ook een mooie, betrouwbare
review. Hieruit bleek dat de rectaal gemeten temperatuur ge-
middeld 0,22 graden hoger lag dan de oorthermometer aan-
gaf. Echter, de spreiding tussen de verschillen was dusdanig
groot dat Gijssels concludeert dat een oormeting geen goe-
de vervanging is van rectale meting.

De zaal vraagt hoe relevant dit is, wetende dat huisartsen
minder dan 1% ernstige infecties zien. Gijssels meent dat
inderdaad de oorthermometer niet meteen hoeft te worden
weggegooid: 'Je ziet als huisarts meer dan alleen een tempe-
ratuur, maar herhaal bij twijfel de meting rectaal.'



Eva Spijker – 'Liever één prik dan twee, dokter!'

Bij verwondingen aan de vinger geven huis-
artsen een Oberst-verdoving: injecties aan beide
zijden van de vingerbasis. Die prikken doen
flink pijn, zeker als je het bot raakt. Bovendien
kun je zenuwen beschadigen. Spijker is dus
een vurig voorstander van een volair blok: 'Knijp een kussen-
tje bij het eerste vingerkootje en injecteer daarin; de vinger is
dan vanaf het tweede kootje verdoofd. Het is heel gemakke-
lijk en je komt niet in de buurt van de zenuwen.'
Maar hoe zit het met de effectiviteit en de pijn? Spijker vond
hierover drie geschikte studies, maar bij één ervan werden de
vereiste aantallen niet gehaald omdat de dokters niet langer
Oberst-verdovingen wilden geven... zo goed beviel het volaire
blok! De andere twee onderzoeken wezen uit dat het volaire
blok betere resultaten geeft: het is minstens even effectief,
minder pijnlijk, gemakkelijker uit te voeren en goedkoper
(door minder anestheticumgebruik). Het enige nadeel is dat
het onderste kootje niet is verdoofd. Spijker concludeert dan
ook: 'Ga het vooral proberen, want dit heeft veel potentie!'



De zaal vraagt nog of ook een Oberst-verdoving volair kan worden toegediend. Dit bevestigt Spijker.

Wetenschapsdagweetjes...

Tijdens de Wetenschapsdag presenteren aiossen, aiotho's, huisartsen en onderzoekers de jongste resultaten van hun huisartsgeneeskundig onderzoek. Dat levert altijd vele leuke 'weetjes' op. Enkele daarvan op een rij:

- Patiënten herstellen sneller van een discushernia na een operatie dan bij conservatieve behandeling, maar na een jaar is er geen verschil meer. Extrusie (versus protrusie) en wortelcompressie geven een betere prognose.
- De pijngevoeligheidsdrempel ligt bij (vooral vrouwelijke) patiënten met patellofemorale pijn lager dan bij hun 'gezonde' leeftijdsgenoten. Er lijkt van veranderde pijnmechanismen en hyperalgesie sprake te zijn; dit geeft misschien mogelijkheden voor verbeterde behandeling.
- Medicatiebeoordelingen op grote schaal zijn niet altijd zinvol en ook niet kosteneffectief. Wel zijn patiënten er tevreden over. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of medicatiebeoordeling bij hoogrisicopatiënten wel zinvol is.
- Onderzoeken in westerse landen tonen aan dat de incidentie van dementie een dalende trend vertoont. Helaas geldt dat niet voor Nederland: bij ons stijgt de incidentie nog altijd, namelijk met 2,1%.
- Bij een grootschalig onderzoek is er geen verschil gezien tussen intensieve 'vaatzorg' en standaard zorg om dementie tegen te gaan. Wel is het van belang hypertensie goed te behandelen en daarbij therapietrouw te bevorderen.
- Monnikspeper – in België geregistreerd als Donnafyta Premens – geeft gunstige resultaten bij het premenstrueel syndroom en heeft geen relevante bijwerkingen. Het onderzoek betrof een extract van 20 mg, maar er is nader onderzoek nodig naar doseringen.
- 80% van de patiënten met fasciitis plantaris is na een jaar spontaan genezen. Maar als de aandoening chronisch blijkt, is schokgolftherapie met lage intensiteit effectief.

... en Wetenschapsdagtweetjes

Tijdens de dag werd ook druk getwitterd. Dit waren de interessantste en leukste tweets:

- 'Huisarts ziet weinig patiënten na gezondheidstests.'
- 'Zorggebruik in de 1^e lijn gedaald na lancering Thuisarts.nl.'
- 'Zelfmanagementondersteuning leidt niet tot verbetering bij zorgverlener en patiënt.'



- 'De digitale kindcheck-alert in NHGDoc in het HIS werkt als geheugensteun.'
- 'NHG e-Pin Soa-consult verbetert kennis, attitude, diagnostiek en behandeling van soa.'
- 'Huiselijk geweld, suicide en alcohol/drugsgebruik bruikbaar voor Kindcheck-alert.'
- 'Vergelijking 12 richtlijnen tabaksverslaving: NL enige land waar "vastleggen rookstatus alle patiënten" niet is opgenomen.'
- 'Ervaringen huisartsen met advance care planning: grote verschillen, kan beter worden ingezet.'
- 'Huisartsen vinden uitleg geven over SOLK lastig. De info op Thuisarts.nl kan daarbij helpen.'

Sluiting – And the winner is...

De slotlezing wordt verzorgd door Ameen Abu Hanna, hoogle-raar Medische informatiekunde aan het AMC-UvA. Hij gaat in op de Amsterdamse ervaringen met beslissingsondersteuning via ICOVE. In een interview in het meinummer van H&W vertelt Abu Hanna uitgebreid over het belang van beslissingsondersteuning voor de huisarts (Huisarts Wet 2016;59(5):224-5).

Dan is het tijd voor de uitreiking van de Jan van Es-prijs voor de beste CAT. De winnaar hiervan wordt bepaald door de jury van deze prijs, maar daarnaast is er ook een publieksprijs. Dit jaar zijn twaalf CAT's – alle van prima kwaliteit – ingediend, waarvan de jury er vier heeft geselecteerd.

Behalve de huisartsgeneeskundige relevantie van de CAT's weegt ook de presentatie ervan mee, evenals de kwaliteit van de discussie met het publiek.

Slechts eenmaal eerder zijn beide prijzen door dezelfde CAT-presentator gewonnen, maar dit jaar is dat wederom het geval. De winnares is Eva Spijker met haar CAT 'Liever één prik dan twee, dokter!' Spijker neemt een legpenning, een cheque van € 1000,- en een bos bloemen in ontvangst.



Juryvoorzitter Femke Hohmann (links) overhandigt de Jan van Es-prijs en de publieksprijs aan Eva Spijker

Nadat alle organisatoren en deelnemers zijn bedankt voor hun bijdragen kan tevreden worden teruggekeken op een geslaagde en interessante dag tijdens de gebruikelijke afsluitende borrel. (AS)

Roy Beijaert, Patiëntenvoorlichting en Preventie NHG

Roy Beijaert is huisarts en werkt maar liefst al dertig jaar bij het NHG. Natuurlijk heeft hij in die tijd meerdere functies vervuld, maar de patiëntenvoorlichting heeft altijd een warm plekje in zijn hart gehad. In de rubriek *Een werkdag uit het leven van...* vertelt hij over zijn huidige werkzaamheden, vooral voor de publiekswaarsite Thuisarts.nl.



Morgenstond...

Halfzeven. Na een glas verse jus loop ik met de hond in ons monumentale stadspark. Drol in een plastic zakje. Een eerste WhatsApp uit het gezondheidscentrum. De Volkskrant kauwt door op de ons al lang bezighoudende onderwerpen. Ik snuffel door mijn NHG-mail en beantwoord de eerste drie. Op de fiets naar de Domus Medica, fietsfiles voor de stoplichten. De koffieautomaat maalt echte bonen en brouwt er cappuccino van met poedermelk. Verder met de NHG-mail. Ik weet nooit goed of ik nou onder- of bovenaan moet beginnen.

Zinderende vergadering

Nu de redactievergadering met het Thuisarts-team. Het zindert er van de ideeën en er zijn vooral heel veel teksten te schrijven. De sfeer is goed. Op het grote flatscreen ons Excel-schema. Ons doel is dat net een dag voor het uitkomen van elke nieuwe richtlijn, standaard, zorgmodule of LESA de voorlichting al op Thuisarts.nl staat. Zo werken we nu aan de teksten bij de behandelrichtlijnen *Brandwonden*, *Misselijkheid/Braken*, *Mollusca* en *Uitstel van menstruatie*. Tegelijk komen daar de standaarden *Urinesteentjes*, *Rectaal bloedverlies*, *Kinderen met koorts*, *Mammacarcinoom* en *Infectiepreventie* aan. Naast de LESA *Kindermishandeling*, de zorgmodule *Opsporing psychische klachten* en bijvoorbeeld de zorgstandaard SOLK. Genoeg te doen dus. We bespreken ook de reacties uit het land. Met op sommige dagen 100.000 websitebezoekers zijn dat er wekelijks wel een paar. En er zijn altijd wel collega's met goede ideeën voor verbeteringen of nieuwe onderwerpen. Dan heb je nog de ervaringsdeskundigen die vinden dat hun aandoening een te mager profiel krijgt op Thuisarts.nl. Dat kan soms aanleiding zijn om een tekst bij te stellen. Net huisartsenwerk: een melange van evidence en ervaring.

Oefenen voor de film

Naar aanleiding van een mail bel ik met het LCI/RIVM. We maken met hen tien films over infectieziekten. Ik schreef daarvoor de scenario's en de bijpassende teksten op Thuisarts.nl. Nog niet al hun commentaar is binnen en volgende week zijn de opnames al in de Green Screen Studio. Ik wil eigenlijk dat de dokters die in de films optreden hun teksten dit weekend kunnen oefenen, maar ik moet nog de teksten

over scabiës, voedselinfectie en BRMO terugkrijgen. Ze stellen me gerust en ik leg de laatste hand aan drie Thuisarts-teksten over brandwonden.

De nieuwe generatie

Op de fiets naar het UMCU. Om de beurt geven we daar een werkcollege *Preventie* aan vijfdejaars Geneeskunde. Na mijn inleidende praatje discussiëren we over zin en onzin van verschillende preventieprogramma's. We hebben het over het eigen rook- en drinkgedrag en over motiverende gespreksvoering. Daarna presenteren ze in groepjes een zelfbedacht preventieplan voor de huisartsenpraktijk. Het gaat over de depressie in de Vinex-wijk, suïcidepreventie, borstkanker, darmkanker en voorlichting aan ouders met dikke kinderen. De nieuwe generatie... wat een denkracht en levensenergie!

Baarmoederhalskanker

Ik parkeer mijn fiets in de verbouwingschaos bij het Beatrixgebouw, waar de werkgroep Communicatie vergadert over het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. De voorzitter begroet me uitbundig; we zijn vaak de enige twee mannen. Veel voorlichtingsmateriaal is al klaar. Prachtige brochures. Graphics over uitstrijkjes, HPV, afwijkende cellen en zelfafnameset. Voor verschillende oproepsituaties of afwijkingen hebben we briefteksten bedacht. We werken naar 2017 toe. Momenten waarop het NHG en de NVDA materiaal naar hun achterban sturen zijn ge-highlight. Thuisarts.nl moet tegelijk met de start van het bevolkingsonderzoek alle informatie presenteren.

Op de Huisartsenbeurs liet Karin in een powerpoint al veel materiaal zien. Zelf had ik een interview met *Libelle*, mijn favoriete tijdschrift. Een deel van de doelgroep moet ik zo toch kunnen bereiken?

Café met geiten

Half zes: afspraak met Bart, de regisseur van de Thuisarts-films, in het café. Behalve studio-opnamen willen we ook op locatie filmen en het LCI wil graag ervaringsdeskundigen in beeld. Bij een biertje bespreken we wat mogelijkheden. Bijvoorbeeld een boer die Q-koorts heeft gehad filmen tussen z'n geiten. Met een tablet vol ideeën fiets ik naar huis. Thuis loop ik op m'n iPhone nog even door de laatste NHG-mails. Na het eten bereid ik een praktijkdag voor. Morgen om acht uur werkoverleg op het gezondheidscentrum.

De computer gaat uit. Tijd voor een aflevering van *Breaking Bad*.

Roy Beijaert

Redactie NHG-nieuws

Colofon
Anke ter Brugge
Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

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

Contact

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

Colofon