

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Berichtgeving door de huisarts bij bevolkingsonderzoeken

BESCHOUWING

Etnische verschillen bij een acuut hartinfarct

NHG-STANDAARD

Visusklachten

514
518
522
526
530

- ONDERZOEK** Berichtgeving door de huisarts bij bevolkingsonderzoeken
Eefje Raams, Tjerk Wiersma
- BESCHOUWING** Etnische verschillen bij een acuut hartinfarct
Louise van Oeffelen
- Voorspellen van kwaliteit van leven van COPD-patiënten
Lara Siebeling, Gerben ter Riet
- De rol van de huisarts bij huidtumoren
Margit van Rijsingen, Wim Gorgels, Toine Lagro-Janssen, et al.
- COMMENTAAR** Diagnose van vitamine-B12-tekort
Petra Franken, Paul Geutjes, Jody van den Ouweland, et al.

532

NHG-STANDAARD

Visusklachten (tweede herziening)
NHG-Werkgroep Visusklachten

521
541
542
548
547
554
556
557
558
559

- PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE** Gemiddelde, mediaan en spreidingsmaten
Antonette Smelt, Arjen de Vetten
- HUISARTSENZORG IN CIJFERS** Invloed van kanker op het zorggebruik van partners
Marianne Heins, Mieke Rijken, Gé Donker, et al.
- NASCHOLING** Immunotherapie voor de huisarts
Hans de Groot, Reinout van Bentveld
- Tinnitus
Carlijn Hoekstra, Roderick Venekamp, Bert van Zanten
- (VER)STAND VAN ZAKEN** Kinderen met koorts op de HAP
Eefje de Bont
- CASUÏSTIEK** Koolstofmonoxide intoxicatie
Rutgerjan van Orden
- IMPORT** Stoppen met roken: ook zinvol voor ouderen!
Bèr Pleumeekers
- Valpreventie en vitamine D
Marianne Dees
- CATS** COPD: vergrote kans op exacerbatie bij bètablokker?
Folkert van Bruggen, Henk Bosveld
- PEARLS** Eenvoudige gedragsinterventies bij bedplassen
Michèle Haagmans, Jennifer van der Heiden

511
552
555
560
563
564

JOURNAAL
INTERVIEW
KENNISTOETS
INGEZONDEN
BOEKEN
COLOFON HG-W

37

HET NHG

Nog even een telefoontje...?

Weer zo'n brief met een afwijkende mammografie-uitslag. Hoeveel onrust zaait u dit keer met uw telefoontje? Nodigt u de patiënt toch maar uit aan het eind van het spreekuur? Mevrouw zit er al doorheen na het overlijden van haar zus. Of gaat u, op weg naar huis, even langs om uitleg te geven over de afwijkende bevindingen...

Uitleg geven

Het is een rode draad in onze dagelijkse praktijk, het behoort tot onze 'core business'. In deze *Huisarts en Wetenschap* komt uitleg geven herhaaldelijk aan de orde, zij het niet altijd expliciet. Het blijkt dat patiënten uw persoonlijke uitleg over de uitslag van het cervix- en borstkankerbevolkingsonderzoek als prettig, helder en geruststellend ervaren. Inmiddels wordt uw uitleg ook ingezet bij een afwijkende iFOBT. Wat te denken van de bevindingen van Van Oeffelen dat de prognose na een hartinfarct bij etnische minderheidsgroepen kan verbeteren als door uitleg preventieve medicatie gecontinueerd wordt?



Persoonlijk worstel ik elke keer weer met uitleg geven over suppletie bij vitamine-B12-tekort. Ik ben blij met de aanbeveling van Franken et al. om bij de methylmalonzuuruitslag een suppletieadvies te geven. Opmerkelijk genoeg komt uitleg geven niet voor in het artikel over de rol van de huisarts bij huidtumoren. Ik denk dat de patiënt wel enige uitleg wil voordat u de verdachte huidlaesie biopsteert. Uiteraard valt er winst te behalen als u uw tinnituspatiënten uitleg geeft over de aard, het natuurlijk beloop en de effectiviteit van behandelopties van hun aandoening. Overigens ben ik benieuwd of u vindt dat uitleg geven de aandacht krijgt die het verdient in het artikel van Siebeling over het voorspellen van kwaliteit van leven van COPD-patiënten. Als u bij deze patiënten na *shared decision-making* een passende interventie wilt starten, vraagt dat enige uitleg. En als u vervolgens, geholpen door de praktische leidraad van De Groot, aan de slag wilt gaan met immunotherapie moet u uw patiënten wel uitleggen dat therapietrouw een voorwaarde is voor het slagen van deze behandeling.

Maatwerk

Uitleg geven wordt in al deze artikelen nauwelijks genoemd, alsof het simpel en vanzelfsprekend is. Maar wat vertelt u wel en wat vertelt u niet, en hoe doet u dat dan? Waarmee maakt u patiënten nodeloos ongerust? Willen zij de prognose wel of niet weten? Gebruikt u taal die aansluit bij leeftijd, gezondheidsvaardigheden, opleiding, culturele achtergrond en wensen over informatie? Welke hulpmiddelen helpen bij het uitleggen? Checkt u of u begrepen wordt? Geeft u de patiënt echt ruimte om vragen te stellen? Welke informatie geeft u mee om thuis nog eens rustig na te lezen?

Tekst en uitleg geven: werk aan de winkel!

De tijd dat u als huisarts vooral op klachten reageerde is voorbij. Aan u de taak patiënten te betrekken bij hun eigen zorg en het aanpassen van hun leefstijl. Zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming zijn geveleugelde woorden. U hebt de komende tijd nog heel wat uit te leggen. U kunt er bijna uw beroep van maken... ■

Marianne Dees

De diabeteslobby

Een kleine groep onderzoekers, allemaal in dienst van de farmaceutische industrie óf door hen gesponsord, bepaalt de wetenschappelijke opinievorming over de behandeling van diabetes mellitus. Slechts een klein deel van de publicaties in wetenschappelijke bladen is afkomstig van onafhankelijke onderzoekers.

Dit zijn de belangrijkste conclusies van Nederlands onderzoek naar de achtergronden van de auteurs van RCT's van in PubMed geïndexeerde tijdschriften over bloedsuikerverlagende geneesmiddelen in de periode 1993 tot 2014. Hun PubMed-search leverde 3782 RCT's op, met in totaal 13.592 auteurs. De auteurs van de top-110 (dat is nog geen 1%) waren verbonden aan 1227 (32%) publicaties, 91% van deze onderzoeken was aantoonbaar gesponsord door de farmaceutische industrie en bij slechts 6% van de RCT's kon men ervan uitgaan dat de onderzoeken onafhankelijk tot stand waren gekomen. Van deze 110 auteurs was 44% in dienst van de farmaceutische industrie en was 56% verbonden aan een academisch centrum dat nauwe banden had met de farmaceutische industrie. Auteurs in dienst van de farmaceutische industrie had-

den minder kans om als eerste auteur genoemd te worden dan auteurs met een academische affiliatie. Het mediane aantal *conflict of interest*-meldingen bij de top-10 van de academische onderzoekers was 16. Dit doet vermoeden dat de farmaceutische industrie meer dan alleen een eerste auteurschap in het vooruitzicht heeft gesteld voor publicatie in een vooraanstaand medisch tijdschrift.

Als de farmaceutische industrie met minder dan 1% van de onderzoekers eenderde van alle RCT's kan controleren, dan heeft de diabeteslobby zorgelij-

ke proporties aangenomen. Het is niet onwaarschijnlijk dat de farmaceutische industrie het medisch discours over tal van andere onderwerpen op dezelfde wijze beïnvloedt. De geloofwaardigheid van de medische wetenschap staat op het spel als de invloed van de farmaceutische industrie op de wetenschappelijke opinievorming niet radicaal aan banden wordt gelegd.

Bèr Pleumeekers

Holleman F, et al. Productivity of authors in the field of diabetes: bibliographic analysis of trial publications. *BMJ* 2015;350:h2368.



Foto: Hollandse Hoogte/Corbis

Tevredenheid over terminale zorg

Uit Engels onderzoek blijkt dat de familie van terminale patiënten niet altijd tevreden is over de aan huis geleverde zorg in de laatste 3 maanden. De vraag is of we in Nederland vergelijkbare resultaten zouden krijgen bij een dergelijk tevredenheidsonderzoek.

Het onderzoek vond plaats in Londen. Familielieden van patiënten die overleden waren aan kanker in de periode 2009-2010 kregen een schriftelijke enquête thuisgestuurd. De tevredenheid van familielieden over de aan huis geleverde terminale zorg gedurende de laatste 3 maanden door de huisarts

werd vergeleken met de terminale zorg die geleverd werd door specialisten palliatieve zorg en door wijkverpleegkundigen.

De familie was het minst tevreden over de huisartsen: 55% (95%-BI 51 tot 59) beoordeelde de zorg als excellent of zeer goed. De specialisten palliatieve zorg scoorden het hoogst: 78% (95%-BI 74 tot 82), terwijl de wijkverpleegkundigen een tevredenheid van 68% (95%-BI 64 tot 73) voor excellent/zeer goed lieten zien.

De tevredenheid over de door de huisarts geleverde terminale zorg nam flink toe als deze 3 of meer visites aflegde in die periode van 3 maanden: 65% van de familielieden gaf het oordeel excellent/zeer goed tegenover 41% bij minder dan 3 visites.

Het lijkt erop dat de palliatieve zorg in Nederland beter geregeld is dan in een grote stad als Londen. Met onze palliatieve zorgteams, palliatieve kaderartsen en hospices verwacht ik dat de resultaten beter zijn: ik kan me met name niet voorstellen dat er in Nederland palliatieve patiënten zijn die in de laatste 3 maanden van hun leven minder dan 3 visites krijgen.

Wim Verstappen

Pivodic L, et al. Home care by general practitioners for cancer patients in the last 3 months of life: An epidemiological study of quality and associated factors. *Palliat Med* 2015 June 2, pii: 0269216315589213; [Epub ahead of print].

Heropname beste in zelfde ziekenhuis

Als er complicaties ontstaan na een operatie is het voor de patiënt het beste om heropgenomen te worden in hetzelfde ziekenhuis. Dagelijks worden patiënten ontslagen uit het ziekenhuis na een operatie en neemt de huisarts de zorg weer over. Nieuw onderzoek maakt nu duidelijk dat de patiënt bij complicaties terug moet naar hetzelfde ziekenhuis.

Amerikaanse onderzoekers gebruikten gegevens van Medicare van 2001 tot 2011 om patiënten te identificeren die werden heropgenomen na een operatie. Ze selecteerden 12 operaties, waaronder een cholecystectomie ($n = 1,4$ miljoen) en knie- of heupvervanging ($n = 3,9$ miljoen). Vervolgens maakten ze twee groepen: patiënten met heropname in hetzelfde ziekenhuis als waar de operatie had plaatsgevonden en patiënten die in een ander ziekenhuis werden heropgenomen. De primaire uitkomstmaat was 90 dagen mortaliteit na heropname. Ze hielden rekening met 74 versturende factoren, zoals grootte van het ziekenhuis en comorbiditeit van de patiënt.

Het heropnamepercentage varieerde van 6% na een knieoperatie tot 13% na een cholecystectomie. Patiënten werden gemiddeld in 78% van de gevallen heropgenomen in hetzelfde ziekenhuis. Zij hadden gemiddeld een 8% lager risico om binnen 90 dagen te overlijden dan patiënten die werden heropgenomen in een ander ziekenhuis. Voor complicaties na een knieoperatie was er zelfs een 18% lagere mortaliteit bij opname in hetzelfde ziekenhuis.

Dit onderzoek is het grootste tot nu toe naar het belang van continuïteit van zorg na opname voor een operatie. Voor de Nederlandse huisarts is het

nuttig om te weten dat als er complicaties optreden na een operatie, het voor de patiënt beter is om terug te worden verwezen naar het ziekenhuis waar de operatie plaatsvond. Dit leek al logisch, maar deze strategie is nu dus ook evidence based.

Tobias Bonten

Brooke BS, et al. Readmission destination and risk of mortality after major surgery: an observational cohort study. *Lancet* 2015; pii: S0140-6736(15)60087-3; [Epub ahead of print].

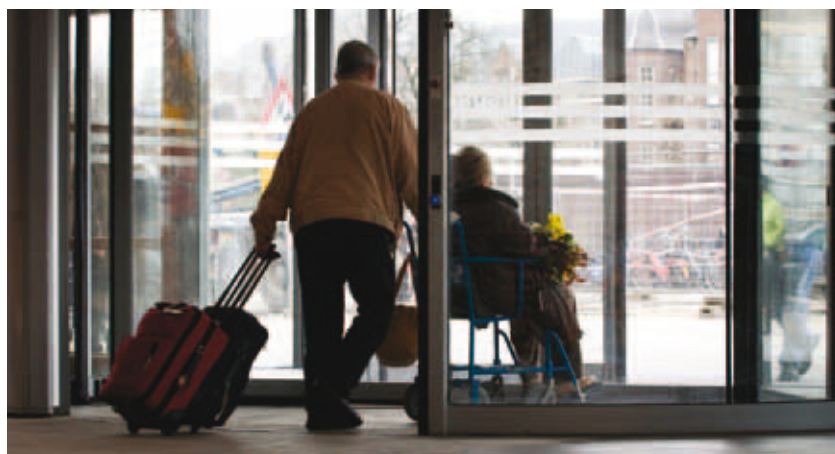


Foto: Marc de Haan/Hollandse Hoogte

Arthroscopie bij degeneratieve knieaandoening weinig zinvol

De meeste onderzoeken tonen aan dat arthroscopisch ingrijpen bij ouderen met persisterende kniepijn zelden effectief is. Toch neemt het aantal arthroscopische verrichtingen toe. Zweeds onderzoek toont nogmaals aan dat er maar een klein en slechts tijdelijk positief effect is op pijn bij arthroscopisch ingrijpen. Daarentegen zijn er wel kortetermijnrisico's verbonden aan de ingreep en weten we al langer dat arthroscopisch ingrijpen in een knie lijdt tot eerder optreden van gonartrose. Thorlund et al. deden een systemati-

sche review met een meta-analyse van alle beschikbare onderzoeken waarbij een arthroscopische ingreep werd verricht in degeneratieve knieën. Uit de meta-analyse bleek een effectsize van 0,14 na 3 maanden maar niet meer na 12 maanden. Een effectsize van 0,14 is vergelijkbaar met 2,4 mm pijnvermindering op een 100 mm VAS-schaal. Ter vergelijking: de effectsize van paracetamol is ook 0,14, van een NSAID 0,29, van fysiotherapie 0,5 en van 3 keer per week sporten 0,69. Er zijn ook kortetermijnrisico's; een DVT komt het meest voor, bij 4 op de 1000 ingrepen.

De aanbeveling van de auteurs is om geen arthroscopie te verrichten bij patiënten van middelbare leeftijd met persisterende knieklachten. Ook niet als er bij lichamelijk onderzoek of beeldvormend onderzoek een meniscusscheur of

andere structurele afwijking aanwezig blijkt. Deze patiënten moeten behandeld worden als patiënten met gonartrose, zoveel mogelijk conservatief.

Voor huisartsen betekent dit dat zij hun patiënten met kniepijn nog duidelijker kunnen voorlichten: paracetamol en oefentherapie zijn net zo effectief of effectiever in pijnbestrijding bij degeneratief knieletsel, ook als er afwijkingen op beeldvormend onderzoek zijn, zoals een meniscusscheur. Daarnaast zijn deze behandelingen op korte en langere termijn veiliger.

Jurgen Damen

Thorlund JB, et al. Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *BMJ* 2015;350:h2747.

Geen NSAID's voor hartpatiënten!

'Huisartsen doen er goed aan hun patiënten met hart- en vaatziekten af te raden om NSAID's te gebruiken, vooral patiënten die recent een hartinfarct hebben doorgemaakt.' Tot dit dwingende advies komen Campbell en Moliterno in een editorial in de JAMA. Zij baseren zich hierbij op Deens onderzoek naar de risico's van NSAID's bij patiënten die met bloedverdunners worden behandeld na een myocardiinfarct.

De onderzoekers wilden het bloedingsrisico en het risico op een cardiovasculair event vaststellen bij patiënten die na een hartinfarct, naast een coumarine of een trombocytenagregatiemmer, een NSAID kregen. Ze gebruikten een nationaal register waarin ruim 62.000 patiënten zijn opgenomen die tussen 2000 en 2011 een hartinfarct hadden doorgemaakt. Van al deze pa-

tiënten werd ook het medicatiegebruik geregistreerd.

Van alle geregistreerde patiënten had 34% minimaal één NSAID-voorschrift ontvangen. De kans op een ernstige bloeding bij NSAID-gebruik was 4,2% per jaar en was ongeveer 2 maal zo hoog als bij niet-gebruikers. De kans op een cardiovasculair event bij NSAID-gebruikers was 11,2% per jaar en dit was 40% hoger dan bij niet-gebruikers. De bloedings- en cardiovasculaire risico's waren onafhankelijk van de duur van het gebruik, het type NSAID en de soort antistolling. Opvallend was dat al enkele dagen na de start met de NSAID het risico op deze bijwerkingen was gestegen.

Omdat het hier om een observatieonderzoek gaat, moeten we de resultaten met enige voorzichtigheid interpreteren. Toch is dit niet het enige onderzoek dat aantoont dat NSAID's de kans op ernstige bijwerkingen vergroten bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico. Opvallend is dat

NSAID's, ondanks bestaande Deense richtlijnen, zeer frequent voorgeschreven worden aan hartpatiënten. Mogelijk ontloopt de Nederlandse situatie de Deense niet veel. Daar komt bij dat in Nederland, in tegenstelling tot Denemarken, alle NSAID's nog steeds vrij verkrijgbaar zijn. Strengere regulering van voorschrijvers én overheid op dit punt lijkt noodzakelijk, zodat hartpatiënten geen onnodig risico lopen.

Bèr Pleumeekers

Schjerning Olsen AM, et al. Association of NSAID use with risk of bleeding and cardiovascular events in patients receiving antithrombotic therapy after myocardial infarction. *JAMA* 2015;313:805-14.

Campbell CL, et al. Potential hazards of adding nonsteroidal anti-inflammatory drugs to antithrombotic therapy after myocardial infarction. Time for more than a gut check. *JAMA* 2015;313:801-2.

Herkent assistente symptomen van beroerte voldoende?

Tijdige herkenning en verwijzing van patiënten met een beroerte is van groot belang in de acute fase. In de huisartsenpraktijk heeft de assistente vaak als eerste contact met de patiënt. Nieuw onderzoek laat zien dat assistenten de symptomen van een beroerte maar in 70% van de gevallen herkennen.

Engelse onderzoekers wilden weten hoe goed assistenten in huisartsenpraktijken symptomen van een beroerte herkennen en ernaar handelen. In totaal deden 55 praktijken mee. Getrainde simulatiepatiënten belden vervolgens tien keer onaangekondigd met verschijnselen van beroerte naar de praktijk. In de consulten varieerde de moeilijkheidsgraad van makkelijk tot moeilijk op basis van de FAST-symptomen (Face asymmetry, Arm weakness,

slurred Speech, Time). Van de 520 gesimuleerde telefonische consulten werd er gemiddeld 69% door de assistente herkend als mogelijke beroerte, waarna ze de ambulance belde of direct doorverbond met de huisarts. In de consulten met drie FAST-symptomen werd in 100% van de gevallen de ambulance gebeld of direct doorverwezen naar de huisarts. In het consult met maar één FAST-symptoom ('mijn arm is zwak') werd dit maar door 35% van de assistenten gedaan.

Dit onderzoek laat zien dat assistenten goed in staat zijn om de symptomen van beroerte te herkennen als er veel FAST-symptomen aanwezig zijn. De NHG-Standaard Beroerte raadt aan om de FAST-test te gebruiken bij telefonische triage. Daarbij wordt vermeld dat een beroerte ook waarschijnlijk is bij aanwezigheid van maar één van de symptomen. Juist in deze situatie was de herkenning in dit onderzoek slecht. Het lijkt dus nuttig om nog eens te onderstrepen dat niet alle symptomen van

een beroerte aanwezig hoeven zijn om direct actie te ondernemen.

Tobias Bonten

Mellor RM, et al. Receptionist rECognition and rEferral of PaTients with Stroke (RECEPTS): unannounced simulated patient telephone call study in primary care. *Br J Gen Pract* 2015;65:e421-7.

Erratum

In het artikel 'Tests: voorafkansen, achterafkansen en likelihood ratio' in H&W 7 (pagina 353) staat een fout. Halverwege de linkerkolom staat: LR- = de spec/1-sens. Dit moet zijn: LR- = 1-sens/spec.

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).



Berichtgeving door de huisarts bij bevolkingsonderzoeken

Samenvatting

Raams EJ, Wiersma TJ. Berichtgeving door de huisarts bij bevolkingsonderzoeken. *Huisarts Wet* 2015;58(10):514-7.

ACHTERGROND Bij de bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker ontvangt de huisarts een afwijkende uitslag eerder dan de betrokken vrouw. Dat geeft de huisarts de gelegenheid de vrouw persoonlijk op de hoogte te brengen. Enkele dagen later ontvangt de vrouw dan alsnog de uitslagbrief van de screeningsorganisatie. Wij onderzochten in hoeverre huisartsen gebruikmaken van deze mogelijkheid en of de vrouwen dit ook de meest wenselijke manier vinden om die informatie te ontvangen.

METHODE Op basis van het Informatiesysteem Bevolkingsonderzoek Borstkanker en het Cervix Informatie Systeem nodigden wij 1200 vrouwen uit die in 2012 hadden deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek borstkanker of het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. In iedere groep had de helft van de aangeschreven vrouwen een afwijkende uitslag. Aan de 493 vrouwen die toestemden in deelname, stuurden we een vragenlijst.

RESULTATEN In totaal stuurden 411 vrouwen (34,3%) de vragenlijst terug. Meer dan de helft van de vrouwen met een afwijkende uitslag was eerst gebeld door de huisarts of diens assistente en had de uitslagbrief van de screeningsorganisatie daarna gekregen. Meer dan 60% van de vrouwen was (zeer) tevreden over de manier waarop ze op de hoogte werd gebracht, ongeveer 20% was (zeer) ontevreden. De voornaamste reden voor ontevredenheid was dat de uitslag per brief was medegedeeld. Over de informatie die werd verstrekt door de huisarts of assistente waren de meeste vrouwen (zeer) tevreden.

CONCLUSIE De meeste vrouwen met een afwijkende uitslag bij het bevolkingsonderzoek zijn tevreden over de wijze waarop ze op de hoogte werden gebracht van de uitslag en over de informatie die daarbij verstrekt werd. Ontevredenheid ontstaat wanneer een vrouw eerst een uitslagbrief ontvangt.

INLEIDING

In het kader van de bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker ontvangt de huisarts een afwijkende uitslag een paar dagen eerder dan de vrouw. Zo kan de huisarts haar persoonlijk op de hoogte brengen. Als de uitslag niet-afwijkend is, wordt de vrouw doorgaans schriftelijk op de hoogte gesteld. Voor zover wij konden nagaan is in Nederland nooit eerder onderzocht hoe de deelnemers aan beide bevolkingsonderzoeken deze procedure waarderen en of er eventueel verbeteringen mogelijk zijn. Wij formuleerden daarom de volgende vragen:

- op welke wijze ontvingen vrouwen met een afwijkende uitslag daarover bericht?
- hoe tevreden zijn de betreffende vrouwen over deze wijze van berichtgeving?
- wat zijn redenen voor tevredenheid of ontevredenheid, en wat zijn eventuele mogelijkheden voor verbetering?
- zou, in het kader van het bevolkingsonderzoek borstkanker, een andere procedure de voorkeur hebben, bijvoorbeeld dat een deskundige van de screeningsorganisatie de vrouw informeert over de uitslag?

METHODE

Vragenlijst

De gegevens voor dit onderzoek werden verzameld met behulp van een vragenlijst over de berichtgeving bij een afwijkende uitslag van de screening. Van tevoren was de vragenlijst op begrijpelijkheid getest in een pilotonderzoek onder enkele tientallen vrouwen. De vragenlijst bevatte ook items over het vervolgtraject in het ziekenhuis; die zijn voor de huisarts minder relevant en worden hier buiten beschouwing gelaten. De lijst bevatte de volgende voor dit onderzoek relevante vragen (vraag 5 werd alleen gesteld aan deelnemers aan het bevolkingsonderzoek borstkanker):

1. hoe hebt u de uitslag van de screening ontvangen? (meerdere keuzevraag, [tabel 1]);
2. bent u tevreden over de manier waarop u op de hoogte bent gebracht van de uitslag? (vijfpunts tevredenheidsschaal, [tabel 2]);

Wat is bekend?

- Het bevolkingsonderzoek borstkanker en het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker stellen de huisarts in de gelegenheid een patiënt persoonlijk op de hoogte te brengen van een afwijkende uitslag.

Wat is nieuw?

- De meeste vrouwen die een afwijkende uitslag hebben, krijgen daarvan bericht via de huisartsenpraktijk, waarna vanuit de screeningsorganisatie een brief volgt.
- Vrouwen met een afwijkende uitslag blijken tevreden over deze berichtgeving.
- Ontevredenheid over de berichtgeving ontstaat vooral wanneer de vrouw een afwijkende uitslag eerst per brief ontvangt.
- Vrouwen met een afwijkend mammogram worden vaker via de huisartsenpraktijk verwittigd dan vrouwen met een afwijkend uitstrijkje.
- Voor telefonische berichtgeving vanuit de screeningsorganisatie voelen de meeste vrouwen met een afwijkend mammogram maar weinig.

Berichtgeving	Borstkanker		Baarmoederhalskanker	
	n	(%)	n	(%)
De huisarts of assistente belde mij, daarna ontving ik een brief	79	(62)	50	(53)
Ik ontving eerst een brief, daarna heb ik de huisarts of assistente gebeld	13	(10)	18	(19)
Ik belde de huisarts of assistente, daarna ontving ik een brief	2	(2)	10	(10)
Ik ontving eerst een brief, daarna belde de huisarts of assistente mij	3	(2)	4	(4)
De huisarts kwam op huisbezoek, daarna ontving ik een brief	16	(13)	0	(0)
Anders	14	(11)	13	(14)
Totaal	127	(100)	95	(100)

- hebt u redenen voor (grote) tevredenheid dan wel (grote) ontevredenheid? (open vraag);
- geeft u voor ontvangst van de uitslag de voorkeur aan (telefonisch) contact met de huisarts, dan wel aan een brief? (voorkeur aangeven);
- zou u eventueel een voorkeur hebben voor (telefonische) berichtgeving door een deskundige van de screeningsorganisatie, die dan meteen een vervolgspraak in het ziekenhuis kan maken, in plaats van het bericht te ontvangen via uw huisarts of een van diens medewerkers? (ja/nee).

Deelnemers

Voor het onderzoek kwamen vrouwen in aanmerking die in 2012 hadden deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek borstkanker of baarmoederhalskanker. Uit het Informatiesysteem Bevolkingsonderzoek Borstkanker (IBOB) en het Cervix InformatieSysteem (CIS) selecteerden wij steeds at random 300 vrouwen met een afwijkende uitslag en 300 vrouwen met een niet-afwijkende uitslag in de laatste screeningsronde. Deze 1200 vrouwen ontvingen een brief met een verzoek tot deelname. De 493 vrouwen die daarmee instemden door de antwoordstrook terug te sturen, kregen al naar gelang hun voorkeur een papieren of een digitale vragenlijst.

Analyse

Alle data werden in SPSS verzameld, beschrijvend samengevat en waar nodig getoetst.

RESULTATEN

Respondenten

In totaal 411 vrouwen (34,3%) stuurden de vragenlijst terug. Van hen hadden er 237 deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek borstkanker en 174 aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Van de respondenten uit het borstkankerprogramma hadden er 127 (53,6%) een afwijkende uitslag ontvangen, van de respondenten uit het baarmoederhalskankerprogramma waren dat er 95 (54,6%).

De leeftijdsverdeling van de respondenten kwam overeen met die van de niet-respondenten. Van de respondenten had 97,8% de Nederlandse nationaliteit, vergeleken met 96,5% voor alle deelnemers aan beide bevolkingsonderzoeken. Eventuele verschillen in opleidingsniveau konden we niet nagaan,

omdat het opleidingsniveau van de niet-respondenten niet bekend was.

Berichtgeving bij een afwijkende uitslag

De wijze waarop vrouwen hun afwijkende uitslag ontvingen, is weergegeven in [tabel 1]. Bij het bevolkingsonderzoek borstkanker werd driekwart van de vrouwen met een afwijkende uitslag door de huisarts op de hoogte gebracht. De anderen belden zelf of ontvingen eerst een brief. Bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker werd ongeveer de helft van de vrouwen met een afwijkende uitslag eerst gebeld door de huisarts of assistente, 23% kreeg eerst een brief en werd daarna gebeld door de huisartsenpraktijk of belde deze zelf, en 10% belde de huisartsenpraktijk zelf, waarna de uitslagbrief volgde. Huisbezoeken door de huisarts werden door deelnemers

Abstract

Raams EJ, Wiersma TJ. Reporting population screening results. *Huisarts Wet* 2015;58(10):514-7.

BACKGROUND Abnormal results of population screening tests for breast and cervical cancer are sent to the general practitioner before they are sent to the woman concerned. This gives the GP the opportunity to tell the woman the results before she receives them from the screening organization several days later. We investigated whether GPs make use of this opportunity and whether women find this the best way to receive their test results.

METHOD On the basis of information obtained from the Informatiesysteem Bevolkingsonderzoek Borstkanker en het Cervix Informatie Systeem (Information System for Population Screening for Breast Cancer and the Cervix Information System), 1200 women who had taken part in the national screening programme for breast cancer or cervical cancer in 2012 were approached for participation in this study. In both the breast and cervical cancer screening groups, half of the women approached had abnormal test results. The 493 who consented to participation were sent a questionnaire.

RESULTS In total, 411 women (34.3%) returned the questionnaire. More than half of the women with an abnormal test result were telephoned by their GP or the GP assistant before receiving their results from the screening organization several days later. More than 60% were satisfied or very satisfied with how they were told their results; about 20% were unsatisfied or very unsatisfied. The main reason for this dissatisfaction was that women were told of their results by letter first.

CONCLUSION Most women with an abnormal population screening test result are satisfied with the manner in which they are told of their results and with the information that they receive. Dissatisfaction arises if women are told of their results by letter first.

Tabel 2 Tevredenheid over de communicatie van een afwijkende uitslag in de bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker

Tevredenheid	Borstkanker		Baarmoederhalskanker	
	n	(%)	n	(%)
Zeer ontevreden	16	(13)	11	(12)
Ontevreden	8	(6)	11	(12)
Neutraal	19	(15)	15	(16)
Tevreden	53	(42)	45	(47)
Zeer tevreden	31	(24)	13	(14)
Totaal	127	(100)	95	(100)

aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker niet gemeld.

Het verschil is significant: deelnemers aan het bevolkingsonderzoek borstkanker werden vaker ingelicht door de huisarts dan deelnemers aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (75% (95%-BI 67,2 tot 82,5%) versus 53% (95%-BI 42,4 tot 62,9%); chikwadraattoets = 11,8; df = 1; p = 0,001).

Tevredenheid over de berichtgeving bij een afwijkende uitslag

De mate van tevredenheid over de communicatie van een afwijkende uitslag in de bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker valt af te lezen uit [tabel 2]. Van de deelnemers aan het bevolkingsonderzoek borstkanker blijkt 66% (zeer) tevreden over de manier waarop ze op de hoogte werd gebracht. Bij de deelnemers aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker ligt dit percentage met 61% iets lager. Dit verschil is niet significant (chikwadraattoets = 0,61; df = 1; p = 0,44).

Als voornaamste redenen voor tevredenheid gaven de respondenten aan dat het prettig was de huisarts of assistente rechtstreeks te spreken, dat de uitleg helder was en dat zij werden gerustgesteld. In beide bevolkingsonderzoeken gaf de huisarts of assistente tijdens het eerste contact informatie over de betekenis van de uitslag (driekwart van de contacten), over het vervolgonderzoek in het ziekenhuis (tweederde van de contacten) of over de ernst van de mogelijke ziekte (eenderde van de contacten).

In het bevolkingsonderzoek borstkanker was 19% van de vrouwen met een afwijkende uitslag (zeer) ontevreden over de manier waarop ze op de hoogte waren gebracht; in het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker was dit 24% (het verschil is niet significant: chikwadraattoets = 0,6; df = 1; p = 0,44). Als voornaamste reden gaven zij aan dat zij de uitslag eerst via een brief hadden ontvangen. Andere redenen voor ontevredenheid waren dat het bericht op een ongelukkig tijdstip kwam (bijvoorbeeld tijdens een vakantie) of dat de screening fout-positief bleek en bij vervolgonderzoek geen maligniteit werd gevonden.

Telefonische uitslag vanuit de screeningsorganisatie?

De deelnemers aan het bevolkingsonderzoek borstkanker

vroegen wij wat zij vonden van de mogelijkheid om bij een afwijkende uitslag gebeld te worden door een deskundige van de screeningsorganisatie. Daarbij gaven we aan dat dit de wachttijd tot vervolgonderzoek zou kunnen bekorten. Van de vrouwen met een afwijkende uitslag gaf 31% aan dat deze optie hun voorkeur zou hebben. De overige 69% prefereerde berichtgeving vanuit de huisartsenpraktijk, waarbij 89% de voorkeur zou geven aan telefonische communicatie en 6% aan een brief.

De deelnemers aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker kregen deze vraag niet voorgelegd omdat de uitstrijkjes in de huisartsenpraktijk worden afgenomen en berichtgeving door de screeningsorganisatie niet in de rede ligt.

BESCHOUWING

Bij de bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker worden vrouwen met een afwijkende uitslag meestal door de huisartsenpraktijk telefonisch op de hoogte gebracht, waarna de uitslagbrief van de screeningsorganisatie volgt. De vrouwen waren overwegend (zeer) tevreden over deze gang van zaken. Ze vonden het prettig de huisarts of assistente te spreken, vonden de uitleg helder en werden gerustgesteld. Een deel van de vrouwen ontving eerst een uitslagbrief van de screeningsorganisatie, waarna telefonisch contact volgde met de huisartsenpraktijk. Met name deze groep was ontevreden over de berichtgeving. De meeste vrouwen met een afwijkende uitslag voelen maar weinig voor berichtgeving door een deskundige van de screeningsorganisatie.

Onze bevindingen zijn in lijn met de schaarse internationale literatuur over de berichtgeving bij de uitslag van diagnostisch onderzoek. Bij afwijkende bevindingen prefereren patiënten persoonlijke communicatie door een hen bekende hulpverlener, van wie ze uitleg kunnen krijgen over de betekenis van de uitslag. Bij normale bevindingen kan worden volstaan met schriftelijke of elektronische berichtgeving.¹⁻⁵

Deelnemers aan het bevolkingsonderzoek borstkanker worden significant vaker door de huisartsenpraktijk op de hoogte gebracht van een afwijkende uitslag dan deelnemers aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Ons onderzoek verschaft geen informatie over de redenen, maar vermoedelijk heeft dit te maken met het feit dat de kans op een maligniteit bij een afwijkend mammogram aanzienlijk groter is dan bij een afwijkend uitstrijkje. Wel vonden we een tendens naar iets geringere tevredenheid bij deelnemers aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, die lijkt samen te hangen met het feit dat de berichtgeving bij hen vaker schriftelijk verloopt.

Beperkingen van ons onderzoek zijn het feit dat alle uitgenodigde vrouwen woonachtig waren in Noord-Brabant en Limburg (het verzorgingsgebied van Bevolkingsonderzoek Zuid), en het matige responspercentage van 34%. Het eerste achten we weinig bezwaarlijk omdat de berichtgeving overal in Nederland op dezelfde wijze georganiseerd is. De leeftijdsverdeling van de respondenten kwam vrijwel geheel overeen met die van de niet-respondenten en respondenten met een



Foto: Hollandse Hoogte/Corbis

afwijkende uitslag waren niet significant oververtegenwoordigd. Hiermee lijken de uitkomsten representatief.

CONCLUSIE

De organisatie van de bevolkingsonderzoeken borstkanker en baarmoederhalskanker biedt huisartsen de mogelijkheid hun patiënten persoonlijk van een afwijkende uitslag op de hoogte te stellen voordat zij daarover een brief van de screeningsorganisatie krijgen. Over het geheel genomen blijken de huisartsen deze mogelijkheid goed te gebruiken en zijn de betrokken vrouwen tevreden over deze werkwijze. Het ligt dan ook in de rede om bij het bevolkingsonderzoek darmkanker, dat vanaf 2014 gefaseerd wordt ingevoerd, de berichtgeving op dezelfde wijze te verzorgen.

Ons onderzoek verschaft geen inzicht in de redenen waarom sommige vrouwen niet persoonlijk werden verwittigd voordat zij de brief met de uitslag kregen. Het kan zijn dat de huisarts niet de moeite nam, het kan ook zijn dat de vrouw onbereikbaar was. Er lijkt dus wel enige verbetering in de berichtgeving te bereiken door van tevoren duidelijk af te spreken wie,

wanneer en op welke wijze contact zal opnemen om de uitslag mede te delen. Verder lijkt het raadzaam dat de screeningsorganisatie in de uitslagbrief minder stellig vermeldt dat de huisarts al gebeld heeft. De betreffende zin zou kunnen worden vervangen door: 'Wellicht hebt u deze uitslag al vernomen van de huisarts'. Hiermee kan onvrede worden voorkomen als het alsnog misgaat met de persoonlijke mededeling. ■

LITERATUUR

- 1 Lind SE, Kopans D, Good MJ. Patients' preferences for learning the results of mammographic examinations. *Breast Cancer Res Treat* 1992;23:223-32.
- 2 Dolan NC, Feinglass J, Priyanath A, Haviley C, Sorensen AV, Venta LZ. Measuring satisfaction with mammography results reporting. *J Gen Intern Med* 2001;16:157-62.
- 3 Grimes GC, Reis MD, Budati G, Gupta M, Forjuoh SN. Patient preferences and physician practices for laboratory test results notification. *J Am Board Fam Med* 2009;22:670-6.
- 4 Purnell CA, Arnold RM. Retrospective analysis of communication with patients undergoing radiological breast biopsy. *J Support Oncol* 2010;8:259-63.
- 5 Elder NC, Barney K. 'But what does it mean for me?' Primary care patients' communication preferences for test results notification. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2012;38:168-76.



Etnische verschillen bij een acuut hartinfarct

Samenvatting

Van Oeffelen AAM. Etnische verschillen bij een acuut hartinfarct. *Huisarts Wet* 2015;58(10):518-20.

Er komt steeds meer bewijs voor de aanwezigheid van etnische verschillen in de incidentie van en prognose na een acuut hartinfarct en in het gebruik van cardiovasculaire gezondheidszorg. Door het koppelen van verschillende (landelijke) registraties hebben wij deze verschillen voor de Nederlandse situatie in kaart gebracht. Uit ons onderzoek komt naar voren dat vooral Turkse mannen en Surinamers vaker een acuut hartinfarct krijgen dan autochtone Nederlanders, terwijl Marokkanen dit juist minder vaak krijgen. Verder blijkt dat de incidentie van een acuut hartinfarct in de loop der tijd afneemt bij zowel autochtone Nederlanders als bij de meeste etnische minderheidsgroepen, behalve bij Turkse vrouwen en Marokkanen. Daarnaast hebben de meeste etnische minderheidsgroepen meer kans dan autochtone Nederlanders om na een eerste ziekenhuisopname voor een acuut hartinfarct te overlijden of om opnieuw voor een acuut hartinfarct te worden opgenomen. Ons onderzoek toont verder aan dat etnische minderheidsgroepen vaker voortijdig stoppen met het gebruik van de voorgeschreven cardiovasculaire medicatie. We vonden geen etnische verschillen in de overige zorgaspecten die we hebben onderzocht (het ondergaan van revascularisatieprocedures en het ophalen van medicatie na een acuut hartinfarct).

INLEIDING

In de afgelopen decennia is er in westerse landen een sterke daling geweest in het optreden van hart- en vaatziekten. Toch blijven deze aandoeningen de belangrijkste veroorzakers van ziekte en sterfte, waarbij een acuut hartinfarct op nummer 1 staat. Er komt steeds meer bewijs voor de aanwezigheid van etnische verschillen in de incidentie van en prognose na een acuut hartinfarct. Verschillen in traditionele risicofactoren (bijvoorbeeld hypertensie, diabetes en hypercholesterolemie), leefstijl (bijvoorbeeld roken en beweging) en behandeling (bijvoorbeeld het innemen van cardiovasculaire medicatie en het uitvoeren van revascularisatieprocedures) zijn mogelijke onderliggende factoren. Dit is voornamelijk gebleken uit onderzoeken die zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten, waarbij men Afrikaanse Amerikanen heeft vergeleken met blanke Amerikanen, en in het Verenigd Koninkrijk, waarbij men vooral Zuid-Aziatische minderheden heeft vergeleken met de autochtone populatie.

Ongeveer 21% van de Nederlandse bevolking behoort tot een etnische minderheid. Dat wil zeggen dat ten minste een van de ouders geboren is in het buitenland. De helft van de etnische minderheden is ook zelf in het buitenland geboren en behoort daarmee tot de eerste generatie; de andere helft behoort tot de tweede generatie. Naar verwachting zal het percentage etnische minderheden in 2060 op 31% liggen. Op dit moment is een groot deel van de etnische minderheden nog relatief jong (slechts 4% is ouder dan 65 jaar), maar door de vergrijzing zal in 2060 circa 22% van hen ouder zijn dan 65 jaar. Hart- en vaatziekten zullen daardoor in toenemende mate een rol gaan spelen bij deze groep.¹

In deze beschouwing, die gebaseerd is op mijn proefschrift *Ethnic inequalities in cardiovascular disease: incidence, prognosis, and health care use*,² bespreek ik de verschillen in incidentie van en prognose na een acuut hartinfarct tussen niet-westerse etnische minderheden (gebaseerd op het land van herkomst) en de autochtone populatie in Nederland. Voor dit onderzoek heb ik gebruikgemaakt van diverse landelijke registraties die het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) ter beschikking heeft gesteld, zoals de gemeentelijke basisadministratie, de landelijke medische registratie, de doodsoorzakenstatistiek en het regionaal inkomensonderzoek. Door koppeling van deze registraties ontstond een zeer groot gegevensbestand, met daarin de gegevens van bijna 8 miljoen Nederlanders.

Daarnaast ga ik in op verschillen in het gebruik van cardiovasculaire gezondheidszorg tussen etnische minderheden en de autochtone populatie. Hiervoor heb ik gegevens gebruikt van ruim 350.000 Nederlanders die zijn verzekerd bij de Achmea zorgverzekeringsmaatschappij. Deze beschouwing beperkt zich tot etnische minderheden die behoren tot de eerste generatie van Surinaamse, Marokkaanse, Turkse, Antilliaanse en Indonesische afkomst. Alle resultaten heb ik

De kern

- Turkse mannen en Surinamers in Nederland hebben een hogere incidentie van een acuut hartinfarct dan autochtone Nederlanders; Marokkanen hebben een lagere incidentie.
- De incidentie van een acuut hartinfarct neemt na verloop van tijd af, behalve bij Turkse vrouwen en Marokkanen.
- De meeste etnische minderheidsgroepen hebben een slechtere prognose na een eerste ziekenhuisopname voor een acuut hartinfarct dan autochtone Nederlanders.
- De meeste etnische minderheidsgroepen stoppen vaker vroegtijdig met de voorgeschreven cardiovasculaire medicatie dan autochtone Nederlanders.
- Er zijn geen verschillen in het ondergaan van revascularisatieprocedures (dotterbehandelingen en coronaire omleidingen) na een ST-elevatiemyocardinfarct (STEMI) tussen etnische minderheidsgroepen en autochtone Nederlanders.

RIVM, Centrum voor Infectieziektebestrijding, Epidemiologie en Surveillance, Anthonie van Leeuwenhoeklaan 9, 3721 MA Bilthoven: dr.ir. A.A.M. van Oeffelen, epidemioloog • Correspondentie: louise.van.oeffelen@rivm.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is gebaseerd op het proefschrift: Van Oeffelen AAM. *Ethnic inequalities in cardiovascular disease: incidence, prognosis, and health care use* [proefschrift]. Utrecht: UMC Utrecht, 2014.

gebaseerd op analyses die wij hebben gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, comorbiditeit, urbanisatiegraad en sociaal-economische status.

INCIDENTIE VAN EEN ACUUT HARTINFARCT

De incidentie van een acuut hartinfarct is sterk afhankelijk van het specifieke land van herkomst [tabel]. Zo hebben Marokkanen een 50% lagere incidentie dan autochtone Nederlanders, terwijl Turken en Surinamers een hogere incidentie hebben (respectievelijk 34% en 44% hoger). De incidentie onder Antillianen en Indonesiërs is vergelijkbaar met die van autochtone Nederlanders. Over het algemeen zijn de resultaten voor mannen en vrouwen gelijk. Alleen bij Turken wijken de resultaten af: onder Turkse mannen is de incidentie hoger dan die onder autochtone mannen, terwijl er geen verschil te zien is tussen Turkse vrouwen en autochtone vrouwen.³ Wanneer we de resultaten uitsplitsen naar leeftijd, blijkt dat de hogere incidentie onder Turkse mannen en Surinamers verdwijnt boven de leeftijd van 70 jaar.⁴

TIJDTRENDS IN DE INCIDENTIE

De afgelopen decennia is in Nederland de incidentie van en sterfte door een acuut hartinfarct drastisch afgenomen. Ons onderzoek laat zien dat deze gunstige trend ook aanwezig was bij de meeste etnische minderheidsgroepen. Tussen 1997 en 2007 daalde de incidentie onder autochtone Nederlanders elke twee jaar met 12% bij mannen en met 9,5% bij vrouwen. Bij Indonesiërs, Antillianen en Surinamers en bij Turkse mannen was er een soortgelijke daling te zien: 4-10% bij mannen en 10-16% bij vrouwen. Opvallend is dat deze afname bij Turkse vrouwen en Marokkanen afwezig was.⁵ Recentere gegevens tonen zelfs een toename in de incidentie van een acuut hartinfarct bij Marokkanen, wanneer we gegevens tussen 2000 en 2004 vergelijken met gegevens tussen 2005 en 2010 (een toename van 25% bij mannen en 41% bij vrouwen).⁴

PROGNOSE NA EEN ACUUT HARTINFARCT

Na een acuut hartinfarct komt een groot deel van de patiënten in het ziekenhuis terecht. De meeste etnische minderheidsgroepen blijken na deze ziekenhuisopname een slechtere prognose te hebben [tabel].⁶ Surinamers zijn er daarbij het slechtst aan toe. Zowel de sterfte binnen 28 dagen als de sterfte binnen 5 jaar is hoger dan die bij autochtone Nederlanders (respectievelijk 16% en 44% hoger). Daarnaast hebben zij een veel hogere kans dan autochtone Nederlanders om binnen 5 jaar opnieuw in het ziekenhuis opgenomen te worden voor een acuut hartinfarct of hartfalen (respectievelijk 33% en 109% hoger). Bij Antillianen is eenzelfde patroon zichtbaar als bij Surinamers, alleen zijn bij hen niet alle resultaten statistisch significant. Hoewel Turken en Marokkanen evenveel kans hebben als autochtone Nederlanders om binnen 28 dagen na de ziekenhuisopname te overlijden, hebben zij wel een grotere kans om binnen 5 jaar te overlijden of opnieuw opgenomen te worden voor een acuut hartinfarct of hartfalen.

GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSZORG

Ons onderzoek toont aan dat onder personen die nog nooit een hart- en vaatziekte hebben gehad, alle etnische minderheidsgroepen (behalve Indonesiërs) vaker stoppen met het gebruik van de voorgeschreven medicatie ter preventie van hart- en vaatziekten (bloeddrukverlagende en cholesterolverlagende medicatie) dan autochtone Nederlanders [tabel]. Stoppen hebben we gedefinieerd als het niet opnieuw ophalen van medicatie binnen negentig dagen, nadat de eerder opgehaalde medicatie op was bij een gemiddeld gebruik (een gemiddeld gebruik is één gedefinieerde dagelijkse dosis (DDD) per dag).² Onder degenen met een recentelijk doorgemaakt acuut hartinfarct, halen etnische minderheden net zo vaak bloed- drukverlagende, cholesterolverlagende en antitrombotische medicatie op bij de apotheek als autochtone Nederlanders, maar vooral Marokkanen en Turken stoppen vaker met het gebruik hiervan.² Wij hebben geen etnische verschillen kunnen vinden in het ondergaan van een revascularisatieprocedure (dotterbehandeling of omleiding) na een ST-elevatiemyocardinfarct.²

BESCHOUWING

Uit ons onderzoek blijkt dat vooral Surinamers en Turkse mannen een hogere incidentie hebben van een acuut hartinfarct dan autochtone Nederlanders. De hoge prevalentie van traditionele risicofactoren en ongunstige leefstijlfactoren, voornamelijk hypertensie en diabetes type 2 bij Surinamers^{7,8} en roken bij Turkse mannen, kunnen hier mede aan ten grondslag liggen.⁹ Marokkanen hebben daarentegen een lagere incidentie dan autochtone Nederlanders. Het zeer lage percentage rokers in deze groep is mogelijk een van de verklaringen.⁹ Personen van Marokkaanse afkomst lijken de gunstige positie ten aanzien van hart- en vaatziekten echter snel te verliezen. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen wat de onderliggende factoren zijn van deze ongunstige trend. Dat etnische minderheidsgroepen vaker stoppen met het gebruik

Abstract

Van Oeffelen AAM. Ethnic differences in incidence of acute myocardial infarction. *Huisarts Wet* 2015;58(10):518-20.

There is growing evidence of ethnic differences in the incidence and prognosis of acute myocardial infarction and in the use of cardiovascular care. By linking several national registries, we investigated these differences in the Netherlands. Our study showed that the incidence of acute myocardial infarction is higher in Turkish men and Surinamese individuals than in ethnic Dutch people, whereas it is lower in Moroccans. The incidence of acute myocardial infarction decreases with time among ethnic Dutch people and among most ethnic minority groups, except among Turkish women and Moroccans. Furthermore, most ethnic minority groups have a higher mortality and readmission rate after a first hospital admission for an acute myocardial infarction than do ethnic Dutch people. Our study also reveals that ethnic minority groups have a higher risk of prematurely stopping their prescribed cardiovascular drug treatment. There were no differences in the rate of revascularization procedures or collection of a prescribed cardiovascular drug after an acute myocardial infarction between ethnic minority groups and ethnic Dutch people.

Tabel Verschil in incidentie, prognose en gebruik van gezondheidszorg met betrekking tot een acuut hartinfarct tussen autochtone Nederlanders en etnische minderheidsgroepen, uitgedrukt in het percentage verschil ten opzichte van autochtone Nederlanders

	Marokkanen (% verschil)	Turken (% verschil)	Surinamers (% verschil)	Antillianen (% verschil)	Indonesiërs (% verschil)
Incidentie	- 54	+ 34	+ 44	- 3	+ 9
28 dagen sterfte	- 13	- 2	+ 16	+ 25	+ 20
5 jaar sterfte	+ 31	+ 59	+ 44	+ 45	+ 6
Heropname hartinfarct	+ 50	+ 33	+ 33	+ 48	+ 23
Heropname hartfalen	+144	+160	+109	+137	+ 2
Stoppen bloeddrukverlagende medicatie primair*	+ 84	+117	+ 61	+ 44	+ 9
Stoppen cholesterolverlagende medicatie primair*	+ 94	+122	+ 76	+ 49	+ 1
Stoppen bloeddrukverlagende medicatie secundair†	+106	+ 94	+ 10	X	X
Stoppen cholesterolverlagende medicatie secundair†	+ 34	+ 26	+ 28	X	X
Stoppen antitrombotische medicatie secundair†	+ 97	+ 78	+ 41	X	X
Revascularisatie procedures na STEMI	- 6	+ 4	+ 4	X	X

* Primair: bij personen die nog nooit een hart- en vaatziekte hebben gehad.

† Secundair: bij personen die een hartinfarct hebben gehad.

X = niet onderzocht in deze groep; STEMI = ST-elevatiemyocardinfarct.

Vetgedrukt: statistisch significant verschil met autochtone Nederlanders.

van de voorgeschreven medicatie ter preventie van hart- en vaatziekten draagt mogelijk bij aan de hogere incidentie van een acuut hartinfarct bij sommige groepen, zoals Surinamers en Turkse mannen. Taalbarrières,¹⁰ meer bijwerkingen¹¹ of zorgen over bijwerkingen¹² en culturele verschillen^{10,12} kunnen van invloed zijn op het vroegtijdig stoppen met voorgeschreven medicatie. Onderzoek heeft aangetoond dat het als huisarts moeilijker is om wederzijds begrip te kweken bij een allochtone patiënt dan bij een autochtone patiënt.¹³ De uitleg over goed gebruik en noodzaak van cardiovasculaire medicatie komt hierdoor mogelijk minder goed over, wat verder kan bijdragen aan het vroegtijdig stoppen met medicatie.

De slechtere prognose na eerste ziekenhuisopname voor een acuut hartinfarct bij etnische minderheidsgroepen komt mogelijk gedeeltelijk doordat sommige groepen (voornamelijk Turken en Marokkanen) vaker stoppen met het gebruik van voorgeschreven medicatie die een recidief moet voorkomen. Ook een ernstiger infarcttype,¹⁴ de aanwezigheid van meer traditionele risicofactoren¹⁵ en een mindere participatie aan hartrevalidatie¹⁶ kunnen de prognose nadelig beïnvloeden.

Anders dan bij onderzoek in de Verenigde Staten hebben wij bij ons onderzoek geen etnische verschillen gevonden met betrekking tot dotterbehandelingen en coronaire omleidingen

na een ST-elevatiemyocardinfarct. Dit suggereert dat de universele toegang tot acute ziekenhuiszorg in Nederland effectief is in het beperken van etnische verschillen in acute zorg. Een langere tijd tussen het hartinfarct en de revascularisatieprocedure bij etnische minderheden, zoals is gevonden in internationale literatuur,¹⁷ kan echter mogelijk nog wel een ongunstige invloed hebben op de prognose. Dat hebben we niet kunnen onderzoeken.

CONCLUSIE

Het is van belang dat huisartsen zich bewust zijn van de etnische verschillen bij acute hartinfarcten, zodat ze bij confrontatie met een hoogrisicopatiënt alerter kunnen reageren op signalen die samenhangen met een acuut hartinfarct (bijvoorbeeld aanwezige traditionele risicofactoren en ongunstige leefstijlfactoren). Tot slot is het bij etnische minderheden extra van belang om goed in de gaten te houden of patiënten de voorgeschreven cardiovasculaire medicatie echt ophalen en op de juiste manier innemen. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Beschouwing.



Gemiddelde, mediaan en spreidingsmaten

PRAKTIJKPROBLEEM

De eerste tabel van een onderzoeksartikel geeft vaak een beschrijving van de populatie waarin het onderzoek is gedaan. Voor een aantal variabelen wordt het gemiddelde en de standaarddeviatie (SD) gepresenteerd. Soms wordt geen gemiddelde gegeven maar de mediaan en wordt de SD vervangen door de range of de interkwartielafstand (interquartile range, IQR). Wat betekenen deze getallen en hoe moet je ze interpreteren?

ACHTERGROND

Het gemiddelde geeft aan wat een karakteristieke waarde is voor deze variabele in de onderzochte populatie en is de optelsom van de waarden van de afzonderlijke waarnemingen gedeeld door het aantal waarnemingen. De mediaan is de middelste waarde in de reeks. Als een deel van de uitkomsten zich aan één uiteinde van de verdeling bevindt, kan het zinvol zijn om de mediaan te rapporteren. In tegenstelling tot het gemiddelde, wordt de mediaan namelijk niet beïnvloed door deze extreme waarden.

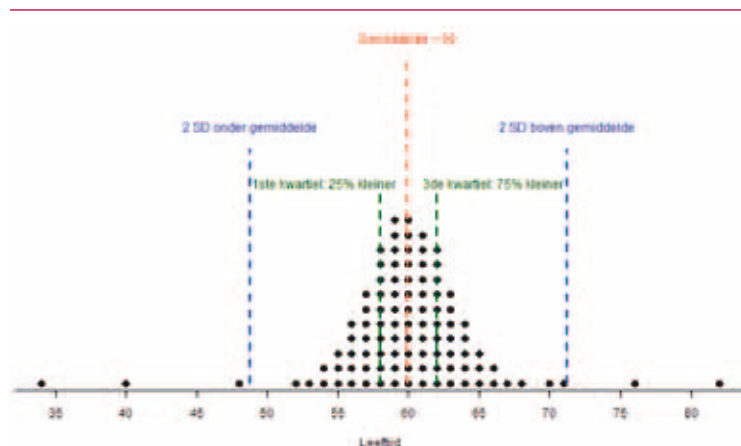
Alleen een gemiddelde of mediaan geeft geen compleet beeld van de populatie, omdat ze geen inzicht geven in hoe de waarnemingen zijn verdeeld. Daarom moet je ook kijken naar de spreidingsmaten zoals de range, de interquartile range (IQR) en de standaarddeviatie (SD). De range geeft aan wat de laagste en de hoogste waarde van de data zijn. De IQR is de afstand tussen de eerste en derde kwartiel: de grens van het eerste kwartiel is de waarde waarbij 25% van de data kleiner zijn; de grens van het derde kwartiel is de waarde waarbij 75% van de data kleiner zijn. Het nadeel van de range en de IQR is dat deze zijn gebaseerd op een beperkt aantal waarden. De SD neemt de locatie van alle waarden mee. Een grote SD betekent dat de waarnemingen gemiddeld verder van het gemiddelde afliggen en er dus veel spreiding is. Een kleine SD houdt in dat de waarden dicht rond het gemiddelde liggen. Als de data 'normaal' zijn verdeeld, ligt 68,2% van alle waarnemingen tussen 1 SD onder en 1 SD boven het gemiddelde en ongeveer 95% van alle waarnemingen tussen 2 SD onder en 2 SD boven het gemiddelde.

UITWERKING

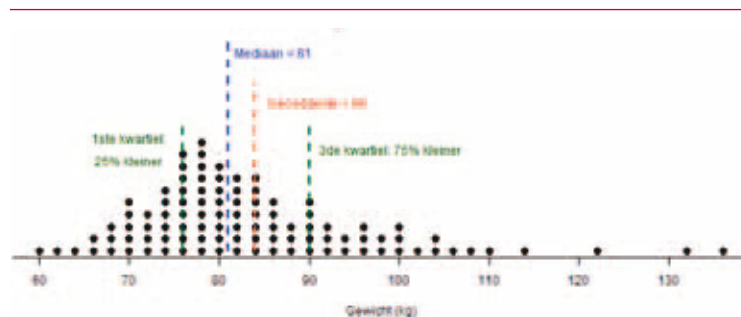
[Figuur 1] toont een populatie waarin de leeftijd normaal is verdeeld rond een gemiddelde van 60 jaar. Bij een dergelijke symmetrische verdeling is de mediaan gelijk aan het gemiddelde. De IQR loopt van 58 tot 62; 50% van de waarnemingen ligt tussen deze twee waarden. Tussen 54 (1 SD onder het gemiddelde) en 67 (1 SD boven het gemiddelde) ligt 68,2% van alle waarnemingen. In dit geval liggen de IQR en de waarden tussen -1 SD en +1 SD dicht bij elkaar. De uitkomsten van een onderzoek met deze leeftijdsverdeling van deelnemers zegt het meest over mensen tussen 54 en 67 jaar.

[Figuur 2] toont de verdeling van het gewicht in een populatie waarin deze scheef is verdeeld. Er zijn veel extreme waarden

Figuur 1 Normale verdeling



Figuur 2 Scheve verdeling



aan de rechterkant van de grafiek. In dit geval hebben het gemiddelde en de mediaan niet dezelfde waarde. Het gemiddelde (84 kg) is hoger dan de mediaan (81 kg). De IQR geeft een indruk van waar de extreme waarden liggen. De onderste IQR (76 kg) ligt dicht bij de mediaan (81 kg) dan de bovenste IQR (90 kg). Hieruit is op te maken dat het een rechtsscheve verdeling is met extreme waarden aan de rechterkant van de grafiek.

BETEKENIS

De waarden van gemiddelde, mediaan, SD, range en/of IQR in de eerste tabel van een onderzoeksartikel geven een indruk van de populatie waarin het onderzoek is verricht. Aan de hand van deze waarden kun je beoordelen of de onderzoekspopulatie overeenkomt met je eigen patiënten. ■

LITERATUUR

- Swinscow TDV, Campbell MJ. Statistics at square one - Tenth edition. London: BMJ Books, 2008.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Postzone V-o-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden; dr. A.F.H. Smelt, huisartsdocent en epidemioloog. Vrije Universiteit Amsterdam: A.J. de Vetten, docent rekenen-wiskunde • Correspondentie: a.f.h.smelt@lumc.nl



Voorspellen van kwaliteit van leven van COPD-patiënten

Samenvatting

Siebeling L, Ter Riet, G. Voorspellen van kwaliteit van leven van COPD-patiënten. *Huisarts Wet* 2015;58(10):522-5.

Het proefschrift van Siebeling betreft een internationaal prospectief cohortonderzoek met eerstelijns-COPD-patiënten. Het primaire doel is het ontwikkelen van predictiemodellen voor ziektegerelateerde kwaliteit van leven (KvL) en het secundaire doel betreft exacerbaties en sterfte. Deze modellen moeten bruikbaar zijn voor huisartsen en mogen dus alleen predictoren bevatten die beschikbaar zijn in de huisartsenpraktijk. Er zijn verschillende modellen om de sterftkans bij COPD-patiënten te voorspellen. Vanuit het perspectief van de patiënt is het voorspellen van het ziektebeloop in termen van KvL en exacerbaties waarschijnlijk belangrijker. Daarnaast zijn bestaande modellen veelal niet toepasbaar in de huisartsenpraktijk. Voor het instellen van het juiste behandelplan voor de individuele patiënt kan het voor huisartsen nuttig zijn als ze een inschatting kunnen maken van het te verwachten beloop van deze klinisch belangrijke uitkomstmaten. Voorgaande COPD-gerelateerde KvL blijkt de sterkste voorspeller van toekomstige KvL. Bij patiënten informeren naar kortademigheid, vermoeidheid, emotionele beperkingen en de manier waarop ze met COPD omgaan levert belangrijke informatie op over toekomstige KvL en is in iedere huisartsenpraktijk toepasbaar.

INLEIDING

Chronische obstructieve longziekte (COPD) heeft een grote impact op het leven van de patiënt en zijn directe omgeving. De behandeling van het merendeel van de COPD-patiënten vindt in de huisartsenpraktijk plaats. Jarenlang was de behandeling vooral gebaseerd op de longfunctiemeting en de daaropvolgende indeling in de GOLD-klasse (GOLD 1-4, respectievelijk licht, matig ernstig, ernstig en zeer ernstig COPD). De afgelopen jaren is echter steeds duidelijker geworden dat de longfunctiemeting alleen onvoldoende informatie geeft over de ernst van het ziektebeeld en het te verwachten ziektebeloop, en maar matig correleert met belangrijke klinische uitkomstmaten, zoals ziektegerelateerde kwaliteit van leven (KvL) en exacerbaties.¹⁻⁴ De nieuwe GOLD-indeling weerspiegelt deze ontwikkelingen [figuur 1]. Deze bepaalt de ernst van de ziekte niet alleen aan de hand van de longfunctiemeting, maar ook op grond van het aantal recentelijk doorgemaakte exacerbaties en de ernst van de klachten. Voor het instellen

van een goed behandelplan voor de individuele patiënt kan het nuttig zijn voor de huisarts om een inschatting te maken van het te verwachten beloop van klinisch belangrijke uitkomstmaten, zoals KvL. Daarop kan de huisarts tijdens de behandeling zo goed mogelijk anticiperen, om achteruitgang zoveel mogelijk te voorkomen.

Men heeft verschillende predictiemodellen ontwikkeld om sterfte te voorspellen bij COPD-patiënten.⁵ Vanuit het perspectief van de patiënt is het voorspellen van het ziektebeloop in termen van KvL waarschijnlijk belangrijker. Daarnaast zijn bestaande predictiemodellen veelal in een andere setting ontwikkeld dan in de eerste lijn, waardoor deze modellen verkeerde kansen opleveren of niet bekend is hoe goed ze in de huisartsenpraktijk presteren. Ook bevatten deze modellen vaak variabelen die niet toepasbaar zijn in de huisartsenpraktijk, terwijl huisartsen juist het merendeel van de COPD-patiënten behandelen. Een voorbeeld hiervan is de 6-minuten-looptest (6MWT), die deel uitmaakt van een van de meest bekende predictiemodellen voor sterfte, de BODE-index.² Deze test, de afstand die een patiënt in 6 minuten kan lopen, is niet uitvoerbaar in de huisartsenpraktijk. Bij de selectie van potentiële predictoren voor onze predictiemodellen hebben wij ervoor gekozen alleen die predictoren mee te nemen die een huisarts zelf kan meten, zodat straks iedere huisarts het model kan gebruiken. Zo hebben wij de 6MWT vervangen door een simpelere test, de sit-to-stand-test (STST).^{6,7} Bij deze test moet de patiënt 1 minuut lang zo vaak mogelijk opstaan uit een stoel en weer gaan zitten. Uit de literatuur was al gebleken dat deze test een hoge test-hertestbetrouwbaarheid en een sterke correlatie met de 6MWT heeft.⁸ Om vervolgens de test ook op grote schaal te kunnen gebruiken, hebben wij gekeken naar de mate waarin de STST mortaliteit, KvL en exacerbaties kan voorspellen.⁹

Samenvattend was het primaire doel het ontwikkelen van voor de huisarts toepasbare modellen die KvL voorspellen, om hierop vervolgens in de toekomst de behandeling

De kern

- De meeste COPD-patiënten worden door de huisarts behandeld.
- Kwaliteit van leven is een belangrijke uitkomstmaat.
- Voorgaande kwaliteit van leven is de sterkste voorspeller van toekomstige kwaliteit van leven.
- Informeren naar kortademigheid, emoties en het omgaan met COPD geeft belangrijke informatie over de toekomstige kwaliteit van leven.
- De sit-to-stand-test is een goed alternatief voor de 6-minuten-looptest.
- Bij exacerbaties als uitkomstmaat kan zelfrapportage leiden tot misclassificatie.

AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 9, 1105 AZ, Amsterdam; dr. L. Siebeling, huisarts-onderzoeker; dr. G. ter Riet, arts-epidemioloog • Correspondentie: lsiebeling@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek is in Nederland gesponsord door het Longfonds en de Stichting Astmabestrijding.

Deze beschouwing is gebaseerd op het proefschrift: Siebeling L. COPD in primary care; towards simple prediction of quality of life, exacerbations and mortality [proefschrift]. Amsterdam: UvA, 2014.

te kunnen baseren. We lichten vooral dit onderzoek uit het proefschrift, maar andere onderdelen komen ook kort aan bod. Dit onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam en het Universiteitsziekenhuis van Zurich, en is in Nederland gesponsord door het Longfonds en de Stichting Astmabestrijding.

OVER HET ONDERZOEK

Het onderzoekscohort en de methoden voor het ontwikkelen van de predictiemodellen zijn elders uitvoerig beschreven.^{10,11} Kort samengevat bestaat het cohort uit 409 eerstelijns-COPD-patiënten uit Zwitserland en Nederland, en liep het onderzoek van 2008 tot 2014, met een follow-up van 5 jaar. Het merendeel van de patiënten (66%) had matig ernstig COPD. De gemiddelde leeftijd was 67 jaar, 57% was man en 38% rookte nog. Driekwart had ten minste 1 en bijna de helft had 2 of meer bijkomende ziekten, waarvan hart- en vaatziekten en depressie de meestvoorkomende waren.

De primaire uitkomstmaat is ziektegerelateerde KvL, gemeten met de Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ).¹²⁻¹⁴ Deze gevalideerde vragenlijst geeft zowel een totale als een domeinspecifieke score van KvL op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 7 (goed). Deze domeinen zijn: kortademigheid, vermoeidheid, emotionele beperkingen en het gevoel het ziektebeloop te kunnen beïnvloeden en controle te behouden. Een belangrijke overweging om per domein een voorspelling te doen is dat dit ook per domein zou kunnen leiden tot verschillende therapeutische interventies. Een te verwachten vermindering van de kortademigheid heeft mogelijk andere therapeutische consequenties dan een te verwachten afname van de emotionele beperkingen.

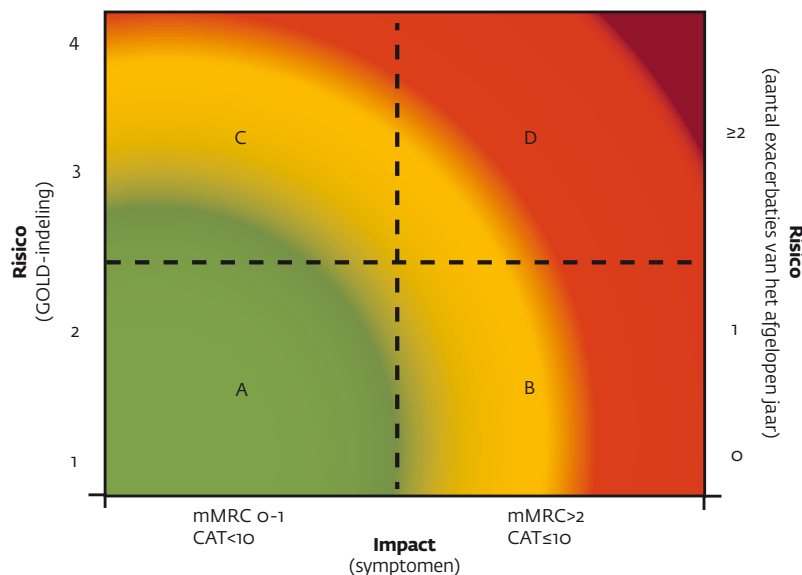
Voor de selectie van de variabelen voor de predictiemodellen hebben we gebruikgemaakt van de lassomethode (least absolute selection and shrinkage operator).^{15,16} Via deze methode hebben we de predictoren geselecteerd op basis van hun voorspellende waarde voor de primaire uitkomstmaat KvL en worden de regressiecoëfficiënten gekrompen ('shrinkage'). Shrinkage leidt tot modellen met minder predictoren, met behoud van voorspellende kwaliteiten, die beter toepasbaar zijn in de praktijk.

RESULTATEN

Kwaliteit van leven voorspellen

Voor alle domeinen van de CRQ was de voorgaande domeinspecifieke CRQ-score de sterkste voorspeller. Dus voor het domein kortademigheid was de kortademigheidsscore op baseline de sterkste voorspeller. De overige voorspellers in dit model waren de CRQ-score voor vermoeidheid, Forced Expiratory Volume in 1 seconde, percentage van voorspeld (FEV%), en de Feeling Thermometer (FT), een visuele schaal van 0 tot 100 waarop patiënten aangeven hoe (on)gezond ze zich voelen. De modellen maken goed onderscheid tussen patiënten met een goede en slechte prognose (goede kalibratie en discriminatie).⁵ Voor alle modellen hebben we ter visualisatie nomogrammen

Figuur 1 GOLD-indeling bij COPD (nieuw)



mMRC = modified Medical Research Council, mate van dyspneu, scores van 0 (geen dyspneu) tot 4 (ernstige dyspneu).

CAT = COPD Assessment Test, meting van de impact van COPD op welbevinden en dagelijks leven, scores van 0 (heel gelukkig) tot 5 (heel ongelukkig).

Verticale lijn links: oude GOLD-indeling gebaseerd op FEV1% (1: FEV1 > 80%, 2: FEV1 50-80%, 3: FEV1 30-50% en 4: FEV1 < 30%).

Verticale lijn rechts: aantal exacerbaties afgelopen jaar.

GOLD-klasse A: laag risico, weinig symptomen; GOLD-klasse B: laag risico, veel symptomen; GOLD-klasse C: hoog risico, weinig symptomen; GOLD-klasse D: hoog risico, veel symptomen.

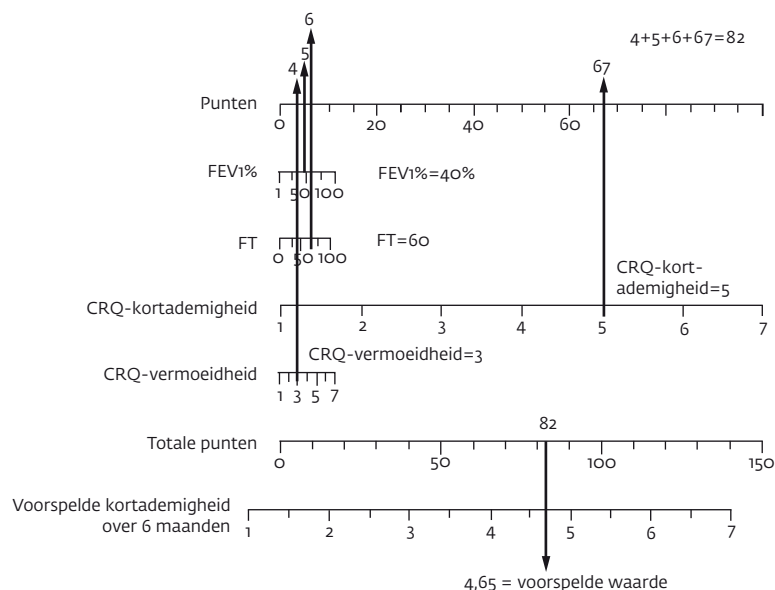
gemaakt. Zie [figuur 2] voor het nomogram om kortademigheid over zes maanden te voorspellen. We hebben in totaal tien modellen ontwikkeld: vier KvL-domeinen en één totale KvL-score als uitkomst, alle voor twee termijnen, namelijk zes maanden en twee jaar.⁵

Abstract

Siebeling L, Ter Riet, G. Predicting the quality of life of COPD patients. *Huisarts Wet* 2015;58(10):522-5.

The PhD thesis of Lara Siebeling describes an international prospective cohort study of COPD patients in general practice. The main aim of the study was to develop prediction models for the health-related quality of life (HR-QoL) of these patients, with secondary aims the prediction of exacerbations and mortality. As these models are intended for use in general practice, they should include only predictors that are available or that can be measured in general practice. Although there are several models to predict the mortality risk of patients with COPD, from the patient's perspective, models that predict the course of the disease in terms of HR-QoL and exacerbations are probably more important. Moreover, existing models are often not appropriate for use in general practice. In order to make a tailored treatment plan for the individual patient, it would be helpful if the general practitioner could estimate how these important clinical outcomes are expected to change during the course of the disease. Previous COPD-associated HR-QoL appeared to be the strongest predictor of future HR-QoL. Asking patients about shortness of breath, fatigue, emotional limitations, and how they cope with COPD provides important information about future HR-QoL, information that can be acquired in every general practice.

Figuur 2 Nomogram om kortademigheid over zes maanden te voorspellen



Elke voorspeller heeft een eigen schaal, lees de waarde van de voorspellers af op de schalen en trek vanaf elke schaal een verticale lijn naar boven naar de puntenschaal. Tel alle punten bij elkaar op en vul deze waarde in op de totale puntenschaal. Trek vanaf hier een verticale lijn naar beneden naar de uitkomstschaal (voorspelde kortademigheid over 6 maanden). Deze waarde is de voorspelde score voor kortademigheid over zes maanden.

Voorspellende eigenschappen van de STST

Van de patiënten kon 91,4% de STST uitvoeren. Redenen waarom patiënten de test niet konden uitvoeren, betroffen vooral problemen van het bewegingsapparaat, zoals artrose. Gemiddeld konden de patiënten in 1 minuut tijd 19 keer opstaan vanuit de stoel en weer gaan zitten. De gemiddelde score van patiënten die tijdens de looptijd van het onderzoek waren overleden, was duidelijk lager dan die van patiënten die nog in leven waren (11,8 versus 19,5). De hazardratio was 0,58 per 5 keer minder opstaan per minuut. Dit betekent dat de kans op sterfte $1 - 0,58 = 42\%$ kleiner is bij patiënten die 5 keer meer vanuit de stoel konden opstaan en zitten en $1 - (0,58 \times 0,58) = 66\%$ kleiner voor 10 keer meer opstaan. Ook was er een relatie tussen de STST en KvL over alle vier de domeinen van de CRQ. Patiënten die 5 keer meer vanuit de stoel konden opstaan en zitten scoorden gemiddeld 0,26 hoger op het domein kortademigheid, 0,19 op vermoeidheid, 0,10 op emotionele beperkingen en 0,08 op het gevoel het ziektebeloop te kunnen beïnvloeden en controle te behouden.⁹ De schaal van de CRQ loopt van 1 (zeer slecht) tot 7 (goed) en een verschil van 0,5 of hoger op de CRQ is klinisch relevant.¹⁴

Overige resultaten van het proefschrift

Exacerbaties bij COPD zijn lastig te meten, terwijl ze bij veel onderzoeken wel een belangrijke uitkomstmaat zijn. Daarnaast zijn ze ook van grote invloed op de patiënt. Meestal worden exacerbaties gemeten via zelfrapportage van de patiënt, maar het is niet bekend in hoeverre deze methode valide is. Wij hebben gekeken naar de validiteit van de zelf-

rapportage door deze te vergelijken met beoordeling door één expert en met beoordeling door een groep experts als gouden standaard. De beoordeling van exacerbaties door één expert is te prefereren boven zelfrapportage door de patiënt. Onderzoeken die effecten van behandelingen meten, gebruiken geregeld exacerbaties als uitkomstmaat. In ons onderzoek vonden we door zelfrapportage vaker overschatting van exacerbaties dan onderschatting, 34% versus 18%, dus meer fout-positieve dan fout-negatieve misclassificaties. Extreme voorbeelden zijn een patiënt die zelf veertien exacerbaties rapporteerde, terwijl de adjudicatiecommissie er slechts vier telde en een patiënt die er zelf vier rapporteerde terwijl de commissie er elf telde. Zelfrapportage van exacerbaties kan leiden tot onderschatting van het effect van de behandeling. Als we een of meer experts de exacerbaties laten beoordelen en zelfrapportage door de patiënt niet als methode gebruiken, kunnen we de exacerbaties nauwkeuriger meten, is er minder sprake van misclassificatie en kan de benodigde steekproefgrootte zelfs aanzienlijk dalen, met een mogelijke bijkomende afname van de onderzoekskosten.

CONCLUSIE

Wij concluderen onder andere dat voorgaande COPD-gerelateerde KvL de sterkste voorspeller is van toekomstige KvL, dat de STST gerelateerd is aan sterfte en KvL, en een goed alternatief is voor de ingewikkeldere maar bekendere 6MWT, zowel in de (huisartsen)praktijk als in wetenschappelijk onderzoek.^{5,8} Deze test kunnen huisartsen gebruiken om bijvoorbeeld het effect van een behandeling te evalueren en om achteruitgang op het spoor te komen.

Bij het voorspellen van de KvL geeft het informeren naar kortademigheid, vermoeidheid, emotionele beperkingen en het gevoel het ziektebeloop te kunnen beïnvloeden en controle te behouden belangrijke informatie over toekomstige KvL. De predictiemodellen zijn speciaal ontwikkeld in en voor de huisartsenpraktijk. Ze bevatten alleen predictoren die huisartsen in relatief korte tijd kunnen meten. Om het domein kortademigheid over zes maanden te voorspellen, zijn de volgende predictoren nodig: FEV1%, FT en de CRQ-scores op de domeinen kortademigheid en vermoeidheid. Ervan uitgaande dat huisartsen bijvoorbeeld jaarlijks bij hun COPD-patiënten een longfunctiemeting uitvoeren, kost het ongeveer 10 minuten extra om bovenstaande informatie te verzamelen en vervolgens kortademigheid over zes maanden te voorspellen. Afhankelijk van de uitkomst per KvL-domein kunnen huisartsen en patiënten het te verwachten beloop van de ziekte bespreken en hier eventueel op proberen in te spelen met therapeutische interventies, zoals medicatie, conditietraining, emotionele ondersteuning en eventueel een verwijzing voor longrevalidatie. Wat betreft de behandeling van COPD-patiënten springt longrevalidatie eruit als we kijken naar het effect op KvL. Volgens onderzoek verbetert longrevalidatie het domein kortademigheid met meer dan 1 punt op een schaal van 1 tot 7.¹⁷

In de toekomst zullen we onze modellen nog verder ontwikkelen. Ze zijn intern gevalideerd door middel van *bootstrap*-



Foto: Kees van de Veen/Hollandse Hoogte

ping, maar het is nog nodig om een externe validatie op een nieuwe patiëntengroep uit te voeren. Verder is het in de toekomst interessant om behandelingen en kosteneffectiviteitsanalyses toe te voegen aan onze modellen.

Ter vergelijking met de veelgebruikte cardiovasculaire modellen in onze standaard: met een aantal voorspellers (bloeddruk, cholesterol, geslacht, roken en leeftijd) bepalen we een bepaald risico voor de patiënt, namelijk het tienjaarsrisico op cardiovasculaire ziekte of sterfte. Op basis van dit risico adviseren we een behandeling. Bij COPD zou dat er als volgt kunnen uitzien (let op: dit is een voorbeeld). Met een aantal voorspellers (CRQ-score dyspneu, CRQ-score vermoeidheid, FEV1% en FT) bepalen we een bepaald risico voor de patiënt, namelijk een achteruitgang voor het domein kortademigheid, en op basis van deze achteruitgang adviseren we een behandeling, bijvoorbeeld altijd leefstijladviezen, maar zelden verwijzing voor longrevalidatie bij achteruitgang < 0,5, eventueel verwijzing voor longrevalidatie bij achteruitgang tussen 0,5 tot 0,75 en zeker verwijzing voor longrevalidatie bij achteruitgang > 0,75. Op deze manier zijn predictiemodellen nog interessanter, aangezien we er een kosteneffectieve behandeling aan kunnen koppelen. Huisartsen en patiënten kunnen samen kijken welke therapeutische interventies passend zijn, de zogenaamde 'shared-decision-making-models'. ■

LITERATUUR

- 1 http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf.
- 2 Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de OM, Mendez RA, et al. The body-mass-index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004;350:1005-12.
- 3 Celli BR, Calverley PM, Rennard SI, Wouters EF, Agusti A, Anthonisen N, et al. Proposal for a multidimensional staging system for chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2005;99:1546-54.
- 4 Osman IM, Godden DJ, Friend JA, Legge JS, Douglas JC. Quality of life and hospital re-admission in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1997;52:67-71.
- 5 Siebeling L, Musoro JZ, Geskus RB, Zoller M, Muggensturm P, Frei A, et al. Prediction of COPD-specific health-related quality of life in primary care COPD patients: a prospective cohort study. *NPJ Prim Care Respir Med* 2014;24:14060.
- 6 Bohannon RW. Measurement of sit-to-stand among older adults. *Top Geriatr Rehabil* 2012;28:11-6.
- 7 Jones CJ, Rikli RE, Beam WC. A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults. *Res Q Exerc Sport* 1999;70:113-9.
- 8 Ozalevli S, Ozden A, Itil O, Akkoclu A. Comparison of the Sit-to-Stand Test with 6 min walk test in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2007;101:286-93.
- 9 Puhan MA, Siebeling L, Zoller M, Muggensturm P, Ter Riet G. Simple functional performance tests and mortality in COPD. *Eur Respir J* 2013;42:956-63.
- 10 Siebeling L, Ter Riet G, Van der Wal WM, Geskus RB, Zoller M, Muggensturm P, et al. ICE COLD ERIC - International collaborative effort on chronic obstructive lung disease: exacerbation risk index cohorts - study protocol for an international COPD cohort study. *BMC Pulm Med* 2009;9:15.
- 11 Siebeling L, Puhan MA, Muggensturm P, Zoller M, Ter Riet G. Characteristics of Dutch and Swiss primary care COPD patients - baseline data of the ICE COLD ERIC study. *Clin Epidemiol* 2011;3:273-83.
- 12 Puhan MA, Behnke M, Frey M, Grueter T, Brandli O, Lichtenschopf A, et al. Self-administration and interviewer-administration of the German Chronic Respiratory Questionnaire: instrument development and assessment of validity and reliability in two randomised studies. *Health Qual Life Outcomes* 2004;2:1.
- 13 Puhan MA, Behnke M, Laschke M, Lichtenschopf A, Brandli O, Guyatt GH, et al. Self-administration and standardisation of the chronic respiratory questionnaire: a randomised trial in three German-speaking countries. *Respir Med* 2004;98:342-50.
- 14 Schünemann HJ, Puhan M, Goldstein R, Jaeschke R, Guyatt GH. Measurement properties and interpretability of the Chronic respiratory disease questionnaire (CRQ). *COPD* 2005;2:81-9.
- 15 Tibshirani R. Regression shrinkage and selection via the lasso. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol* 1996;58:267-88.
- 16 <http://statweb.stanford.edu/~tibs/lasso.html>.
- 17 Lacasse Y, Martin S, Lasserson TJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *A Cochrane systematic review*. *Eura Medicophys* 2007;43:475-85.



De rol van de huisarts bij huidtumoren

Samenvatting

Van Rijsingen MCJ, Gorgels WJM, Lagro-Janssen ALM, Gerritsen MJP. De rol van de huisarts bij huidtumoren. *Huisarts Wet* 2015;58(10):526-9. Sinds jaren stijgt de incidentie van huidkanker. Hierdoor zullen diagnosestelling en behandeling van laagrisicohuidtumoren in de toekomst vaker door de huisarts gedaan worden. Een enquête wees uit dat Nederlandse huisartsen graag een rol willen spelen in de huidkankerzorg. Ze behandelen momenteel voornamelijk actinische keratosen, veelal met cryotherapie. Een klein aantal huisartsen behandelt ook basaalcelcarcinomen, voornamelijk door excisie. Bij een vermoeden van maligniteit neemt niet meer dan 13% een biopsie af. Het merendeel van de excisieën uitgevoerd door huisartsen betrof benigne laesies. Van de geëxcideerde maligniteiten waren vooral excisieën in het gelaat (66%) niet radicaal. De diagnostiek van huidafwijkingen door de huisarts blijkt voor verbetering vatbaar. Bij analyse van 734 verwijzingen naar de dermatoloog bleek 40% van de verwijzingsdiagnoses correct; daarnaast vonden de dermatologen 234 additionele (pre)maligniteiten. Ook kennis over de follow-up is beperkt aanwezig: slechts een kwart van de huisartsen is bekend met de Nederlandse richtlijn voor de follow-up van basaalcelcarcinoom. De huidkankerzorg in de huisartsenpraktijk zou kunnen verbeteren door verdachte laesies vaker te biopsieren, bij benigne laesies vaker een shave-excisie of curettage uit te voeren en bij oppervlakkige (pre)maligniteiten vaker topische middelen toe te passen. Het zou goed zijn als er een NHG-Standaard Huidkanker werd opgesteld en als huisartsen betrokken zouden worden bij de ontwikkeling van transmurale richtlijnen.

INLEIDING

De incidentie van huidkanker stijgt explosief met jaarlijks 6-8%.¹ Een op de vijf Nederlanders krijgt huidkanker en een aanzienlijk deel van hen ontwikkelt meerdere tumoren.^{2,3} UV-blootstelling wordt gezien als de grootste risicofactor voor het ontwikkelen van huidkanker.⁴ Hierdoor moeten meer patiënten behandeld en gecontroleerd worden.

Men onderscheidt melanomen en niet-melanocytair huidkanker (NMSC). Melanomen komen minder vaak voor, maar zijn verantwoordelijk voor het grootste deel van de mortaliteit door huidkanker. NMSC vormen de grootste groep. Daartoe behoren het basaalcelcarcinoom (BCC) en het plaveiselcelcarcinoom (PCC) met zijn voorstadia, actinische keratose (AK) en de ziekte van Bowen (MB).

Wanneer het aantal beperkt blijft, zijn actinische keratosen goed te behandelen met cryotherapie.⁵ Als de laesies talrijk zijn, gaat de voorkeur uit naar topische veldbehandeling met in-

genolmebutaat, imiquimod, 5-fluorouracil of fotodynamische therapie. De drie laatstgenoemde behandelingen zijn ook effectief bij oppervlakkig BCC.⁶ Bij andere vormen van BCC, bij PCC en bij melanomen is excisie de behandeling van eerste keus. In specifieke gevallen kan voor radiotherapie gekozen worden.

Bij een vermoeden van NMSC wordt regelmatig voorafgaand aan de behandeling een biopsie uitgevoerd om de diagnose histologisch te bevestigen. Bij verdenking van een melanoom moet een diagnostische excisie met een vrije marge van 2 mm worden uitgevoerd.⁷ De exacte diagnose van het type of subtype huidkanker is bepalend voor de keuze van de behandeling en ook voor de vrije marges die worden aangehouden in geval van een excisie. Bovendien voorkomt het nemen van een biopsie een onterechte excisie wanneer sprake blijkt te zijn van een benigne laesie.

Tot op heden worden de meeste huidkankerpatiënten behandeld door de dermatoloog en lijkt de diagnostiek in de eerste lijn niet optimaal.⁸⁻¹⁰ Omdat de incidentie en dus de zorgvraag toenemen, zullen de diagnose en behandeling van huidtumoren met een laag risico in de toekomst steeds vaker worden uitgevoerd door huisartsen. In dat geval moeten hun kennis en vaardigheden op niveau zijn. Wij hebben een drietal onderzoeken verricht om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de huidkankerzorg in de eerste lijn.

DE HUIDIGE ROL VAN DE EERSTE LIJN

Voor ons eerste onderzoek zonden wij 552 huisartsen in de regio Nijmegen een enquête met vragen over hun opvattingen, (behoefte aan) kennis en beleid ter zake van huidkanker.¹¹ Van 268 (49%) huisartsen ontvingen wij de antwoorden retour. Van de respondenten gaf 93% aan bekend te zijn met de risicofactoren voor het ontwikkelen van huidkanker; 86% zou zelf een rol willen spelen in de huidkankerzorg en meer dan de helft gaf aan behoefte aan nascholing te hebben.

Actinische keratose

Opvallend was dat een grote meerderheid aangaf dat zij voornamelijk AK's zelf behandeld [tabel 1], waarbij 75% aangaf de behandeling van AK een taak voor de huisarts te vinden. Zij

De kern

- De stijgende incidentie van huidkanker zal leiden tot een toename van de zorgvraag, ook in de huisartsenpraktijk.
- Huisartsen behandelen momenteel voornamelijk actinische keratosen, veelal met cryotherapie, en soms ook basaalcelcarcinomen, meestal met excisie. Er worden weinig diagnostische biopsies genomen.
- Het is wenselijk een NHG-Standaard Huidkanker op te stellen, en huisartsen zouden meer inbreng moeten hebben bij (transmurale) richtlijnen.

Tabel 1 Kennisbehoefte en invloed van onderwijs op het beleid van huisartsen inzake huidkanker

	n	%
Van welke (pre)maligniteit zou u meer kennis willen hebben?		
■ actinische keratose	111	41,4%
■ ziekte van Bowen	213	79,5%
■ basaalcelcarcinoom	121	45,1%
■ plaveiselcelcarcinoom	162	60,4%
■ melanoom	149	55,6%
Welke (pre)maligniteit behandelt u zelf?		
■ actinische keratose	239	89,2%
■ ziekte van Bowen	22	8,2%
■ basaalcelcarcinoom	92	34,3%
■ plaveiselcelcarcinoom	18	6,7%
■ melanoom	8	3,0%
Welke (pre)maligniteit zou u zelf behandelen als u daar meer kennis over had?		
■ actinische keratose	151	56,3%
■ ziekte van Bowen	113	42,2%
■ basaalcelcarcinoom	139	51,9%
■ plaveiselcelcarcinoom	53	19,8%
■ melanoom	6	2,2%

pasten daarbij echter vrijwel uitsluitend cryotherapie toe, een behandeling die alleen geschikt is voor patiënten met slechts enkele laesies. De overgrote meerderheid was onbekend met de veldbehandeling als effectieve optie voor patiënten met meer keratosen.

Basaalcelcarcinoom

Met betrekking tot BCC gaf 20% aan dat de behandeling ervan in de eerste lijn thuishoort, terwijl 33,2% vond dat dit alleen geldt voor laagrisico-BCC. Bij verdenking van een BCC verwijst 73,0% naar de dermatoloog, neemt 9,7% voorafgaand aan de verwijzing een biopsie en zou 42,2% zelf het BCC excideren, terwijl 9,3% een behandeling met imiquimod geeft of een verwijzing voor fotodynamische therapie. Van alle respondenten zou 34% de gehele huid van de patiënt nakijken. Slechts 27% gaf aan bekend te zijn met de richtlijn voor de oncologische follow-up van het BCC.⁶

Plaveiselcelcarcinoom

Van onze respondenten vond 3% dat een PCC in de eerste lijn behandeld moet worden, 13,1% zou voorafgaand aan de verwijzing een biopsie nemen en 13,1% zou de lymfeklieren van de patiënt palperen.

VERWIJZING VAN PATIËNTEN MET HUIDTUMOREN

In een tweede onderzoek analyseerden we 734 verwijsbrieven van huisartsen naar de afdeling Dermatologie van het Radboudumc, verzonden tussen januari 2008 en november 2010, voor patiënten bij wie als uiteindelijke DBC-diagnose een benigne of maligne huidtumor was vastgesteld.¹² We documen-

teerden de door de huisarts vermelde differentiaaldiagnose, het al verrichte onderzoek en de beschrijving van de laesie. De als eerste genoemde aandoening in de differentiaaldiagnose vergeleken we met de uiteindelijke diagnose door de dermatoloog of met de histologisch bevestigde diagnose, indien aanwezig.

Meer dan 90% van de patiënten werd verwezen met een solitaire laesie. Van deze laesies bevond 61% zich in het hoofd-halsgebied, 29,3% op de romp of de extremiteiten en 5,9% op verschillende lichaamsdelen. In 3,8% van de verwijzingen liet de huisarts na de locatie van de laesie te vermelden.

Na de totale lichaamsinspectie bij het eerste consult diagnoseerde de dermatoloog 234 additionele, niet door de huisartsen genoemde (pre)maligniteiten, waaronder 5 melanomen (de diagnose AK gold hierbij als één additionele premaligniteit, ook als er meer keratosen waren).

Van de verwezen laesies bleek 27,8% maligne, 27,8% premaligne en 44,5% benigne. Van de laesies die als maligne werden verwezen, bleek 22,4% premaligne en 25,1% benigne. Van de laesies die als benigne of zonder diagnose werden verwezen, bleek 63,9% benigne. [Tabel 2] geeft een overzicht van de diagnoses bij verwijzing en de diagnoses die uiteindelijk op de afdeling Dermatologie gesteld werden.

Van de verwijsbrieven liet 18,3% de diagnose onvermeld en vermeldde 39,8% de correcte diagnose. Bij 1,2% van de patiënten was een biopsie genomen voorafgaand aan de verwijzing. Bij 15,4% van de patiënten bevatte de brief een adequate beschrijving van de laesie, dat wil zeggen met dermatologische efflorescentie.

Opvallend was dat 42 van de 125 uiteindelijk met 'verruca seborrhoica' gediagnosticeerde patiënten verwezen was met de initiële diagnose 'atypische naevus'. Ondanks de hoge incidentie van verrucae seborrhoicae in de huisartsenpraktijk worden deze dus niet altijd herkend.

Abstract

Van Rijsingen MCJ, Gorgels WJM, Lagro-Janssen ALM, Gerritsen MJP. Skin cancer and the general practitioner. *Huisarts Wet* 2015;58(10):526-9.

The incidence of skin cancer is increasing, and in the future increasing numbers of patients will visit their general practitioner for the diagnosis and treatment of low-risk tumours. A recent survey showed that Dutch GPs would like to be involved in the care of patients with skin cancer. At present, they mainly treat actinic keratosis, primarily with cryotherapy. Only 13% take a biopsy if they suspect malignancy; the majority of these biopsies prove to be benign. A small number of GPs treat basal cell carcinoma, mainly by excision. Most (66%) excisions performed in the face/neck region are not radical. The diagnosis of skin abnormalities by GPs could be better. For example, analysis of 734 referrals to a dermatologist revealed that the referral diagnosis was correct in 323 instances (44%); the dermatologists identified a further 234 pre-malignant or malignant lesions. In addition, only a quarter of GPs knew of the Dutch dermatology clinical guideline for the follow-up of basal cell carcinoma. Certain aspects of the treatment of skin cancer in general practice could also be improved: GPs should take biopsies of suspect lesions more often; they should treat benign lesions with shave excision or curettage; and they should use topical agents more often for superficial pre-malignant or malignant lesions. It would be helpful if the Dutch College of General Practitioners could develop a guideline for skin cancer and if GPs could be involved in the development of multidisciplinary guidelines.

Tabel 2 Differentiaaldiagnose van de huisarts afgezet tegen de uiteindelijke diagnose gesteld door de dermatoloog of na histologisch onderzoek (aantallen diagnoses)

Uiteindelijke diagnose → Diagnose huisarts ↓	BCC	PCC	AK	MB	Mela- noom	Overig benigne	Overig maligne	VS	Naevus/ lentigo	Dysplasti- sche naevus	Totaal
BCC	91	11	34	6	1	26	0	11	8	0	188
PCC	3	6	4	1	0	5	0	0	0	0	19
AK	7	4	72	1	0	8	0	4	2	0	98
MB	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Melanoom	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	3
Overig benigne	4	5	14	1	1	34	2	6	5	0	72
Overig maligne/twijfel	16	2	12	0	0	2	1	10	1	0	44
VS	1	1	0	0	1	3	0	32	1	0	39
Naevus/lentigo	2	0	3	0	1	5	0	33	62	1	107
Dysplastische naevus	0	0	3	0	2	1	0	9	14	0	29
Diagnose ontbreekt	29	8	48	4	0	16	1	20	8	0	134
Totaal	153	38	190	13	8	100	4	125	102	1	734

BCC = basaalcelcarcinoom; PCC = plaveiselcelcarcinoom; AK = actinische keratose; MB = ziekte van Bowen; VS = verruca seborrhoica. Overeenkomstige diagnoses zijn vet gedrukt.

TWEE DIAGNOSES VERGELEKEN

In ons derde onderzoek analyseerden we 1898 verslagen van histologisch onderzoek door de afdeling Pathologie van het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem, van huidtumoren die in 2009 waren ingestuurd door 161 huisartsen.¹³ We vergeleken de eerstvermelde diagnose van de huisarts op het aanvraagformulier met de diagnose van de patholoog en we keken naar de radicaliteit van de excisie als het een (pre)maligne laesie betrof.

In 58,4% van de pathologieverslagen was het materiaal verkregen door primaire excisie (zonder voorafgaand biopt), in 17,9% door afname van een biopt en in 22,3% door curettage of shave. Slechts een klein percentage betrof een excisiebipt (met als doel de gehele tumor te verwijderen) of excisie van een recidief.

Van de door de huisartsen ingestuurde huidtumoren bleek 89,5% benigne, 3,7% premaligne en 6,7% maligne. Van de primaire excisies bleek 7,0% maligne, van de biopten was dit 6,5%. De meeste tumoren bleken benigne naevi (46,4%), verrucae seborrhoicae (27,3%) of dermatofibromen (9,9%). De maligne laesies omvatten 88 BCC's (4,6% van het totaal), 23 melanomen (1,2%) en 16 PCC's (0,8%). Iets minder dan de helft van het materiaal was afkomstig van de romp.

Tabel 3 Radicaliteit van excisies van (pre)maligne huidtumoren

	Niet-radicaal		Radicaal		Onduidelijk		Totaal n
	n	%	n	%	n	%	
BCC	25	51,0%	22	44,9%	2	4,1%	49
PCC	5	38,5%	8	61,5%	0	0,0%	13
Melanoom	1	5,9%	15	88,2%	1	5,9%	17
Ziekte van Bowen	1	25,0%	3	75,0%	0	0,0%	4
Dysplastische naevus	3	17,6%	10	58,8%	4	23,5%	17
Totaal	35	35,0%	58	58,0%	7	7,0%	100

BCC = basaalcelcarcinoom; PCC = plaveiselcelcarcinoom.

In 22,9% van de pathologieaanvragen vermeldde de huisarts geen diagnose. Van de laesies waarbij de huisarts een BCC vermoedde, bleek 22,4% daadwerkelijk een BCC te zijn; 73% van de benigne laesies was ingestuurd onder een benigne diagnose. Als we de aanvragen zonder diagnose niet meerekenen, was de sensitiviteit voor het diagnosticeren van een (pre)maligniteit 42,7% en de specificiteit 92,0%.

[Tabel 3] geeft een overzicht van de radicaliteit van de excisies voor elk type laesie. Beoordeeld per locatie bleek 65,5% van de laesies in het gelaat niet-radicaal geëxcideerd, op de romp 29,5% en op de extremiteiten 10,7%.

ADVIEZEN VOOR DE PRAKTIJK

Voor zover bekend was het hierboven beschreven onderzoek het eerste waarin huisartsen gevraagd is naar hun rol in de huidkankerzorg. Daaruit komt naar voren dat een aanzienlijk deel in de huidkankerzorg wil participeren, maar ook dat de kwaliteit van de huidkankerzorg in de eerste lijn op een aantal punten beter kan.

Scholing

In eerdere onderzoeken is al beschreven dat huisartsen moeite hebben met het herkennen van zowel maligne als benige tumoren van de huid.^{9,10,14} Daarom is in de opleiding en nascholing van huisartsen meer aandacht nodig voor de diagnostiek van huidtumoren.

Meer biopten

Slechts 13% van de ondervraagde huisartsen neemt een diagnostisch bipt af (de reden voor dit lage percentage is niet bekend), terwijl afname van een bipt een essentieel onderdeel is van de diagnostiek en behandeling van huidtumoren. Ten eerste levert de histologische diagnose direct feedback op de differentiaaldiagnose en heeft deze dus een

educatieve functie voor de huisarts. Ten tweede is de diagnose van evident belang voor de keuze van de behandeling: in geval van een maligne laesie bepaalt de histologische diagnose welke marges bij excisie worden aangehouden, in geval van een benigne laesie wordt onnodige excisie voorkomen.⁶ Daarom is het aan te bevelen een biopsie te nemen bij twijfel over de aard van een niet-gepigmenteerde laesie. Bij het vermoeden van een melanoom moet de huisarts de patiënt verwijzen naar de dermatoloog, conform het advies in de melanoomrichtlijn.⁷

Minder excisies

In de behandeling van huidtumoren valt op dat het grootste aandeel van de geëxcideerde laesies benigne blijkt te zijn. Ook in een onderzoek van Buis et al. werd een hoog percentage van benigne laesies gevonden in, door huisartsen ingestuurd, materiaal voor histologisch onderzoek.¹⁵ In onze studie werd het merendeel van de geëxcideerde benigne tumoren onder een benigne differentiaaldiagnose ingestuurd. Mogelijke redenen om een benige laesie te excideren zijn twijfel van de arts of de wens van de patiënt,¹⁶ maar in veel gevallen (bijvoorbeeld bij een verruca seborrhoeica) zou daarbij een minder invasieve methode gebruikt kunnen worden, zoals curettage of shave-excisie. Verder is het van belang meer aandacht te besteden aan de topicale behandelingen die bij NMSC-premaligniteiten en oppervlakkige BCC's kunnen worden toegepast.

De radicaliteit van een excisie hangt vaak samen met de ervaring van de operator, de locatie van de tumor en de marges van de excisie. Huisartsen blijken vooral in het gelaat relatief vaak niet-radicaal excisies uit te voeren. Daarom is het aan te bevelen tumoren in het gelaat, maar ook grote of moeilijk afgrensbare tumoren en andere hoogrisicotumoren, zoals PCC en melanoom, naar de tweede en derde lijn te verwijzen.

Adequaat beschrijven bij verwijzing

Bij de verwijzing van patiënten is veel winst te behalen met een adequate beschrijving en een differentiaaldiagnose. Dat is belangrijk voor de triage van de patiënt. Bijna eenderde van

de patiënten met een PCC werd verwezen onder de diagnose BCC. Dit kan leiden tot vertraging van het eerste consult bij de dermatoloog en dat is onwenselijk aangezien een PCC, anders dan een BCC, kans op metastasering heeft. In deze gevallen zou een adequate beschrijving van het PCC de dermatoloog de juiste richting wijzen bij de triage.

Uit de literatuur is gebleken dat dermatoscopie toegevoegde waarde heeft bij de differentiatie tussen verschillende gepigmenteerde laesies.^{17,18} Dit zou het aantal onnodige verwijzingen van verrucae seborrhoeicae die verward werden met atypische naevi kunnen terugdringen. Dermatoscopie vraagt echter training en ervaring.¹⁹

Aandacht voor risicofactoren

Tot slot zou het zinvol zijn als huisartsen aandacht besteden aan de risicofactoren voor huidkanker in het kader van primaire preventie. In het kader van secundaire preventie is het van belang zich te realiseren dat huidmaligniteiten ook op de minder vaak aan zonlicht blootgestelde delen van de huid voorkomen, en dat huidkankerpatiënten vaker meer dan één tumor ontwikkelen.²⁰ Om die redenen is het aan te bevelen een totale lichaamsinspectie uit te voeren bij patiënten die huidkanker hebben en ook bij patiënten die forse actinische schade hebben.

Richtlijnen

Wat verder opvalt, is dat de richtlijnen met betrekking tot de follow-up van huidmaligniteiten bekend zijn bij een lager percentage huisartsen dan het percentage dat huidkanker behandelt. Er is nog geen NHG-Standaard voor huidtumoren, maar zo'n standaard is wel wenselijk met het oog op de groeiende aantallen patiënten. Ook zou het goed zijn huisartsen te betrekken bij de totstandkoming van andere richtlijnen voor (pre)maligniteiten van de huid, zodat deze niet enkel op de tweede en derde lijn toegespitst zijn. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Beschouwing.



Diagnose van vitamine-B12-tekort

Er is in de huisartsenpraktijk een groeiende belangstelling voor vitamine-B12-tekort. Dit is te zien aan de jaarlijkse stijging van het aantal vitamine-B12-aanvragen binnen de eerste lijn. Bijvoorbeeld in de regio Nijmegen steeg dit van bijna 2000 aanvragen in 2004 tot ruim 11.500 in 2014. Het lijkt erop dat deze toename niet voortkomt uit een verhoogde incidentie van pernicieuze anemie, maar eerder uit de vermoede relatie tussen aspecifieke klachten (zoals vermoeidheid en duizeligheid) en vitamine-B12-deficiëntie. Onduidelijkheden over de interpretatie van vitamine-B12-uitslagen leidden in 2014 tot een NHG-Standpunt met aanbevelingen voor het diagnosticeren van een vitamine-B12-tekort.¹

Dit NHG-Standpunt stelt dat klinische verschijnselen in combinatie met een vitamine-B12-uitslag onder 148 pmol/L voorwaarden zijn voor een bewezen vitamine-B12-tekort. In een commentaar op dit standpunt stellen Muskiet et al. terecht dat de potentiële ernst van een *subklinische* vitamine-B12-deficiëntie niet onderkend mag worden.² De meerderheid van de eerste lijnpatiënten heeft namelijk geen pernicieuze anemie, maar aspecifieke klachten. Deze patiënten zijn gebaat bij het vroegtijdig vaststellen of uitsluiten van een vitamine-B12-tekort. De behandeling van of de zoektocht naar de werkelijke oorzaak van de klachten kan dan zonder vertraging worden voortgezet.

METHYLMALONZUURBEPALING

Het huisartsenlaboratorium van Rivierenland Gelre (Nijmegen) voegt al sinds 2012 de methylmalonzuurbepaling (MMA-bepaling) automatisch toe bij een vitamine-B12-uitslag tussen 100-200 pmol/L. Dit naar aanleiding van een eerder advies in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.³ Een recente publicatie in *Huisarts & Wetenschap* stelde een grijs gebied vast van vitamine-B12-concentraties (100-200 pmol/L) waarbinnen adequate vitamine-B12-functionaliiteit niet gegarandeerd is.⁴ Alleen een normale MMA-uitslag (< 350 nmol/L) sluit in dat geval een vitamine-B12-deficiëntie uit. Het onderzoek uit Nijmegen laat zien dat de MMA-bepaling bij 69% van de patiënten met een vitamine-B12-concentratie tussen 100-200 pmol/L een vitamine-B12-tekort als oorzaak van (aspecifieke) klachten direct kan uitsluiten. Hierbij is echter niet duidelijk hoe de huisarts met deze uitslagen omgaat en wat het effect is van deze combinatiebepalingen op het suppletiegedrag.

ONDERZOEK

Om meer inzicht te krijgen in het al dan niet suppleren op basis van de vitamine-B12- en MMA-uitslagen, hebben we

een steekproef getrokken van 111 patiënten, verdeeld over vier huisartsenpraktijken, met een vitamine-B12-uitslag tussen 100-200 pmol/L en een meege rapporteerde MMA-uitslag. Met toestemming van deze patiënten hebben we in de status de laboratoriumuitslagen teruggezocht en het al dan niet suppleren vastgesteld. Zowel suppletie in de vorm van intramusculaire injecties als het advies van de huisarts om zelf oraal in te nemen werd gezien als vitamine-B12-suppletie.

We hebben zowel de door het laboratorium meege rapporteerde vitamine-B12-ondergrens (< 150 pmol/L) als de invloed van de MMA-uitslag op het suppletiegedrag inzichtelijk gemaakt. Hiertoe hebben we de patiënten in twee subgroepen opgedeeld: vitamine-B12-uitslag 100-150 pmol/L (n = 34) en 150-200 pmol/L (n = 77). Voor de interpretatie stelden we de volgende aannames. Indien de vitamine-B12-ondergrens invloed heeft op de beslissing om te suppleren, zal het merendeel van de vitamine-B12-suppletie plaatsvinden bij patiënten met een concentratie < 150 pmol/L. Indien de MMA-uitslag het suppletiegedrag bepaalt, zal het merendeel van de patiënten met MMA < 350 nmol/L geen suppletie krijgen.

RESULTATEN

Van de 111 patiënten met een vitamine-B12-uitslag tussen 100-200 pmol/L waren er 43 gesuppleerd [tabel]. Van deze 43 patiënten hadden 21 (49%) een normale MMA-uitslag. Zoals gezegd, hebben we deze groep nader gespecificeerd door de patiënten onder te verdelen in twee vitamine-B12-subgroepen. In de subgroep met een vitamine-B12-uitslag tussen 100-150 pmol/L waren 23 van de 34 patiënten gesuppleerd, van wie 13 patiënten met een normaal MMA. Deze 13 patiënten (57%) hadden geen functionele vitamine-B12-deficiëntie en werden onterecht met vitamine B12 gesuppleerd. In de subgroep met een vitamine-B12-uitslag tussen 150-200 pmol/L waren 20 van de 77 patiënten gesuppleerd, van wie 8 patiënten met een normaal MMA. Ook bij deze 8 patiënten (40%) was een vitamine-B12-tekort onwaarschijnlijk als oorzaak voor de klachten, maar zij kregen toch vitamine B12.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat een uitslag lager dan de vitamine-B12-ondergrens (< 150 pmol/L) voor de huisarts een sterke trigger is om te suppleren, ongeacht de

Tabel Invloed van de vitamine-B12- en MMA-uitslag op het besluit om vitamine B12 te suppleren

Behandeling	Vitamine B12 100-150 pmol/L (n = 34)		Vitamine B12 150-200 pmol/L (n = 77)	
	MMA < 350 nmol/L	MMA ≥ 350 nmol/L	MMA < 350 nmol/L	MMA ≥ 350 nmol/L
Vitamine-B12-suppletie	13	10	8	12
Geen behandeling	9	2	46	11

Deventer Ziekenhuis, afdeling Geriatrie, Nico Bolkesteinlaan 75, 7416 SE Deventer: P. Franken, aios klinische geriatrie; M. Zeeman; internist ouderengeneeskunde. Klinisch Chemisch Laboratorium, Deventer: dr.ir. J.B. de Kok, klinisch chemicus. Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Klinisch Chemisch Laboratorium, Nijmegen: dr. P.J. Geutjes, assistent klinisch chemicus; dr. J.M.W. van den Ouweland, klinisch chemicus • Correspondentie: p.franken@dz.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

normale MMA-uitslag. Een normaal MMA betekent dat er geen vitamine-B12-deficiëntie op weefselniveau is en dat vitamine-B12-suppletie derhalve niet zinvol is.

AANBEVELING

In tegenstelling tot het NHG-Standpunt stellen wij dat de MMA-bepaling van grote waarde is bij het uitsluiten van een vitamine-B12-tekort, met name bij patiënten met specifieke klachten. De MMA-bepaling kan eenvoudig door het laboratorium worden toegevoegd, al dan niet in een stroomschema, maar heeft wel toelichting voor de aanvrager. Onze aanbeveling voor de laboratoria is om naast de MMA-uitslag een suppletie-advies te rapporteren. Dit zal inhouden dat een nor-

male MMA-uitslag een vitamine-B12-tekort onwaarschijnlijk maakt en vitamine-B12-suppletie derhalve niet zinvol is. De huisarts kan dan meer duidelijkheid verschaffen aan de patiënt en verdergaan met vervolgonderzoek. ■

LITERATUUR

- 1 Wiersma T, Woutersen-Koch H. NHG-Standpunt Diagnostiek van vitamine-B12-deficiëntie. Huisarts Wet 2014;57:472-5.
- 2 Muskiet FAJ, Mathus-Vliegen E.M.H. NHG-Standpunt miskent subklinische vitamine-B12-deficiëntie. Huisarts Wet 2015;58:196-7.
- 3 Wiersinga WJ, De Rooij SE, Huijmans JG, Fischer C, Hoekstra JB. De diagnostiek van vitamine-B12-deficiëntie herzien. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:2789-94.
- 4 Geutjes PJ, Van den Ouweland JMW. Combinatiescreening op vitamine-B12-tekort. Huisarts Wet 2015;58:234-7.

Ferdinand Schreuder

3200

De krachtige ontwikkeling die de huisartsgeneeskunde de afgelopen 25 jaar heeft doorgemaakt, heeft als gevolg dat huisartsenpraktijken nogal ingewikkelde organisaties zijn geworden. Ik begon als tweemansbedrijfje met al gauw één assistente. We hadden één standaardcontract met het regionale ziekenfonds en dat was het zo'n beetje wat betreft de organisatie. Nu heeft mijn duopraktijk drie assistenten, een HIDHA, een aios, drie POH's en een welzijnswerker rondlopen. We hebben contracten met vele verzekeraars, waarin diverse opties moeten worden gekozen of afgewezen, en we sluiten contracten met zorggroepen, huisartsenpost en ondersteuningsorganisaties. Kennis van au-

tomatisering is een vereiste en de snelle veranderingen in de financieringsstructuur van de zorg maken meerjarenplanning tegelijkertijd noodzakelijk en onzeker.

De overgang van de huisartsopleiding, waarin de aios steeds meer aan het handje worden gehouden, naar een situatie waarin een middelgroot bedrijf moet worden gerund, is groot.

Ik vind het dan ook geen wonder dat veel jonge collega's deze overgang niet makkelijk maken: er zijn nu 3200 niet-gevestigde huisartsen in Nederland! Dat zijn er nog nooit zoveel geweest, maar ik hoor hierover op beleidsniveau in de beroepsgroep weinig zorgen. Andere beleidsmakers spelen hier wél op in: Artsenzorg, Zorgpunt, Vitea en dergelijke op winstgerichte organisaties kopen

praktijken op en denken ze efficiënter en dus winstgevender te kunnen organiseren. De jonge huisartsen kunnen het geregeld aan anderen overlaten, de vertrekkende huisarts kan nog een aardige overnamesom binnenhalen: dit systeem heeft de toekomst...

Waarom ben ik dan toch niet blij met deze ontwikkeling? Is het conservatisme, weerstand tegen verandering? Is het teleurstelling dat mijn jarenlange werkwijze verouderd blijkt te zijn en aan de kant wordt geschoven? Is mijn streven naar autonomie niet meer van deze tijd? Waar komt mijn vrees vandaan dat dit nieuwe systeem ten koste kan gaan van inzet en betrokkenheid van de huisartsen? ■



Belangrijkste wijzigingen

- Bij deze herziening van de NHG-Standaard Refractieafwijkingen (2001) is de titel gewijzigd naar Visusklachten omdat de scope van de standaard is verbreed. Naast refractieafwijkingen behandelt de standaard nu ook spoedeisende visusklachten, cataract, maculadegeneratie, glaucoom, mouches volantes en migraine aura (met visuele symptomen).
- Het diagnostisch refracteren wordt niet meer als diagnosticum van de huisarts besproken.

Kernboodschappen

- Een verminderde visus wordt tot het 65^e jaar meestal veroorzaakt door een refractieafwijking. Na het 65^e jaar wordt een verminderde visus meestal veroorzaakt door oogaandoeningen als cataract, maculadegeneratie of glaucoom.
- Een acute visusdaling, plotselinge uitval van een deel van het gezichtsveld, lichtflitsen en acuut dubbelzien zijn alarmsymptomen. Neem bij deze klachten direct contact op met de oogarts.
- Voor een correcte visusmeting zijn de juiste afstand tot en belichting van de visuskaart van groot belang.
- Behandeling van amblyopie geeft de beste resultaten als hiermee op jonge leeftijd, uiterlijk tot en met zeven jaar, wordt begonnen. Na succesvolle behandeling vindt bij ongeveer een kwart van de kinderen terugval plaats.
- Mouches volantes zijn in de regel onschuldig. Wanneer mouches volantes plotseling in aantal toenemen of gepaard gaan met lichtflitsen kan dit wijzen op een achtersteglasvochtmembraanloslating, die kan leiden tot een perifere retinascheur en soms tot een ablatio retinae.

INLEIDING

De NHG-Standaard Visusklachten geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij visusklachten. De standaard besteedt aandacht aan het beleid bij visusvermindering ten gevolge van refractieafwijkingen en gaat in op de meestvoorkomende oogaandoeningen die op latere leeftijd oorzaak kunnen zijn van visusvermindering, namelijk cataract, maculadegeneratie en glaucoom. Screening op visusstoornissen binnen de jeugdgezondheidszorg,¹ verwijzing vanuit de optiekzaak naar de huisarts in verband met visusproblemen en informatie over brillen en lenzen komen ook aan de orde. Daarnaast bespreekt de standaard enkele veelvoorkomende oorzaken van visusklachten in de huisartsenpraktijk: mouches volantes en migraine aura met visuele symptomen.

Voor klachten van het oog waarbij roodheid het belangrijkste symptoom is wordt verwezen naar de NHG-Standaard Het rode oog; daarin worden onder andere diagnostiek en beleid bij droge ogen besproken.

Buiten het bestek van de standaard vallen visusklachten door een trauma of (diabetische) retinopathie, het beleid bij visusklachten van neurologische origine en de diagnostiek en het beleid bij kinderen uit risicogroepen, zoals pre-eclampsie en kinderen met een ontwikkelingsstoornis of een verstandelijke beperking.

Met anamnese en oogheelkundig onderzoek kan de huisarts het beleid bij visusklachten bepalen.

De standaard maakt onderscheid tussen spoedeisende en niet-spoedeisende visusklachten op grond waarvan de huisarts kan bepalen naar welke hulpverlener in de oogzorg moet worden verwezen en met welke mate van urgentie.

In de vorige versie van de NHG-Standaard Refractieafwijkingen had het diagnostisch refracteren nog een plaats in het diagnostisch instrumentarium van de huisarts. Omdat weinig huisartsen het diagnostisch refracteren blijken te beheersen, wordt het in deze standaard niet meer als diagnosticum besproken.² Huisartsen die zich

willen bekwalamen in eerstelijns oogheelkunde kunnen hiervoor terecht bij een van de opleidingen voor eerstelijns oogheelkunde.³

ACHTERGRONDEN**Begrippen**

Visus (de gezichtsscherpte): een maat voor de kleinste details die iemand nog kan onderscheiden op ten minste 5 meter. Vanaf deze afstand vallen de lichtstralen, net als bij in de verte kijken, evenwijdig op het oog. De normale visus van een volwassen persoon is 1,0 of hoger. De visus is 1,0 als iemand de referentie-optotypen voor 5 meter op de Landolt-C-kaart kan lezen op 5 meter afstand ($V = d/D$; V = visus, d = afstand van de patiënt tot de optotypenkaart, D = afstand waarop een normaal oog de optotypen kan onderscheiden). Een visus van 0,5 betekent dat die persoon alles van 2 maal zo dichtbij moet bekijken om dezelfde details scherp te kunnen zien. Bij een visus van 0,1 moet die persoon 10 maal zo dichtbij staan. Bij de annotatie van de visus wordt achtereenvolgens vermeld: het betreffende oog (OD = rechter oog, OS = linker oog), met of zonder correctie met bril of contactlenzen, respectievelijk cc of mc (cum correctione/met correctie) en sc of zc (sine correctione/zonder correctie), en de gemeten visus. Voorbeelden zijn: VODcc 0,8; VOScc 1,0 of VODsc 0,3; VOSsc 0,5; VODSc 1,0 (beide ogen). In de praktijk wordt ook wel ec (eigen correctie – de eigen bril) gebruikt.

Refractie: het verschijnsel dat lichtstralen van richting veranderen als zij van het ene medium in het andere terechtkomen. In het oog vindt de breking van het licht plaats door het hoornvlies en de lens. De lichtbrekende kracht (sterkte) wordt uitgedrukt in de eenheid dioptrie (D). Een lens heeft een sterkte van +1D indien de lens evenwijdig invallende lichtstralen zodanig convergeert dat het brandpunt op 1 meter afstand ligt. Een lens heeft een sterkte van -1D als evenwijdig invallende lichtstralen zodanig worden gedivergeerd dat deze lichtstralen uit een punt lijken te komen dat 1 meter voor de lens ligt. Bij 2D bedraagt de brandpuntsafstand ½

NHG-Werkgroep Visusklachten. NHG-Standaard Visusklachten (tweede herziening). Huisarts Wet 2015;58(10):532-40. De werkgroep bestond uit: Blom GH, Van der Pol BAE, Soeters I, Dukker NGJ, Heus P, Morshuis-Kottink M, Oltheten JMT, Rhebergen ML, Van Zanten JH, Eizenga WH, Wiersma TJ.

De NHG-Standaard Visusklachten is geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie: NHG-Standaard Refractieafwijkingen. Huisarts Wet 2001;44(8):350-5; hierbij is de titel gewijzigd.

meter voor of achter de lens, bij xD 1/x meter. De totale refractie kan worden beschouwd als de som van de breking in de verschillende optische structuren van het oog. De totale refractie van het oog is ongeveer 58D, waarbij het aandeel van de cornea (42D) groter is dan dat van de lens (16D).

Emmetropie: het normale scherp zien zonder correctie en accommodatie.

Bij een *refractieafwijking* is de lengte van de oogas niet goed in verhouding tot de brekende media van het oog.

Refractieafwijkingen kunnen worden onderscheiden in:

- *Myopie* of bijziendheid: onscherp zien in de verte en scherp op korte afstand. Objecten in de verte worden vóór het netvlies geprojecteerd. De oogas is te lang of de refractieve sterkte van het oog is te groot. Dit kan gecorrigeerd worden met sferische-negatieve lenzen. Hiervoor wordt de letter S (van sferisch) gebruikt gevolgd door de sterkte van de lens uitgedrukt in dioptrieën, bijvoorbeeld S -2,5D.
- *Hypermetropie* of verziendheid: wazig zien van dichtbij gelegen objecten. Objecten in de verte worden achter het netvlies geprojecteerd. De oogas is te kort en/of de refractieve sterkte van het oog is te klein. Een persoon met hypermetropie kan dit in veel gevallen corrigeren door accommodatie (latente hypermetropie), waarbij de ooglenzen boller wordt gemaakt en de brekingssterkte vergroot. Indien het accommodatievermogen onvoldoende is, kan de hypermetropie gecorrigeerd worden met sferisch-positieve lenzen. Hiervoor wordt de letter S gebruikt gevolgd door de sterkte van de lens uitgedrukt in dioptrieën, bijvoorbeeld S +3D.
- *Astigmatisme*: de kromming en de brekende kracht van de cornea is niet in alle richtingen gelijk, waardoor er geen brandpunt is maar brandlijnen. Dit leidt tot een onscherp beeld. Met lenzen of brillenglazen met een cilinder kan dit gecorrigeerd worden. De richting van het zwakste brekingsvlak wordt de cilinder van een brillenglas of een lens genoemd. Hiervoor wordt de letter C gebruikt, gevolgd door de sterkte van het glas (D), en de richting

van de as van de cilinder, bijvoorbeeld C -0,5D as 90 graden.

Presbyopie of ouderdomsverziendheid: verminderd gezichtsvermogen voor dichtbij ten gevolge van de fysiologische afname van het accommodatievermogen met het toenemen van de leeftijd die berust op het stugger worden van de ooglenzen. De visus voor veraf is niet veranderd. Presbyopie kan door middel van sferisch-positieve lenzen gecorrigeerd worden. Hiervoor wordt de afkorting Add (additie) gebruikt gevolgd door de sterkte van de positieve lens uitgedrukt in dioptrieën.

Slechtziendheid: een visus van minder dan 0,3 in het beste oog of een gezichtsveld kleiner dan 30 graden.

Blindheid: een visus van minder dan 0,05 in het beste oog of een gezichtsveld van 10 graden of minder (kokerzien).⁴

Diplopie of dubbelzien: wanneer een persoon van zijn omgeving twee beelden ziet. Diplopie is meestal binoculair maar kan monoculair zijn.

Scotoom: gedeeltelijke uitval van het gezichtsveld die als vorm of vlek door de patiënt kan worden waargenomen.

Epidemiologie

De incidentie en prevalentie van refractieafwijkingen (ICPC-code F91) in de huisartsenpraktijk zijn respectievelijk 5,4 (mannen 4,8; vrouwen 6,0) en 26,3 (mannen 23,7; vrouwen 28,8) per 1000 patiëntjaren. De incidentie van refractieproblematiek is het hoogst in de leeftijdscategorie van 0 tot 17 jaar. Het werkelijke voorkomen van refractieafwijkingen ligt aanmerkelijk hoger, daar veel mensen zonder tussenkomst van de huisarts de opticien, de optometrist of de oogarts raadplegen.

In de huisartsenpraktijk zijn de incidentie- en prevalentiecijfers van maculadegeneratie (ICPC-code F84) respectievelijk 0,9 (mannen 0,8; vrouwen 1,1) en 5,0 (mannen 3,8; vrouwen 6,3). Voor cataract (ICPC-code F92) is de incidentie 10,8 (mannen 8,9; vrouwen 12,6) en prevalentie 17,4 (mannen 14,2; vrouwen 20,4). Voor glaucoom/verhoogde oogdruk (ICPC-code F93): incidentie 1,9 (mannen 1,7; vrouwen 2,1) en prevalentie 12,0 (mannen 10,6; vrouwen 13,3). Voor

zowel maculadegeneratie, cataract als glaucoom stijgen de incidentie- en prevalentiecijfers met de leeftijd.

Bij patiënten met familieleden met glaucoom ligt de incidentie van glaucoom veel hoger. Maculadegeneratie is een oogaandoening die meestal begint na het 50^e levensjaar.

Mouches volantes/flitsen/flikkeringen (Fo4) hebben in de huisartsenpraktijk een incidentie en prevalentie van 3,2 respectievelijk 2,8.⁵

Etiologie en pathofysiologie visusstoornissen

Visusstoornissen bij kinderen

Op jongere leeftijd wordt visusvermindering vooral veroorzaakt door refractieafwijkingen. De aard van de refractieafwijking die ontstaat is in belangrijke mate leeftijdsgebonden. Normaliter is men bij de geboorte hypermetroop. Door groei van het oog neemt de oogas in lengte toe en vermindert de fysiologische hypermetropie om in de meeste gevallen te leiden tot emmetropie of lichte hypermetropie zonder klachten op drie- tot vierjarige leeftijd. Indien de hypermetropie onvoldoende afneemt kan dat door hyperaccommodatie en -convergentie leiden tot strabisme.

Als het oog te ver doorgroeit, ontstaat myopie. Omdat deze vaak op zes- tot twaalfjarige leeftijd begint, spreekt men ook wel van schoolmyopie. Met het einde van de groei rond het twintigste levensjaar neemt een myopie in de regel niet meer toe.⁶

Strabisme of scheelzien wordt gekenmerkt door het onvermogen de gezichtsassen van de ogen blijvend op één punt te fixeren en ontstaat meestal op kinderleeftijd. Risicofactoren zijn onder andere strabisme of amblyopie bij een van de ouders en geboortetraumata. De gevolgen van strabisme kunnen, afhankelijk van de leeftijd, bestaan uit amblyopie of diplopie.

Amblyopie is een niet met een bril te verbeteren visusvermindering aan meestal één oog, in aanwezigheid van een normaal visueel systeem. Het deel van de hersenen dat behoort tot het visuele systeem van het amblyope oog wordt

niet optimaal gestimuleerd en ontwikkelt zich niet normaal, in feite doordat het oog niet gebruikt wordt. De meestvoorkomende oorzaken van amblyopie zijn strabisme, refractieafwijkingen (met name *anisometropie*, een verschil in refractie van beide ogen, en hypermetropie) en mediatroebelingen, zoals onbehandeld congenitaal cataract. Op jonge leeftijd is amblyopie goed te behandelen met afplakken van het goede oog of druppelen van atropine in het goede oog, en zo nodig refractiecorrectie of verwijdering van de mediatroebeling. Hoe jonger het kind bij de start van de behandeling, hoe groter de kans dat de gezichtsscherpte van het amblyope oog verbetert. Tot en met zeven jaar is een behandeling in de meeste gevallen effectief. Na behandeling vindt bij ongeveer een kwart van de kinderen terugval plaats.⁷ Daarom worden kinderen met amblyopie na behandeling gedurende minimaal een jaar door de orthoptist gevolgd.

Visusstoornissen bij volwassenen/ouderen

Een hypermetropie geeft op jongvolwassen leeftijd meestal geen problemen, daar men dan nog door te accommoderen het brandpunt naar voren kan halen. Met het ouder worden neemt het vermogen tot accommoderen af.⁸ Dit uit zich bij mensen met hypermetropie eerder in moeite met het zien dichtbij. De voortdurende noodzaak tot accommoderen kan leiden tot klachten als vermoeidheid van de ogen of hoofdpijn.⁹

Door het stugger worden van de ooglenzen neemt na het 45^e levensjaar bij iedereen het accommodatievermogen af, waardoor er moeite ontstaat met het zien dichtbij. Oogklachten in relatie tot het werken met een beeldscherm of lezen zijn op te vatten als vermoeidheidsklachten of asthenopie door ingespannen gebruik van de ogen. Daarnaast kan er sprake zijn van latente of ongecorrigeerde hypermetropie, presbyopie of klachten van droge ogen doordat bij werken met een beeldscherm vaak onvoldoende geknipperd wordt.¹⁰ Er zijn geen aanwijzingen dat het werken met een beeldscherm leidt tot pathologische veranderingen of achteruitgang van het gezichtsvermogen.

Vanaf 65 jaar is vrijwel geen accommodatie meer mogelijk. Visusvermindering die ontstaat na het 65^e jaar berust dan ook frequenter op andere aandoeningen dan een refractieafwijking. De belangrijkste zijn lenstroebeling (cataract), andere mediatroebelingen of maculadegeneratie. Bij aandoeningen zoals glaucoom of retinopathie ten gevolge van diabetes mellitus is het centrale zien in het begin meestal niet aangedaan en ontstaat visusvermindering pas in een later stadium.

Cataract of staar wordt gekenmerkt door geleidelijke visusvermindering. Veel patiënten klagen over waziger of grauer zien. Vaak heeft men ook last van schittering en verblinding. Voor adequate diagnostiek van cataract is een onderzoek met een spleetlamp noodzakelijk. Zolang een patiënt tevreden is over zijn gezichtsscherpte en het visueel functioneren niet wordt beperkt, hoeft cataract niet geopereerd te worden. In het algemeen wordt er pas overgegaan tot het verpulveren en opzuigen van de biologische lens (phaco-emulsificatie) en plaatsing van een kunstlens in het lenzszakje als de visus verminderd is, het visueel functioneren beperkt is (lichtverstrooiing, contrastsensitiviteit) en de patiënt gemotiveerd is voor de ingreep.¹¹

Maculadegeneratie is een aandoening van het centrale gedeelte van het netvlies, de macula lutea of gele vlek, waarbij door beschadiging of atrofie van de kegelvormige fotoreceptoren de centrale gezichtsscherpte en de kleurwaarneming verminderen. Maculadegeneratie kan optreden vanaf de leeftijd van vijftig jaar. De oorzaak van maculadegeneratie is niet duidelijk. Factoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van leeftijdsgebonden maculadegeneratie zijn hogere leeftijd, roken, een voorgeschiedenis met cataractchirurgie en familiair voorkomen van leeftijdsgebonden maculadegeneratie. In de beginfase zijn er weinig tot geen klachten. In een gevorderd stadium kunnen er klachten zijn van het zien van een donkere vlek midden in het gezichtsveld, wazig zien of beeldvervalsing. De meeste mensen met maculadegeneratie behouden een redelijk perifeer gezichts-

vermogen. Hoewel maculadegeneratie niet tot blindheid leidt, kunnen er wel ernstige visuele beperkingen optreden. Men onderscheidt een droge (ongeveer 80% van de gevallen) en een natte (exsudatieve) vorm (ongeveer 20% van de gevallen); de droge vorm kan overgaan in de natte (exsudatieve) vorm. De natte vorm begint dikwijls met klachten van beeldvervalsing (metamorfopsie) en kan snel progressief verlopen. Patiënten met maculadegeneratie krijgen van de oogarts meestal een Amslerkaart mee, waarmee zij zichzelf kunnen controleren op aanwezigheid, omvang van scotomen en (toename van) vervormingen. Bij de natte vorm kan de progressie worden geremd met vaatgroeiremmende geneesmiddelen en in een enkel geval met fotodynamische behandeling.¹² Voor de droge vorm is geen behandeling beschikbaar. Het preventieve gebruik van antioxidanten/mineralen (voedingssupplementen alfatocoferol (vitamine E), betacaroteen, vitamine C, selenium en zink) heeft geen invloed op het ontstaan van maculadegeneratie. Er is beperkt bewijs voor de remmende invloed van deze supplementen op de progressie van maculadegeneratie.¹³

Glaucoom is een chronisch progressieve anterieure neuropathie van de kop van de nervus opticus met een karakteristieke excavatie van de pupil en daarbij behorende typische gezichtsvelduitval. Hierbij treedt langzaam progressieve uitval van het perifere gezichtsveld (blinde vlekken) op, waarbij het centrale zien lang intact blijft. Glaucoom is doorgaans langzaam progressief en kan tot blindheid leiden. Pas in een laat stadium van de ziekte ontstaan klachten. Screening op glaucoom wordt aangeraden bij familie van glaucoompatiënten vanaf het veertigste jaar. De frequentie waarmee vervolgens controle moet plaatsvinden wordt bepaald door het aantal aanwezige risicofactoren voor glaucoom.¹⁴ De oorzaak van glaucoom is niet duidelijk. Het risico op het ontstaan van glaucoom wordt onder andere bepaald door de intra-oculaire druk, de aanwezigheid van eerstegraadsfamilieleden met glaucoom, de leeftijd, het negroïde ras, myopie van meer dan 6D,

hart- en vaatziekten, stoornissen in de doorbloeding van de oogzenuw en diabetes mellitus. Glaucoom gaat meestal gepaard met een verhoogde intra-oculaire druk (IOD, normaalwaarde onder de 21 mmHg); in naar schatting 30% van de gevallen is er sprake van een normale intra-oculaire druk bij het initiële onderzoek. De IOD is de grootste en enige beïnvloedbare risicofactor voor het ontstaan van glaucoom en het risico op gezichtsvelduitval neemt toe met het stijgen van de IOD.¹⁵ Om de diagnose en de ernst vast te stellen wordt de IOD gemeten, de papil beoordeeld en een gezichtsveldonderzoek verricht.

Men onderscheidt openkamerhoekglaucoom (ongeveer 75% van de gevallen), waarbij de voorste oogkamerhoek wijd open is en de verhoogde IOD veroorzaakt wordt door een toegenomen weerstand in het trabeculaire systeem, en geslotenkamerhoekglaucoom, waarbij de voorste oogkamerhoek vernauwd of afgesloten is. De behandeling van glaucoom bestaat meestal uit medicamenteuze verlaging van de IOD, ook als deze normaal is, zoals bij het normaledrukglaucoom. Aanvullend kan behandeld worden met laser. Het type glaucoom bepaalt voor welk type laserbehandeling wordt gekozen. Ten slotte kan ook een oogdrukverlagende operatie verricht worden, als oogdruppels en een laserbehandeling onvoldoende oogdrukverlaging geven.¹⁶

Bij het zelden voorkomende acuut glaucoom (geslotenkamerhoekglaucoom) loopt de intra-oculaire druk snel op. Dit gaat gepaard met hoofdpijn, misselijkheid en braken, een rood en pijnlijk oog en wazig zien. Soms zijn er bij een geslotenkamerhoekglaucoom voorbijgaande klachten van wazig zien en halo's rond lichtbronnen. Zonder behandeling kan acuut glaucoom binnen enkele uren leiden tot atrofie van de nervus opticus en totaal verlies van het gezichtsvermogen van het getroffen oog.

Mouches volantes (floaters) zijn een optisch fenomeen, waarbij troebelingen in de vorm van minuscule stofdeeltjes (draadjes, pluïsjes of vlokjes) waargenomen worden, die langzaam uit het gezichtsveld drijven en soms iets licht-

gevend zijn. Zij kunnen hinderlijk zijn maar beïnvloeden het gezichtsvermogen meestal niet. Soms veranderen zij van plaats of verdwijnen spontaan. *Mouches volantes* worden veroorzaakt door fysiologische veroudering van het glasvocht en komen vaker voor met het toenemen van de leeftijd. Het glasvocht is een gelei die bestaat uit water en collageenvezels die zorgen voor elasticiteit en stevigheid en wordt omringd door het glasvochtmembraan. De elasticiteit van deze vezels neemt af met het verderen van de leeftijd en het glasvocht zelf verwatert. Er vormen zich klonters, die zichtbaar zijn als *mouches volantes*.

Achtersteglasvochtmembraanloslating

Het glasvocht ligt tegen de retina aan en zit vast ter plaatse van de maximale bolling van het oog. Op andere plaatsen zit het glasvochtmembraan minder hecht vast aan de retina, zoals bij de macula. Met het ouder worden verandert de samenstelling van het glasvocht geleidelijk, waarbij de achterste glasvochtmembraan langzaam of ineens kan worden losgetrokken van de binnenzijde van de retina, de achtersteglasvochtmembraanloslating. Door tractie aan de retina kunnen hierbij hinderlijke *mouches volantes* en lichtflitsen optreden. Een achtersteglasvochtmembraanloslating moet als een fysiologisch fenomeen worden beschouwd en heeft meestal geen consequenties voor het gezichtsvermogen.

Retinascheur en ablatio retinae

Bij een symptomatische achtersteglasvochtmembraanloslating kan een bloeding in het glasvocht optreden of in 10 tot 15% van de gevallen een, meestal perifere, retinascheur. Soms komt hierbij vocht onder de retina en treedt een netvliesloslating (*ablatio retinae*) op. Hierbij ziet de patiënt een donkere vlek in het perifere gezichtsveld, die naar centraal uitbreidt ('het gordijn gaat dicht').¹⁷

Migraine aura (met visuele symptomen)

is een vorm van migraine waarbij gedurende maximaal een uur de visus afwijkend is. In beide ogen treedt een vlek (*scotoom*) op in één gezichtsveldhelft, die klein begint, geleidelijk groter wordt en wegtrekt naar de periferie. In

deze vlek komen allerlei kleuren voor. De rand van de vlek heeft vaak de vorm van zaagtanden (zoals schitteringen op het water), die een flikkerend patroon hebben. Vaak is er nadien halfzijdige hoofdpijn, maar de hoofdpijn kan ook uitblijven.¹⁸

Alarmsymptomen

De aanwezigheid van de alarmsymptomen acuut slecht zien, lichtflitsen en acuut dubbelzien kan wijzen op een oogaandoening die spoedeisende behandeling behoeft. Alarmsymptomen (zie **[kader Alarmsymptomen]**) in de oogheelkunde zijn zelden levensbedreigend, maar kunnen wel het begin zijn van geheel of gedeeltelijk verlies van het gezichtsvermogen. Als alarmsymptomen tijdig worden herkend, kan slechtheid van het betrokken oog vaak worden voorkomen.

Correctiemethoden bij refractieafwijkingen

Correctie is mogelijk middels brillen, glazen, contactlenzen of refractiechirurgie.

Brillenglazen zijn onder te verdelen in verschillende soorten:

- Enkelvoudig: enkele sterkte, verte of leesbril.
- Bifocaal: zichtbaar leesgedeelte in onderste helft van het glas, 'half maantje'.
- Multifocaal: onzichtbare, geleidelijk oplopende leessterkte in onderste helft van het glas. Bijvoorbeeld de computerbril: bovenste helft van het glas bevat sterkte voor tussenafstanden (beeldscherm) en de onderste helft voor leessterkte.

Contactlenzen worden onderscheiden in vormstabele (harde) en zachte lenzen:

- Vormstabiël: gemaakt van hard, zuurstof doorlatend, materiaal. Zij kennen een breed toepassingsgebied voor afwijkende oogvormen en sterkten. De gewenning is langer (enkele weken) dan bij zachte lenzen. Er bestaat minder risico op ontsteking of infectie dan bij zachte lenzen.
- Zacht: gemaakt van wateropnemend materiaal. Zij zijn comfortabeler te dragen dan vormstabele lenzen. Zij

verschuiven of vallen zelden uit en zijn daardoor geschikt voor sporten. De kans op ontsteking of infectie is groter, waardoor dagelijks schoonmaken van belang is. Er bestaan verschillende vervangingssystemen zoals daglenzen, tweewekelijkse lenzen en maandlenzen.

- **Nachtlenzen:** vormstabiele lens die tijdens de nacht wordt gedragen. Tijdens het dragen wordt door de speciale binnengeometrie van de contactlens de cornea afgevlakt, wat een correctie van de myopie verzorgt (tot maximaal S -4,50). Gedurende de dag, wanneer de lenzen niet worden gedragen, komt de cornea weer langzaam terug in haar oude vorm, dit gebeurt in een dusdanig laag tempo dat de visus gedurende de gehele dag voldoende goed blijft.
- **Multifocale contactlenzen:** deze zijn zowel vormstabiël als in zachte uitvoering verkrijgbaar. Het meestgebruikte principe is een lens die werkt met een systeem van zogenaamde simultaanafbeelding. Bij dit systeem wordt op hetzelfde moment zowel de vertecorrectie als de nabijcorrectie aan het oog van de drager aangeboden. Onbewust kiest de drager ervoor het vertebeeld of het nabijbeeld te gebruiken. Multifocale contactlenzen verschillen daarin van het monovisiestelsel dat in het laatste geval het dominante oog voor veraf en het niet-dominante oog voor nabij wordt gecorrigeerd.

Refractiechirurgie¹⁹

De meeste refractieafwijkingen zijn met een of meer chirurgische interventies te corrigeren. Welke methode gebruikt wordt hangt onder andere af van de sterkte van de bril, de dikte van het hoornvlies en de grootte van de pupil. Bij refractiechirurgie is het belangrijk dat de patiënt realistische verwachtingen heeft en ervan op de hoogte is dat de uitkomst van refractiechirurgie niet altijd voldoende is te voorspellen (zie ook www.ooglaseradvies.org).

- Bij ooglasen wordt de vorm van de cornea aangepast door met de excimerlaser een deel van het stroma te verdampen. De behandeling kan worden toegepast om myopie, hyperme-

tropie of een cilinderafwijking te corrigeren.

- **Implantlenzen** zijn te onderscheiden in voorzetlenzen en vervanglenzen. Een voorzetlens is een implanteerbare lens in de voorste oogkamer die kan worden gebruikt voor correctie van myopie, hypermetropie of cilinderafwijkingen. Hierbij blijft de humane lens in het oog. Een vervanglens wordt gebruikt in het kader van cataractbehandeling, waarbij de humane lens wordt verwijderd en vervangen door een kunstlens.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Met anamnese en oogheelkundig onderzoek vormt de huisarts zich een oordeel over de oorzaak van de visusklachten. Op grond hiervan bepaalt hij of verwijzing noodzakelijk is, naar welke hulpverlener in de oogzorg wordt verwezen en met welke mate van urgentie.

Patiënten die met schriftelijke informatie van de jeugdgezondheidszorg of de optometrist bij de huisarts komen met een verzoek om verdere diagnostiek, hoeven niet opnieuw door de huisarts te worden onderzocht. De huisarts beoordeelt of verwijzing is geïndiceerd en bepaalt naar wie wordt verwezen. Patiënten die via een opticien naar de huisarts komen worden wel opnieuw onderzocht.

Anamnese

De huisarts vraagt naar:

- aard van de klachten: minder of wazig zien, veraf of dichtbij (leesproblemen);
- snelheid van ontstaan (acuut, in enkele dagen of geleidelijk) en beloop (permanente of wisselende aanwezigheid);
- één- of tweezijdigheid;
- dubbelzien (mono- of binoculair), zien van lichtflitsen, mouches volantes of scotomen, (afwijkingen op een geïsoleerde plaats of bewegend), vervorming van het beeld;
- andere klachten als roodheid, pijn, fotofobie, branderigheid, jeuk of tranen van het oog, vermoeidheid van het oog en hoofdpijn;
- bij kinderen tot en met zeven jaar: scheelzien (wisselend, langbestaand), sinds hoe lang; aanwezigheid van strabismus, amblyopie, refractieaf-

wijkingen en andere oogafwijkingen bij de ouders en overige gezinsleden; deelname regulier JGZ-screeningsprogramma, uitkomsten daarvan;

- gebruik van correctiemiddelen: een bril of contactlenzen en zo ja, is dat voor het zien dichtbij of veraf, wat is de sterkte en wanneer is voor het laatst een oogarts, optometrist of opticien bezocht;
- comorbiditeit, zoals diabetes mellitus, oogheelkundige voorgeschiedenis: trauma, oogheelkundige behandeling, oogoperatie, familieanamnese (glaucoom);
- medicatiegebruik, met name medicatie die invloed kan hebben op de visus, zoals geneesmiddelen met een anticholinerge werking (middelen bij urine-incontinentie, psychofarmaca [tricyclische antidepressiva, antipsychotica]), parkinsonmedicatie, corticosteroiden oraal/inhalatie/neusspray, amiodaron of chloroquinederivaten.²⁰

Onderzoek

- Bepaal de visus (bij dragers van een bril of lenzen de visus bepalen met de bril op of met de lenzen in).²¹ Kijk bij brildragers eerst zelf of de bril vergroot of verkleint. Zie voor de uitvoering de **[bijlage Uitvoering visusbepaling]**. Noteer de visus voor elk oog afzonderlijk in decimalen.
- Herhaal de visusbepaling met de stenopeïsche opening bij patiënten van 8 jaar en ouder bij wie een verminderde visus is vastgesteld. Zie voor de uitvoering de **[bijlage Uitvoering visusbepaling]**. Visusverbetering met de stenopeïsche opening betekent dat de oorzaak van de visusdaling gelegen is in de brekende media, zoals bij refractieafwijkingen. Uitblijven van verbetering van de visus wijst in de richting van een andere oorzaak, zoals maculadegeneratie.
- Onderzoek het gezichtsveld met de confrontatiemethode van Donders bij patiënten met acute visusklachten (ook als de visus normaal is) en patiënten die klagen over lichtflitsen, mouches volantes of scotomen.²² Houd bij de interpretatie rekening met de matige test eigenschappen van dit onder-

zoek; uitval van een klein deel van het gezichtsveld kan gemist worden.

- Indien er bij de anamnese sprake was van bijkomende klachten als roodheid, pijnlijkeheid, jeuk, branderigheid of tranen van het oog, vermoeidheid van het oog en hoofdpijn, vindt inspectie van de ogen plaats. Voor meer details zie de NHG-Standaard Het rode oog.

Evaluatie

Op basis van anamnese en onderzoek beoordeelt de huisarts allereerst of er reden is voor een spoedverwijzing (zie [kader Alarmsymptomen]). Bij alle andere patiënten met klachten over de visus vormt de huisarts zich een oordeel over de waarschijnlijkheidsdiagnose aan de hand van de leeftijd van de patiënt en bevindingen bij de anamnese en het onderzoek. Zonder aanvullend oogheelkundig instrumentarium, zoals een spleetlamp, is nadere diagnostiek veelal niet mogelijk.

- Bij kinderen tot en met 7 jaar met een visus < 1,0 aan een of beide ogen: kans op amblyopie.
- Bij 8- tot 65-jarigen en visus < 1,0: meestal refractieafwijking. Bij een refractieafwijking verbetert de visus bij gebruik van de stenopeïsche opening. Ontregelde of recent ontdekte diabetes mellitus kan oorzaak zijn van wisselende refractie.
- Bij 65-jarigen en ouder en visus < 1,0: meestal geen refractieafwijking, maar een andere oogaandoening, zoals cataract (geleidelijk waziger of grauwer zien, vaak met klachten van schittering en verblinding), maculadegeneratie (donkere vlek midden in het gezichtsveld, wazig zien of beeldvervalsing) of glaucoom (langzaam progressieve uitval van het perifere gezichtsveld, blinde vlekken). Bij cataract kan de visus bij gebruik van de stenopeïsche opening iets verbeteren, bij maculadegeneratie en glaucoom verbetert de visus hiermee niet. Metamorfopsie wijst sterk in de richting van (natte) maculadegeneratie, maar afwezigheid van metamorfopsie sluit maculadegeneratie geenszins uit.
- Bij 40- tot 65-jarigen met klachten over het zien dichtbij: presbyopie.

Alarmsymptomen

Wees alert op de volgende symptomen, waarvoor beoordeling op korte termijn door de huisarts of spoedverwijzing naar de tweede lijn noodzakelijk is. De wijze waarop verwijzing (de urgentie: spoed, op korte termijn of regulier, en het logistieke proces) plaatsvindt kan in lokale werkafspraken worden vastgelegd (zie voor voorbeelden www.afsprakenhuisartsenspecialist.nl/implementatie, categorie Oogheelkunde).

Symptoom	Spoedverwijzing	Differentiële diagnose
Visusdaling die acuut of in enkele dagen tijd ontstaan is ²³	naar de oogarts, tenzij het passagère visusdaling betreft die geduid kan worden als amaurosis fugax (zie de NHG-Standaard Beroerte); verwijs dan direct naar de neuroloog	arteriële of veneuze occlusie, ablatio retinae, ontsteking van de nervus opticus, glasvochtbloeding, natte maculadegeneratie (vaak met metamorfopsie), arteriitis temporalis (> 50 jaar), acuut glaucoom (tevens hoofdpijn, misselijkheid, braken, een rood en pijnlijk oog)
Uitval van een deel van het gezichtsveld in een of beide ogen	■ naar de oogarts bij uitval van een deel van het gezichtsveld in een oog ■ naar de neuroloog bij uitval van een deel van het gezichtsveld in beide ogen, tenzij de passagère visusdaling geduid kan worden als migraine aura (met visuele symptomen)	voorbijgaand: amaurosis fugax ablatio retinae, arteriële of veneuze takocclusie, glaucoom, migraine aura (met visuele symptomen), beroerte
Lichtflitsen ²⁴	naar de oogarts bij lichtflitsen die persistenten of die gepaard gaan met gezichtsvelduitval NB: een spoedverwijzing is niet noodzakelijk als de lichtflitsen voorbijgaand zijn en geen gezichtsvelduitval aanwezig is. Laat de patiënt dan wel op korte termijn eenmalig door de oogarts beoordelen	achtersteglasvochtmembraanloslating, netvliesscheur (predispositie bij hoge myopie, status na lensextractie of een positieve familieanamnese)
Dubbelzien dat in korte tijd ontstaan is ²⁵	naar de oogarts, tenzij er bijkomende neurologische verschijnselen aanwezig zijn; verwijs dan direct naar de neuroloog	vasculaire afwijkingen, zoals ischemie, aneurysma of trombose van de sinus cavernosus, compressie van zenuwen (schedeltrauma), orbitafractuur, een aneurysma, tumoren of metastasen, of een verhoogde intracraniale druk; myogene oorzaken door myasthenia gravis of M. Graves, multipole sclerose

Overige oorzaken van visusklachten:

- Overweeg *genesmiddelengebruik* als oorzaak van visusklachten bij onverklaarde, (soms) plotseling optredende visusklachten, zoals wazig zien en een onlangs begonnen medicamenteuze behandeling (genesmiddelen met anticholinerge werking (midde-len bij urine-incontinentie, psychofarmaca [tricyclische antidepressiva], parkinsonmedicatie, corticosteroiden oraal/inhalatie/neusspray, amiodaron of chloroquinederivaten).
- *Mouches volantes*, wanneer draadjes, pluïssjes of vlokjes waargenomen worden die langzaam uit het gezichtsveld drijven en soms iets lichtgevend zijn.

Een vlokje/draadje die op een vast punt ten opzichte van een fixatiepunt aanwezig is kan niet geduid worden als een mouche volante.

- *Migraine aura (met visuele symptomen)* bij maximaal een uur durende waarneming van een in beide ogen in één gezichtsveldhelpt optredende vlek (scotoom), die klein begint, geleidelijk groter wordt en wegtrekt naar de periferie. In deze vlek komen allerlei kleuren voor. De rand van de vlek heeft vaak de vorm van zaagtanden (zoals schitteringen op het water), die een flikkerend patroon hebben. Hierna treedt meestal hoofdpijn op. Een onderscheid met een TIA is te maken door te vragen

naar duur en kenmerken van de visuele sensaties: een aura ontwikkelt zich geleidelijk in minimaal 5 minuten, terwijl de symptomen van een TIA in enkele seconden optreden en de sensaties bij een aura zijn dynamisch, met kleuren, terwijl die bij een TIA statisch en donker worden ervaren.

- *Droge ogen* bij verminderde of fluctuerende visus, gepaard gaande met irritatie ('zandgevoel') en/of roodheid en/of brandende of tranende ogen (zie de NHG-Standaard Het rode oog).²⁶

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting

Lui oog: een verminderde gezichtscherpte aan één oog kan wijzen op een lui oog (amblyopie). Een lui oog ontstaat als een oog niet optimaal gestimuleerd wordt en zich daardoor niet normaal ontwikkelt.

Bij kinderen is het van belang dit op te sporen, omdat het dan nog behandelbaar is. Hoe jonger het kind bij de start van de behandeling, hoe groter de kans dat de gezichtscherpte van het amblyopie oog verbetert. Tot en met zeven jaar is een behandeling in de meeste gevallen effectief. Behandeling bestaat uit wegnemen van eventueel onderliggende oorzaken, bijvoorbeeld scheelzien, en afplakken van het goede oog. Hiervoor moet het kind verwezen worden naar de orthoptist. Na behandeling vindt bij ongeveer een kwart van de kinderen terugval plaats. Daarom blijven kinderen met amblyopie na behandeling gedurende minimaal een jaar onder controle van de orthoptist.

Een *refractieafwijking* is het gevolg van een discrepantie tussen de aslengte van het oog en de totale sterkte van het optisch stelsel in het oog. Verziend betekent dat iemand ver scherp ziet, maar dichtbij niet. Bijziend betekent dat iemand dichtbij goed kan zien, maar ver weg niet. Refractieafwijkingen zijn te verhelpen met een bril of contactlens.

Bij de volgende oogaandoeningen, waarvoor geen verwijzing noodzakelijk is, geeft de huisarts voorlichting en instructies wanneer de patiënt moet terugkomen:

- *Mouches volantes* zijn onschuldige draadjes, vlekjes of pluisjes, die mee- of nabewegen met oogbewegingen. Zij ontstaan door glasvochttroebelingen. De meeste mensen ondervinden na verloop van tijd minder hinder. Mouches volantes kunnen na verloop van tijd weer terugkomen. Bij veranderingen, zoals plotselinge toename van de hoeveelheid mouches, lichtflitsen, visusdaling, gezichtsvelduitval en niet met het beeld meebewegende vlekjes moet de patiënt direct contact opnemen met de huisarts.
- *Migraine aura* (met of zonder hoofdpijn) is een vorm van migraine, waarbij in beide ogen een vlek optreedt in één gezichtsveldhelft, die klein begint, geleidelijk groter wordt en wegtrekt naar de periferie. In deze vlek komen allerlei kleuren voor. De rand van de vlek heeft vaak de vorm van zaagtanden (zoals schitteringen op het water), die een flikkerend patroon hebben. Hierna treedt meestal hoofdpijn op. De duur van deze klachten bedraagt maximaal 1 uur. Bij verandering van de presentatie van de migraine aura of plotselinge duidelijke toename van de aanvalsfrequentie moet de patiënt opnieuw contact opnemen met de huisarts.
- *Droge ogen* worden meestal veroorzaakt door een inadequate traanproductie en worden vooral bij ouderen gezien (zie de NHG-Standaard Het rode oog). In de werksituatie kunnen droge ogen ook ontstaan (bij een adequate traanproductie) in geval van klimaatproblemen in de werkomgeving (kantoren e.d.) en/of een verminderde knipperfrequentie bij langdurig geconcentreerd werken aan een computerscherm.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over visusklachten op de NHG-publiekswebsite www.thuisarts.nl of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven (via het HIS). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Behandeling

Bespreek bij een vermoeden van geneesmiddelgebruik als oorzaak van de visusklachten met de patiënt de volgende afwegingen om tot een gezamenlijke beslissing (staken van het geneesmiddel of direct verwijzen) te komen:

- Het betreffende geneesmiddel kan leiden tot (reversibele dan wel irreversibele) visusklachten. Vooraf is dat niet altijd te bepalen; staken van het geneesmiddel is een manier om hier achter te komen.
- Als de klachten na staken niet verdwijnen kan een verwijzing naar de optometrist (tot 65 jaar) of oogarts (na 65 jaar) plaatsvinden. Waarschijnlijk heeft de diagnostische vertraging die hiermee optreedt geen nadelige invloed op de visus.
- Directe verwijzing kan plaatsvinden voor verdere diagnostiek; deze verwijzing is dan mede gericht op het uitsluiten van andere oorzaken voor de visusklachten of voor het vaststellen van een irreversibele bijwerking van een geneesmiddel.

Voor de behandeling van droge ogen zie de NHG-Standaard Het rode oog.

Verwijzing

Bij 8- tot 65-jarigen en visus < 1,0 (zonder alarmsymptomen, zonder klachten die mogelijk berusten op een niet-refractie gerelateerde aandoening en zonder familiale belasting) vindt gedeelde besluitvorming plaats over de vraag of eerst een bril zal worden aangemeten of eerst nadere diagnostiek zal worden verricht aan de hand van de volgende afwegingen:

- Waarschijnlijk is er sprake van een refractieafwijking; nadere diagnostiek heeft daarvoor geen meerwaarde. De kans is groot dat de visus met een bril verbetert. De patiënt kan hiervoor zelf een bril aanschaffen bij de opticien/winkelketen. Als een bril niet de beoogde visusverbetering geeft kan alsnog verwezen worden voor nadere diagnostiek naar een optometrist.
- De kans dat bij nadere diagnostiek een niet-refractie gerelateerde aandoening wordt gevonden is klein. Bij

het toenemen van de leeftijd neemt de kans op het vinden van een niet-refractiegerelateerde aandoening toe.

- Voor nadere diagnostiek is een optometrist nodig, die vast kan stellen of er sprake is van een refractieafwijking en die, in tegenstelling tot een opticien, andere niet-refractiegerelateerde aandoeningen uit kan sluiten. Optometristen werken veelal bij een optiekbedrijf.

De huisarts verwijst in de volgende gevallen:

- bij aanwezigheid van alarmsymptomen met spoed naar de oogarts of neuroloog (zie **[kader Alarmsymptomen]**);
- bij metamorfopsie zo spoedig mogelijk, in overleg met de oogarts;
- kinderen tot en met 7 jaar met een visus < 1,0 aan een of beide ogen naar de orthoptist;
- 65-jarigen en ouder en visus < 1,0 naar de optometrist, tenzij het waarschijnlijk is dat de klachten berusten op een andere, niet-refractiegerelateerde oog-aandoening, zoals cataract, maculadegeneratie of glaucoom; verwijs dan naar de oogarts;
- met persistente klachten na staken van medicatie die visus kan beïnvloeden naar optometrist (< 65 jaar) of oogarts (≥ 65 jaar);
- aanwezigheid van een vlekje in het gezichtsveld op een vast punt ten opzichte van een fixatiepunt naar de oogarts;
- bij twijfel bij scotomen zonder hoofdpijn of wanneer de scotomen langer duren dan 1 uur naar de oogarts.

Aandachtspunten voor de huisarts bij visusvermindering

- Een slechte visus of sterke visusachteruitgang kan invloed op of gevolgen hebben voor de beroepskeuze of het werk/de werksituatie. De bedrijfsarts is bekend met de functie en de werkomstandigheden en kan de werknemer/werkgever adviseren over aanpassingen ten behoeve van de visus. Wijs de patiënt op de mogelijkheid om zelf met de bedrijfsarts contact op te nemen.
- Bespreek bij niet of moeilijk te corrigeren visusachteruitgang de beperkin-

gen van de ADL die de patiënt ervaart, eventuele veiligheidsaspecten in de werksituatie en de invloed op de rijgeschiktheid (www.cbr.nl).

- Als bij patiënten met de droge vorm

van maculadegeneratie plotselinge visusvermindering of metamorfopsie optreedt, kan dit erop wijzen dat de droge vorm is overgegaan in de natte (exsudatieve) vorm. Voor de

Totstandkoming

Nadat werd besloten te beginnen met de herziening van de NHG-Standaard Visusklachten werd in 2013 een werkgroep geformeerd. Deze bestond uit de volgende leden: G.H. Blom, huisarts te Spijkenisse; N.G.J. Dukker en P. Heus, beiden optometrist, namens de Optometristen Vereniging Nederland (OVN); J.M. Morshuis-Kottink, als orthoptist werkzaam bij het Ziekenhuis Rivierenland te Tiel, namens de Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVVO); J.M.T. Oltheten, huisarts te Noordwijk; B.A.E. van der Pol, als oogarts werkzaam bij het UMC Groningen, namens het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG); M.L. Rhebergen, huisarts te Schoonrewoerd; I. Soeters, huisarts te Brunssum, namens Stichting Onderwijs Oogheelkunde aan Huisartsen (STOOHN); J.L.H. van Zanten, huisarts in opleiding bij de Huisartsenopleiding Utrecht.

W.H. Eizenga, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleidde de werkgroep en deed de redactie. Dr. Tj. Wiersma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie en dr. J.S. Burgers als hoofd van afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. F. Jacobi was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie. Door geen van de leden van de werkgroep werd belangenverstrengeling gemeld.

In februari 2015 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar een aantal referenten gestuurd. Er werd commentaar ontvangen van de volgende referenten: L.J. Boomsma, huisarts en senior beleidsadviseur, namens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV); dr. H.J.M.G. Nelissen-Vrancken, senior apotheker, namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts & Wetenschap*; J.J. Oltvoort, senior beleidsmedewerker gezondheidseconomie, namens Nefarma; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*; M.M.J.M. Brassé, huisarts(opleider) en voorzitter van de Stichting Onderwijs Oogheelkunde aan Huisartsen (STOOHN), namens de STOOHN; dr. E. Lenaerts, huisarts, namens de Domus Medica te België (de Vlaamse huisartsenvereniging); H.J. Bank, bedrijfsarts, klinisch arbeidsgeneeskundige oogheelkunde, werkzaam bij IKA Nederland, namens de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB); dr. A.L.M. Kerremans, internist en klinisch farmacoloog, D.

Dost, apotheker en K. de Leest, apotheker, allen namens de Werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddeleninformatie (WFG) en het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; L. Versteegen, namens de Nederlandse Unie van Optiekbedrijven (NUVO); S. van Maurik-Brandon en W. Vos, beiden kaderhuisarts ouderengeneeskunde, namens Laego; J.M. Johannes, arts maatschappij & gezondheid – jeugdgezondheidszorg, namens Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN); M. de Vries, apotheker en adviseur-redacteur bij het Farmacotherapeutisch Kompas, namens Zorginstituut Nederland (ZIN); I. de Vries, adviserend geneeskundige bij Zorg en Zekerheid, namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN); B. Rutgers van der Loeff, econoom en voorzitter MD Vereniging, namens Macula Degeneratie Vereniging (MD Vereniging); dr. M.M. van Gendren, oogarts, namens Bartiméus; N. Brand, optometrist bij Ziekenhuis St. Jansdal, namens de Commissie Kwaliteitsontwikkeling van de Optometristen Vereniging Nederland (OVN); L.J. Meijer, voorzitter FMCC en huisarts-onderzoeker bij het UMC Utrecht en H. van Bavel, medisch coördinator en bestuurslid FMCC, beiden namens de Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC); A. Morshuis, orthoptist bij Ziekenhuis Rivierenland in Tiel, namens de Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVVO); werkgroep Hoofdpijn van de Nederlandse Vereniging van Neurologie (NVN); A. Henke, D. de Kruijff, M. Allin, B. Abutan, P. Kortenhoeven en A. Jansen Molenaar, allen namens de Oogvereniging; dr. J.H. de Boer, oogarts bij het UMC Utrecht, namens het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG); prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen, Radboudumc te Nijmegen.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. J. van Dongen en G. Kramer hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaaronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsplan. In juni 2015 werd de standaard besproken en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

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

natte vorm is, in tegenstelling tot de droge vorm, een behandeling beschikbaar. De Amslerkaart kan, met een goede instructie, bij patiënten met maculadegeneratie een zelfhulpmiddel zijn voor controle op aanwezigheid en omvang van scotomen en metamorfopsie.²⁷ Bij uitval van het centrale zien ziet de patiënt een deel van het raster niet. Als de patiënt vervorming van het raster ziet wijst dit op metamorfopsie.

- Patiënten met een ernstige visuele beperking, zoals het eindstadium van maculadegeneratie, kunnen voor on-

dersteuning, begeleiding en revalidatie (revalidatiehulpmiddelen en praktische trainingen) naar een regionale instelling, zoals Visio of Bartiméus, verwezen worden (www.visio.org, www.bartimeus.nl).²⁸

- Voor informatie of lotgenotencontact kan de huisarts wijzen op patiëntenverenigingen (www.oogvereniging.nl, www.mdvereniging.nl).

Herhaalrecepten bij chronisch gebruik van oogdruppels voor glaucoom

Bij herhaalrecepten voor oogdruppels bij de behandeling van glaucoom gaat

de huisarts na of de patiënt minimaal 1 maal per jaar wordt gecontroleerd. Bij twijfel over de juiste manier van toediening verwijst hij de patiënt desgewenst naar de apotheek die hulpmiddelen kan adviseren bij het oogdruppelen. (Zie ook het instructiefilmpje op www.apotheek.nl).

© 2015 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Bijlage - Uitvoering visusbepaling

Vorbereiding

De visusbepaling vindt plaats met gebruikmaking van letters of beelden op een visuskaart, waarbij de beeldgrootte van boven naar beneden afneemt. Bij de visusbepaling wordt een aantal eisen gesteld aan de kaart en de belichting daarvan alsmede de leesafstand: gebruik een visuskaart met letters, Landoltringen of E-haken volgens het principe van Snellen. Op de visuskaart moet in de kantlijnen per regel de geldende visus voor 5 of 6 meter in decimalen vermeld zijn; gebruik een visuskaart met optimaal contrast, dat wil zeggen zwarte optotypen tegen een witte achtergrond. Zorg voor een egale verlichting schuin boven en voor de kaart met 2 lampen van meer dan 1.300 lumen (lm) (vroeger 100 W) of een zijdelingse verlichting met twee verdekt opgestelde tl-buizen van 200 lm (vroeger 20 W) met wit licht. Vermijd hinderlijke reflecties op de kaart. De verlichting in de onderzoeksruimte moet gedempt zijn (niet donker), zodanig dat de pupilopening van de patiënt 2 tot 4 mm bedraagt. Laat de patiënt recht voor de visuskaart zitten of staan en oogknippen vermijden.

De afstand tussen de patiënt en de kaart dient bij de visusbepaling afhankelijk van de kaart 5 of 6 meter te bedragen, normaliter is het oog dan ongeaccommodeerd. Wanneer men niet over een spreekkamer met de gewenste diepte beschikt, kan gebruikgemaakt worden van een spiegel in combinatie met een visuskaart in spiegelschrift.

Visusbepaling bij mensen die bekend zijn

met een refractieafwijking geschiedt altijd met eigen correctie. Visusbepaling zonder eigen correctie en visusbepaling aan beide ogen tegelijk is alleen zinvol bij (rijbewijs-) keuringen. Het verdient aanbeveling voorafgaand aan het visusonderzoek bij bril dragers zelf even door de bril te kijken. Een bril die vergroot, heeft positieve lenzen; de patiënt is dus hypermetroop. Een bril die verkleint, heeft negatieve lenzen; de patiënt is myoop.

Meetprocedure

Visuskaart

Onderzoek eerst het rechteroog terwijl het linkeroog is afgedekt. Onderzoek vervolgens het linkeroog op dezelfde manier. Door systematisch eerst rechts en daarna links te onderzoeken kunnen vergissingen bij het onthouden en noteren van de visus vermeden worden. Het verdient aanbeveling de gemeten visus direct te noteren.

Wijs de optotypen aan met een contrasterende aanwijzestok met verdikt uiteinde of met een vinger. Begin met het bovenste optotype, ga daarna regelgewijs naar beneden en laat steeds het eerste of laatste optotype van die regel benoemen. Wordt een optotype van een bepaalde regel niet meer goed gezien of onjuist benoemd, ga dan één regel terug naar boven en laat de optotypen van die regel één voor één door de patiënt benoemen. Geadviseerd wordt om als afkaps criterium aan te houden dat meer dan 50% goed benoemd moet zijn (bijvoorbeeld minstens 3 van de 5 of 4 van de 6).

Noteer de visus voor elk oog afzonderlijk

in decimalen en vermeld daarbij of er wel of niet gebruikgemaakt is van eigen correctie.

Stenopeïsche opening

Bij de stenopeïsche opening wordt gebruik gemaakt van een (metalen) plaatje met 1 of meerdere gaatjes van 1 mm doorsnee. De stenopeïsche opening wordt gebruikt om strooi straling te verminderen. Laat de patiënt door de stenopeïsche opening kijken en bepaal de visus. Verbetering van de visus wijst op een refractieafwijking of op mediatroebeling.

Visusbepaling bij kinderen

Visusbepaling bij kinderen is mogelijk vanaf 3-jarige leeftijd [Coenen-van Vroonhoven 2010]. Het visusonderzoek bij kinderen is vooral gericht op het vaststellen van een visusvermindering van het ene oog ten opzichte van het andere en niet zozeer op een absolute visusbepaling.

Aanbevolen wordt om bij kinderen de Leidse afdekbil (met klittenband) te gebruiken. Bij kinderen > 3,0 jaar, maar < 3,5 jaar wordt voor de visusbepaling de APK-TOV-kaart (Amsterdamse plaatjeskaart Tijdige Opsporing Visuele stoornissen) op een afstand van bij voorkeur 5 meter gebruikt; de onderzoeksafstand mag bij de APK-TOV-kaart om ruimtetechnische redenen teruggebracht worden tot 3 meter. Bij kinderen > 3,5 jaar wordt de Landolt-C-kaart gebruikt, die alleen gebruikt kan worden op een afstand van 5 meter. Zie voor de controle- en verwijscriteria de JGZ-richtlijn visuele stoornissen [Coenen-van Vroonhoven 2010].

Invloed van kanker op het zorggebruik van partners

Kanker heb je niet alleen. De ziekte heeft gevolgen voor patiënten en hun familie. Veel partners van patiënten met kanker ervaren psychische problemen in de periode na het stellen van de diagnose. Ook kunnen stress en de zorg voor de patiënt negatieve gevolgen hebben voor de lichamelijke gezondheid van de partner. Het is onduidelijk hoe vaak, wanneer en waarvoor partners in deze periode hun huisarts bezoeken. Inzicht hierin kan huisartsen helpen zich meer bewust te zijn van mogelijke problemen bij partners en deze problemen beter te herkennen.

ONDERZOEK

We hebben onderzocht hoe vaak, wanneer en voor welke problemen 3017 partners van patiënten met borst-, prostaat-, long- of darmkanker hun huisarts bezochten in de periode van 6 maanden voor tot 24 maanden na het stellen van de diagnose [tabel]. Om te bepalen of partners van patiënten met kanker in deze periode vaker of minder vaak naar hun huisarts gaan, hebben we voor iedere partner het zorggebruik vergeleken met bezoeken aan de huisarts in de periode van 18 tot 6 maanden voor het stellen van de diagnose (baseline). In de periode van 6 tot 24 maanden na het stellen van de diagnose was het aantal huisartsbezoeken van partners van patiënten met darmkanker gemiddeld 19% hoger per jaar dan tijdens baseline. En bij partners van patiënten met borst- en prostaatkanker was dit gemiddeld 31%, respectievelijk 26% hoger. Bij partners van patiënten met longkanker was het aantal huisartsbezoeken per jaar 19% hoger, maar dit was statistisch niet significant.

EXTRA HUISARTSBEZOEK

Opvallend was dat het aantal bezoeken aan de huisarts vanwege lichamelijke problemen pas een half jaar na het stellen van de diagnose duidelijk toenam, terwijl voor psychosociale problemen de grootste toename te zien is in de eerste 6 maanden na de diagnose [figuur]. Lichamelijke klachten waarvoor partners hun huisarts vaker bezochten, waren met name veelvoorkomende gezondheidsproblemen, zoals pijnklachten, of reeds bestaande chronische aandoeningen, zoals diabetes mellitus of hoge bloeddruk. Psychosociale klachten betroffen vooral problemen die te maken hadden met de ziekte van de partner, en slaapproblemen. De reden voor het extra huisartsbezoek verschilde tussen de subgroepen. Partners van patiënten met prostaatkanker bezochten hun huisarts vooral vaker voor lichamelijke klachten. Bij partners van patiënten met longkanker was er een grotere toename te zien in contacten vanwege psychosociale klachten. Dit zou kunnen samenhangen met de slechte prognose van longkanker.

CONCLUSIE

Onze resultaten laten zien dat partners van patiënten met kanker vanaf de diagnose vaker de huisarts bezoeken dan voorheen. Het is daarom belangrijk dat huisartsen aandacht

hebben voor de partner en uitleggen dat de diagnose kanker ook gevolgen kan hebben voor zijn of haar gezondheid. Huisartsen moeten alert zijn op zowel lichamelijke als psychosociale problemen. Vooral bij partners van patiënten met longkanker lijkt het belangrijk dat huisartsen aandacht hebben voor mogelijke psychosociale problemen. ■

Dit artikel is gebaseerd op: Heins M, Schellevis F, Rijken M, Donker G, Van der Hoek L, Korevaar J. Partners of cancer patients consult their GPs significantly more often with both somatic and psychosocial problems. *Scand J Prim Health Care* (2013), <http://dx.doi.org/10.3109/02813432.2013.861153>.

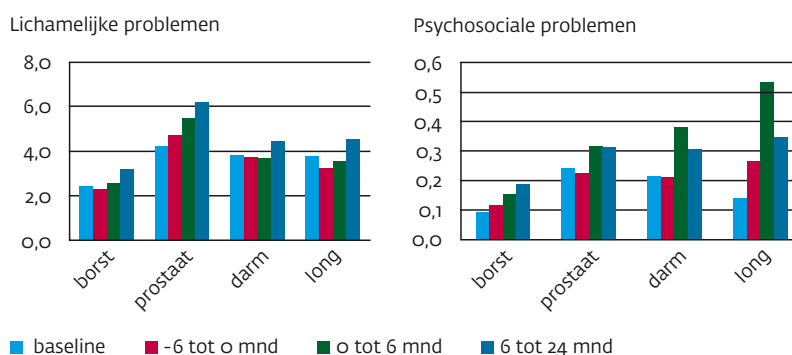
Voor de hier beschreven analyses is gebruikgemaakt van gegevens uit 2002 tot 2009 van circa 90 huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. NIVEL Zorgregistraties maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van deelnemende huisartsen en verzamelt constant gegevens over aandoeningen, aantallen verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen (zie ook www.nivel.nl/zorgregistraties). Voor dit onderzoek is gekeken naar gegevens over contacten met de huisartsenpraktijk (spreekuurbezoeken, huisbezoeken en telefonische consulten).

Tabel Achtergrondgegevens van partners van patiënten met kanker

	Borst (n = 1288)	Prostaat (n = 705)	Darm (n = 649)	Long (n = 429)
Leeftijd (jaar; gemiddeld (SD))	57,8 (12,0)	67,7 (8,9)	64,3 (11,7)	63,5 (10,9)
Geslacht: aantal mannen (%)	1269 (99%)	3 (0%)	255 (39%)	123 (29%)
Aantal contacten per jaar op baseline*	2,5 (3,6)	4,5 (5,4)	4,0 (5,1)	3,9 (4,9)

*In de periode van 18 tot 6 maanden voor de diagnose.

Figuur Aantal contacten met de huisartsenpraktijk van partners van patiënten met kanker voor lichamelijke en psychosociale problemen (uitgedrukt als het aantal contacten per jaar)



Rectificatie

Het artikel 'Zorggebruik bij multimorbiditeit' in *Huisarts en Wetenschap* van juli 2015 wordt als publicatie teruggetrokken en wordt verwijderd uit het archief van H&W. Bij het samenstellen van de gegevensbestanden voor de analyses voor dit artikel zijn fouten gemaakt, waardoor de gepresenteerde resultaten onjuist zijn. Wij bieden onze verontschuldiging aan en zullen een nieuw artikel schrijven op basis van de juiste gegevens.

De auteurs

Immunotherapie voor de huisarts

INLEIDING

Allergische conjunctivitis en allergische rhinitis zijn voor veel patiënten een jaarlijks terugkerend 'circus' dat zorgt voor jarenlang getob. Vaak gebruiken ze verschillende medicijnen om hun allergie enigszins draaglijk te maken.¹ Voor deze patiënten is immunotherapie een optie. Bij immunotherapie krijgt de patiënt een specifiek allergeenextract toegediend in oplopende hoeveelheden, waardoor hij minder gevoelig wordt voor het betreffende allergeen. Deze zogeheten 'hyposensibilisatie' of 'allergievaccinatie' heeft blijvend effect, ook na het afronden van de behandeling. Er zijn twee toedieningsvormen: subcutane immunotherapie (SCIT) met onderhuidse injecties en sublinguale immunotherapie (SLIT) met druppels of smelttabletten onder de tong.

Immunotherapie is alleen effectief bij patiënten met een IgE-gemedieerde allergische aandoening zoals allergische conjunctivitis, allergische rhinitis of astma. Het is daarbij niet de primaire behandeling, maar kan worden overwogen voor patiënten bij wie de klachten aanhouden ondanks uitgebreide medicamenteuze therapie of bij wie standaardmedicatie niet mogelijk of niet wenselijk is.^{1,2}

Een behandeling van allergie is altijd meersporig: in eerste instantie probeert men de klinisch belangrijke allergenen te elimineren of te verwijderen. Indien dit niet mogelijk is, wordt

symptomatische therapie geadviseerd in de vorm van standaardmedicatie en eventueel immunotherapie.

EFFECTIVITEIT

De effectiviteit van immunotherapie hangt af van dosis en duur: het klinische effect is beter naarmate de totale dosis hoger is. De onderhoudsdosering moet zodanig gekozen worden dat het klinisch effect zo goed mogelijk is bij een zo klein mogelijke kans op systemische bijwerkingen.

De oudste vorm van immunotherapie is SCIT, maar de laatste jaren komt SLIT, met druppels of smelttabletten, meer in de belangstelling. Voor de effectiviteit van druppels is geen sterk bewijs geleverd. De nieuwste vorm van SLIT, een eenmaal daags in te nemen snel smeltende tablet, is in Nederland beschikbaar sinds augustus 2007. Deze behandeling heeft een goed resultaat bij graspollenallergie, zowel bij volwassen patiënten als bij kinderen.^{3,4} Inmiddels is uit langetermijnonderzoek gebleken dat het effect persisteert na afronding van drie jaar lang SLIT met een tablet die dagelijks gedurende acht of twaalf maanden per jaar werd ingenomen (dezelfde effectiviteit is beschreven voor SCIT bij graspollenallergie). Binnen afzienbare tijd komen er tabletten voor huisstofmijtallergie en waarschijnlijk ook voor boompollenallergie op de markt.

Er zijn vier Cochrane-reviews gepubliceerd over het effect van SCIT en SLIT op allergische conjunctivitis, allergische rhinitis en astma.⁵⁻⁸ Zij vonden bewijs dat zowel SLIT als SCIT effectief zijn bij kinderen en volwassenen. De effectiviteit van SLIT is gering bij conjunctivitis en redelijk bij rhinitis, de effectiviteit van SCIT is redelijk bij astma en goed bij rhinitis.

De NHG-Standaarden voor rhinitis en astma/COPD bij volwassenen adviseren terughoudendheid bij het voorschrijven van immunotherapie.^{9,10} Deze standaarden verschenen echter voordat bovengenoemde reviews gepubliceerd waren, en nadien zijn nog twee grote effectiviteitsonderzoeken naar

Samenvatting

De Groot H, Van Bentveld RDW. Immunotherapie voor de huisarts. *Huisarts Wet* 2015;58(10):542-6.

Allergische rhinitis en allergische conjunctivitis zijn veelvoorkomende, vaak seizoensgebonden aandoeningen die de patiënt veel ongemak bezorgen. Niet zelden worden verschillende middelen ingezet om de klachten te bestrijden, en het resultaat is wisselend. Er is steeds meer bewijs dat subcutane immunotherapie (SCIT) en sublinguale immunotherapie (SLIT) effectieve en veilige behandelingen zijn van de onderliggende aandoening. SLIT, waarbij de patiënt zelf dagelijks een smelttablet onder de tong legt, heeft daarbij het voordeel dat er geen injectie nodig is.

Immunotherapie is, ook voor de huisarts, zeker het overwegen waard voor patiënten bij wie de klachten ondanks behandeling persisteren. De indicatiestelling en het instellen van een SCIT zijn voorbehouden aan de specialist (allergoloog, kno-arts, kinderarts, longarts); de huisarts kan eventueel de onderhoudsbehandeling overnemen na een goede overdracht. Een SLIT kan echter onder voorwaarden ook door de huisarts zelf ingesteld worden. In deze nascholing worden de effectiviteit van immunotherapie, de indicaties en contra-indicaties, de veiligheid en met name de praktische uitvoering in de huisartsenpraktijk besproken.

De kern

- IgE-gemedieerde aandoeningen komen veel voor en vragen veel aandacht in de dagelijkse praktijk.
- Er zijn aanwijzingen dat nieuwe vormen van sublinguale immunotherapie met smelttabletten effectief zijn en minder vaak tot systemische bijwerkingen leiden.
- Zowel subcutane als sublinguale immunotherapie kan veilig in de huisartsenpraktijk worden toegepast, met de nodige voorzorgsmaatregelen (subcutane immunotherapie wordt opgestart bij de specialist).
- De NHG-Standaarden Astma bij volwassenen, Astma bij kinderen en Allergische en niet-allergische rhinitis houden nog geen rekening met bovengenoemde ontwikkelingen. Bij herziening zouden deze standaarden op dit punt wellicht kunnen worden aangepast.

smelttabletten voor graspollen verschenen.^{3,4} Bij de laatste herziening van de NHG-Standaard Astma bij kinderen is uitvoeriger gekeken naar deze onderzoeken. De standaard beveelt immunotherapie echter niet aan voor deze indicatie, vanwege een gebrek aan bewijs voor de effectiviteit van de interventies op astma-uitkomsten en vanwege de nadelen die met de behandeling gepaard gaan.¹¹

VOOR WIE IS IMMUNOTHERAPIE GESCHIKT?

Indicaties

Mensen met milde hooikoorts die al tevreden zijn met een antihistaminicum zijn uiteraard niet geschikt voor deze toch tamelijk intensieve behandeling. Op basis van internationale richtlijnen en (ongepubliceerde) groepsinterviews met huisartsen, kno-artsen, longartsen, kinderartsen, dermatologen en allergologen kunnen we een aantal profielen beschrijven van patiënten bij wie immunotherapie te overwegen is en met wie die mogelijkheid in ieder geval besproken moet worden:

- patiënten met ernstige allergieklachten die niet uitkomen met de huidige medicatie;
- patiënten met matige, stabiele allergieklachten die niet of niet helemaal uitkomen met de huidige medicatie;
- patiënten met inhalatieallergie die nog goed uitkomen met de huidige medicatie, maar bij wie de allergie progressief is (jaarlijks toenemende klachten, verschillende orgaansystemen, slechtere kwaliteit van leven, gedurende het pollenseizoen sterk toenemende klachten);
- patiënten met niet-progressieve inhalatieallergie die goed uitkomen met de huidige medicatie, maar die een meer structurele oplossing willen;
- patiënten met progressieve inhalatieallergie die nog geen of nauwelijks medicatie gebruiken;
- patiënten met mild tot matig ernstig allergisch astma die gestabiliseerd zijn met inhalatiesteroiden;
- patiënten die zelf vragen naar de mogelijkheden van immunotherapie;
- patiënten die een reële kans hebben op doorontwikkeling naar astma of op nieuwe sensibilisaties.

Alvorens te starten met de immunotherapie – SCIT of SLIT – moet de huisarts uiteraard de contra-indicaties (zie hieronder) hebben onderzocht en zich ervan vergewist hebben dat de patiënt op de hoogte is van de voor- en nadelen en de bijwerkingen. Een vereiste is bovendien dat de patiënt voldoende gemotiveerd is om de intensieve behandeling volgens protocol uit te voeren.

Contra-indicaties

- Multipole klinisch relevante sensibilisaties en/of sterke aspecifieke hyperreactiviteit.
- Auto-immuunziekte of immuundeficiëntie.
- Maligniteit.
- Ernstige psychopathologie.
- Slechte therapietrouw.

- Gebruik van bètablokkers; bij deze patiënten verlopen algemene reacties (bijwerkingen) ernstiger.
- Instabiel astma.
- $FEV_1 < 70\%$ van de verwachte waarde ondanks adequate farmacotherapie.
- Leeftijd < 5 jaar.

SCIT: PRAKTISCHE UITVOERING

Dosering

Dosering, doseringsschema en duur van de immunotherapie verschillen per preparaat en per fabrikant; raadpleeg hiervoor de bijsluiterteksten. In principe begint elke behandeling met een instelfase, waarin de patiënt iedere week een iets grotere hoeveelheid allergeen ingespoten krijgt. Deze fase kan enige weken tot vier maanden duren. Daarna volgt de onderhoudsfase, waarin de patiënt maandelijks een vaste dosis krijgt. De duur van de onderhoudsfase is afhankelijk van het preparaat.

De instelfase valt bij voorkeur buiten het allergeenseizoen. Voor boompollen is dat seizoen van januari tot juli, dus voor een instelfase van vier maanden kan men de periode juli tot en met september gebruiken. Voor graspollen is het seizoen maart-september en kan de instelfase van september tot en met februari gestart worden. Bij de overige allergenen is er geen echt piekseizoen en kan de behandeling op elk moment in het jaar worden gestart [kader 1].

Dosisreductie

Dosisreductie kan noodzakelijk zijn in de hierna genoemde omstandigheden. Bij complicaties of vragen is het verstandig de specialist te consulteren of de patiënt (tijdelijk) terug te verwijzen voor vervolginjecties.

- Allergische symptomen 24 uur voor de injectie. Let goed op of de patiënt middelen gebruikt om de symptomen te bestrijden.
- Zwelling rondom de injectieplaats na de laatste injectie: meet de maximale diameter van de zwelling en pas dosisreductie toe volgens [tabel 1].
- Algemene bijwerkingen binnen 24 uur na de laatste injectie:

Abstract

De Groot H, van Bentveld RDW. Immunotherapy for general practitioners. *Huisarts Wet* 2015;58(10):542-6.

Allergic rhinitis and allergic conjunctivitis are common seasonal diseases that cause patients considerable discomfort. Patients are often treated with a number of medications to relieve symptoms, with variable success. There is increasing evidence that subcutaneous immunotherapy (SCIT) and sublingual immunotherapy (SLIT) are safe and effective treatments for the underlying disorder. SLIT, in which the patient takes one sublingual tablet daily, has the advantage that injections are not necessary. Immunotherapy is worth considering in patients with persistent symptoms despite treatment. Whereas only an ENT doctor or allergologist can decide whether SCIT is indicated, GPs can take over responsibility for maintenance therapy, provided they are fully informed about the treatment protocol. In contrast, under certain conditions a GP can initiate SLIT. This article discusses the effectiveness of immunotherapy, its indications and contraindications, its safety, and practical aspects of its use in general practice.

- bij lichte algemene reacties, zoals conjunctivitis, rhinitis of urticaria: reductie tot 50%, gevolgd door langzame opdosering;
 - bij matige algemene reacties, zoals milde kortademigheid: reductie tot 10%, gevolgd door langzame opdosering;
 - bij ernstige algemene reacties, zoals algehele malaise, verschillende gelijktijdig optredende symptomen of slechte respons op symptomatische behandeling: reductie tot 10%
 - bij aanhoudende ernstige lokale of systemische reacties: behandeling staken.
- Overschrijding van het tijdsinterval in de instelfase [tabel 2].
 - Seizoensgebonden allergieën: niet instellen tijdens het seizoen! Afhankelijk van de gevoeligheid van de patiënt kan de onderhoudsdosis in overleg met de specialist gereduceerd worden tijdens het seizoen en daarna weer wekelijks verhoogd.

Therapietrouw

Weliswaar vinden de injecties plaats in het bijzijn van de arts en worden ze geregistreerd volgens het doseringsprotocol, maar toch is het zaak de patiënt te blijven motiveren en ondersteunen om de kuur af te maken.¹² Het is zinvol telkens een afspraak te maken voor het volgende bezoek en in de gaten te houden of patiënt wel op het juiste tijdstip komt voor de injecties. Is er een vertraging opgetreden, dan moeten de behandelend arts of diens assistente zo snel mogelijk informeren wat de reden is voor deze onderbreking en bespreken of en hoe de kuur weer opgepakt kan worden. Er zijn ondersteuningsprogramma's voor het onderhouden van de terapietrouw van de patiënt.

Complicaties en bijwerkingen

Vaccinatie

Na een vaccinatie moet ten minste een week worden gewacht tot de volgende allergeeninjectie.

Zwangerschap

Tijdens de zwangerschap wordt SCIT niet opgestart. Zes weken voor de geplande bevalling wordt de SCIT onderbroken. Zes weken na de bevalling kan de therapie versneld weer worden opgestart. Overleg hierover met de specialist. Eventueel kan patiënte tijdelijk terug naar het ziekenhuis tot de onderhoudsdosering weer is bereikt.

Borstvoeding is geen contra-indicatie voor immunotherapie.

Lokale reacties en specifieke klachten

Een groot deel van de patiënten krijgt direct na de injectie ter plekke een kleine, jeukende zwelling. Als dit vaker voorkomt, kan geadviseerd worden een uur voor de injectie een antihistaminicum in te nemen. Een antihistaminicum kan ook gegeven worden als acute behandeling (het alternatief is hydrocortisonzalf 1%).

Kader 1 De subcutane injectie bij SCIT

Vragen aan de patiënt voorafgaand aan elke injectie:

- kreeg u klachten na de vorige injectie (klachten van de allergie of klachten die wijzen op infectie)?
- is uw medicatie gewijzigd?
- (indien van toepassing) bent u zwanger?
- (bij patiënten met insectengifallergie) bent u nog gestoken door het bewuste insect?

Patiënten met astma worden in principe niet naar de huisarts terugverwezen. Ook bij toename van klachten van kortademigheid na de injectie wordt geadviseerd terug te verwijzen naar de voorschrijvende specialist.

Registratie van de injectie. Deze registratie moet bij elke toediening aanwezig zijn. Standaard registratieformulieren worden bij de preparaten bijgeleverd:

- datum;
- toegediende dosis per allergeen;
- locatie van toediening;
- eventuele klachten tijdens wachttijd.

Informatie aan de patiënt wat te doen na de injectie:

- meld klachten meteen;
- blijf ten minste een halfuur in de wachtkamer zitten;
- vermijd gedurende de rest van de dag zware lichamelijke inspanning.

Bewaren van de injectievloeistof:

- bewaar flacons in de koelkast;
- noteer bij het openen van een nieuwe flacon de datum op de flacon (allergeenextracten zijn in het algemeen houdbaar tot een half jaar na opening).

Klaarmaken van de injectievloeistof:

- controleer de correcte concentratie en hoeveelheid aan de hand van de registratielijst en de houdbaarheidsdatum;
- schud de flacons van depotextracten voor gebruik voorzichtig (keer de flacon 10-20 keer om);
- controleer op luchtbelletjes bij het opzuigen van de injectievloeistof.

Injectietechniek:

- geef de injectie subcutaan lateraal in het proximale derde deel van de bovenarm;
- injecteer bij uitzondering ventraal in het proximale derde deel van het bovenbeen;
- bij een behandeling met drie extracten worden de injecties gegeven in de rechter bovenarm, de linker bovenarm en het linker of rechter bovenbeen;
- til de subcutis op tussen duim en wijsvinger en breng de naald ongeveer 1 cm in de subcutis onder een hoek van 30-60°;
- aspireer tijdens het injecteren tussendoor (iedere 0,2 ml) om te checken of u niet in een bloedvat injecteert;
- het allergeen is gebonden aan aluminiumhydroxide, dit maakt het preparaat wat stroperig om in te spuiten;
- spuit de vloeistof langzaam in; dit vermindert de kans op een pijnlijke nodulus op de injectieplaats;
- masseer de injectieplek om de vloeistof zich gelijkmatig te laten verdelen, ook dit verkleint de kans op een pijnlijke injectieplaats.

Laat de patiënt na elke injectie minimaal 30 minuten wachten in het zicht van de assistente. Als de patiënt zich niet aan deze wachttijd houdt, wordt de immunotherapie gestaakt.

Een klein aantal patiënten krijgt 4-8 uur na de injectie een forse lokale zwelling. Door een vertraagde overgevoeligheidsreactie ontstaat een ontsteking of infiltratie op de plek van

toediening. Hydrocortisonzalf 1% op de plek kan de klachten wat verlichten. Vaak wordt de overgevoeligheidsreactie minder hevig naarmate de behandeling langer duurt.

Een aantal patiënten geeft aan vermoeider te zijn op de dag van de injectie. Als de vermoeidheid niet tot gevolg heeft dat de patiënt de rest van de dag niet meer kan werken of studeren en als de vermoeidheid de volgende dag voorbij is, kan de SCIT worden voortgezet.

Anafylaxie

Een acute systemische reactie komt zelden voor. Klachten die passen bij anafylaxie zijn:

- urticaria, roodheid, jeuk, angioedeem
- hoesten, niezen, snotteren
- misselijk, braken, buikpijn, diarree
- heesheid, dyspnoe, piepen
- hypotensie, tachycardie
- bewustzijnsverlies
- soms atypisch: 'ik voel me vreemd'

De meestvoorkomende oorzaken zijn foute dosering of overschrijding van het tijdsinterval. Ook patiënten met slecht gecontroleerd astma lopen meer risico.

De algemene regel is: hoe eerder men ingrijpt bij een acute systemische reactie, des te sneller reageert de patiënt op de medicatie. Daarom moet de huisarts uit voorzorg beschikken over een uitgebreide noodset die onder handbereik klaarstaat en ten minste bestaat uit adrenaline (0,3-0,5 mg intramusculair), clemastine (2 mg intraveneus), een corticosteroïd voor parenterale toediening, een bèta-2-sympathicomimeticum, bijvoorbeeld in de vorm van een dosisaerosol met inhalatiekamer, en een infuus met een fysiologische zoutoplossing [kader 2].

SLIT: PRAKTISCHE UITVOERING

Dosering

De dosering is in principe elke dag één tablet, onder de tong laten smelten. De patiënt moet de eerste tablet in aanwezigheid van de arts innemen en daarna ten minste 30 minuten wachten in het zicht van de assistente.

Bij graspollentabletten zijn de instelfase en de duur af-

Tabel 1 Dosisaanpassing bij zwelling rond de injectieplaats

Diameter	Volgende dosering	
leeftijd 5-18 jaar	volwassenen	
< 5 cm	< 8 cm	dosis kan worden verhoogd
5-7 cm	8-12 cm	dezelfde dosis nogmaals
7-12 cm	12-20 cm	dosisreductie met 1 injectiestap
12-17 cm	> 20 cm	dosisreductie met 2 injectiestappen

Tabel 2 Dosisaanpassing bij overschrijding van het tijdsinterval

Overschrijding	Volgende dosering
2 weken	dosis kan worden verhoogd
3 weken	laatst gegeven dosis
4 weken	50% van laatst gegeven dosis
> 4 weken	begin van voren af aan

Kader 2 Behandeling van anafylaxie

Leg de patiënt neer.

Dien intramusculair 0,3-0,5 ml adrenaline toe (1 mg/ml). Bij kinderen: 0,01 mg/kg lichaamsgewicht. Dit mag na 15 minuten herhaald worden, eventueel via een auto-injector. Zo nodig iedere 5-15 minuten herhalen.

Leg een infuus aan of plaats een waaknaald voor intraveneuze toediening:

- 2 ml = 2 mg clemastine (kinderen 0,025 mg/kg), langzaam inspuiten, eventueel na 15 minuten herhalen (alternatief: intramusculair).
- 8 mg dexamethasonfosfaat (kinderen 0,1 mg/kg lichaamsgewicht) of 50 mg prednisolon-natriumsuccinaat (kinderen 25 mg) of vergelijkbaar alternatief;
- NaCl 0,9%, snelheid afhankelijk van bloeddruk;

Bij bronchospasme: laat patiënt een bèta-2-sympathicomimeticum inhaleren (salbutamol: volwassenen 2 puffjes, kinderen 1 puffje) bij voorkeur via een voorzetkamer of jetvernevelaar.

Als bovengenoemde handelingen onvoldoende effect hebben, laat de patiënt dan vervoeren naar een SEH voor verdere behandeling en observatie.

Vervolgbehandeling: overleg met de specialist over aanpassing van het SCIT-schema of eventueel staken van de behandeling.

hankelijk van het preparaat. Bij één preparaat start de patiënt met de volle dagdosis en gebruikt deze drie jaar achtereenvolgende dagelijks; bij een ander preparaat wordt de onderhoudsdosis bereikt na een korte opdoseerfase van drie dagen en vindt behandeling plaats van vier maanden vóór tot aan het eind van het graspollenseizoen (wat neerkomt op een onderbreking van september tot januari).

Therapietrouw

Aangezien de patiënt de smelttabletten thuis inneemt, is het risico van slechte terapietrouw groot. Uit onderzoek is gebleken dat de compliantie na twee jaar terugloopt tot minder dan 30% als de patiënten niet worden ondersteund.^{12,13} Het is dus zinvol om de vinger aan de pols te houden en regelmatig patiënt te laten terugkomen om de behandeling te evalueren: neemt hij de tabletten nog wel in, zijn er bijwerkingen en hoe tevreden is hij over de behandeling? De fabrikanten beschikken over diverse ondersteuningsprogramma's die de patiënt bij de les houden met schriftelijke informatiepakketten of die hem via email- of sms-berichten herinneren aan de inname.

Bijwerkingen

De meeste bijwerkingen van SLIT met smelttabletten zijn lokale irritaties binnen seconden tot minuten na inname van de tablet: jeuk op de tong, een geïrriteerde keel, soms zwelling van een lip of een deel van de tong en buikpijnklahten. De klachten treden meestal op in de eerste dagen van de kuur en verdwijnen snel. Een patiënt die deze lokale problemen ervaart, zou vooraf een antihistaminicum kunnen innemen, eventueel in combinatie met een gereduceerde dosis. Hiervoor zijn geen vaste richtlijnen.

In zeldzame gevallen leidt inname van de eerste tablet tot anafylaxie, dit risico bestaat met name bij patiënten die eerder een systemische reactie hadden op een subcutane injectie tegen graspollen.¹⁴ Om deze reden moet de patiënt de eerste tablet altijd innemen in aanwezigheid van de arts en moet daarna een wachttijd van 30 minuten in acht genomen worden voordat hij de praktijk mag verlaten. Zie [kader 2] voor de behandeling van anafylaxie.

VERWIJZING EN SAMENWERKING

In principe wordt de indicatie voor een SCIT gesteld door de specialist, in Nederland is dat meestal de allergoloog, de kno-arts en soms de kinderarts of longarts. De NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rhinitis adviseert de instelfase te laten uitvoeren door de specialist, waarna de huisarts – onder voorwaarden – de maandelijkse onderhoudsfase kan overnemen.⁹ Een uitvoerige overdracht en rechtstreekse communicatie met de specialist zijn daarbij noodzakelijk. Bij twijfel over de dosering, bij forsere bijwerkingen en als er vragen zijn over de effectiviteit van de kuur of het moment van stoppen, is overleg nodig met de specialist die de kuur heeft ingesteld.

Bij een SLIT met graspollen kan de huisarts zelf de indicatie stellen en ook de instelfase begeleiden. De NHG-Standaard geeft als indicatie de patiënt met voornamelijk klachten in het zomerseizoen en een bevestigde IgE-bepaling tegen graspollen. Bij twijfel wordt uiteraard overlegd met de specialist. ■

LITERATUUR

- 1 De Groot H, Brand PLP, Fokkens WF, Berger MY. Allergic rhinoconjunctivitis in children. *BMJ* 2007;335:985-8.
- 2 Duijvestijn YCM, Van Leer EHG, De Groot H. Immunotherapie voor inhalatieallergenen op de kindereleeftijd. *Tijdschrift voor Kindergeneeskunde* 2012;80:108-11.
- 3 Bufer A, Eberle P, Franke-Beckmann E, Funck J, Kimmig M, Klimek L, et al. Safety and efficacy in children of an SQ-standardized grass allergen tablet for sublingual immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123:167-73.
- 4 Wahn U, Tabar A, Kuna P, Halken S, Montagut A, De Beaumont O, et al. Efficacy and safety of 5-grass-pollen sublingual immunotherapy tablets in pediatric allergic rhinoconjunctivitis. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123:160-6.
- 5 Calderon MA, Alves B, Jacobson M, Hurwitz B, Sheikh A, Durham S. Allergen injection immunotherapy for seasonal allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;1:CD001936.
- 6 Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. Injection allergen immunotherapy for asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;8:CD001186.
- 7 Radulovic S, Calderon MA, Wilson D, Durham S. Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;12:CD002893.
- 8 Calderon MA, Penagos M, Sheikh A, Canonica GW, Durham S. Sublingual immunotherapy for treating allergic conjunctivitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;7:CD007685.
- 9 Sachs APE, Berger MY, Lucassen PLBJ, Van der Wal J, Van Balen JAM, Verduijn MM. NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rhinitis (Eerste herziening). *Huisarts Wet* 2006;49:254-65.
- 10 Smele I, Barnhoorn MJM, Broekhuizen BDL, Chavannes NH, In 't Veen JCCM, Van der Molen T, et al. NHG-Standaard Astma bij volwassenen (derde herziening). *Huisarts Wet* 2015;58:142-54.
- 11 Bindels PJE, Van de Griendt EJ, Grol MH, Van Hensbergen W, Steenkamer TA, Uijen JHJM, et al. NHG-Standaard Astma bij kinderen (derde herziening). *Huisarts Wet* 2014;57:70-80.
- 12 Kiel MA, Röder E, Gerth van Wijk R, Al MJ, Hop WC, Rutten-van Molken MP. Real-life compliance and persistence among users of subcutaneous and sublingual allergen immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol* 2013;132:353-60.
- 13 De Groot H, Van Haard PMM. Eerste resultaten van sublinguale immunotherapie (allergieimmunotherapie-tablet, AIT) met graspollen bij kinderen in Nederland, de MAGIC-studie. *Ned Tijdschr Allergie & Astma* 2012;12:155-62.
- 14 De Groot H, Bijl AMH. Anaphylactic reaction after the first dose of sublingual immunotherapy with grass pollen tablet. *Allergy* 2009;64:963-4.

Wilt u bijdragen aan H&W?

Iedere maand besteden wij aandacht aan verschillende onderwerpen. Naast wetenschappelijke artikelen publiceren we ook kleinere rubrieken. Daarvoor zoeken wij regelmatig auteurs, bijvoorbeeld voor:

- **Journaal** Luchtige rubriek met kernachtige samenvattingen van recente, elders gepubliceerde artikelen en soms ook van rapporten of verslagen van gebeurtenissen, zoals congressen, voorzien van bondig commentaar.

- **Import** In deze rubriek komt buitenlandse onderzoek aan de orde dat zeer relevant is voor de uitoefening van ons vak. De rubriek biedt een gestructureerde samenvatting van het artikel en een plaatsbepaling van de uitkomsten van het onderzoek voor de Nederlandse huisartsenpraktijk.
- **Spreekuur** Korte en kernachtige bespreking van een klinisch probleem: een diagnose, een belangrijk symptoom of een symptomencomplex. De rubriek heeft een vaste structuur, met houvast voor diagnostiek en beleid in de praktijk.
- **Casuïstiek** Deze rubriek belicht,

aan de hand van een casus, de diagnostiek en behandeling van een relatief zeldzame aandoening.

- **Uw diagnose** Bij een foto die u in de praktijk hebt gemaakt, beschrijft u in één zin de patiënt en zijn klacht. Daarbij geeft u de juiste diagnose en drie alternatieve (niet juiste) diagnoses.

Interesse? Kijk op onze website (<http://www.henw.org/voorauteurs>) of neem contact op met onze redactie (redactie@nhg.org). ■

Just Eekhof

Kinderen met koorts op de HAP

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

PRAKTIJKVRAAG

Tijdens een normale dienst op de huisartsenpost (HAP) ziet een huisarts diverse kinderen met koorts. Waarom zien we eigenlijk zoveel kinderen met koorts tijdens de dienst? Waarom krijgen zoveel kinderen antibiotica? En hoe maken we ongeruste ouders zelfredzamer?

HUIDIG BELEID

NHG-Standaarden voor kinderen met koorts en infecties zijn terughoudend in het aanbevelen van antibiotica. Wel wordt bij ongerustheid van ouders geadviseerd een consult aan te bieden. Ook het Nederlandse Triage Systeem laat ouders van kinderen met koorts laagdrempelig komen. Slechts enkele kinderen zijn ernstig ziek. Toch krijgt één op de drie tot vier kinderen met koorts op de HAP een antibioticakuur.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Kinderen met koorts vormen een aanzienlijk deel van de werkbelasting op de HAP. Dit wordt mede veroorzaakt doordat de temperatuur simpelweg in de vroege avond stijgt, maar ook doordat ouders tegenwoordig vaker beiden werken. Eén op de drie telefonische contacten voor kinderen op de HAP vindt plaats vanwege koorts, wat in 70% van de gevallen resulteert in een consult. Van de 100 kinderen met koorts die we als huisarts zien, is er echter slechts 1 daadwerkelijk heel ziek. Toch ontvangen veel kinderen antibiotica. Volgens huisartsen komt dit mede door de drukte op de post, en de ongerustheid van ouders, die ze niet kennen, en bij wie een vangnetconstructie zoals in de dagsituatie ontbreekt. Huisartsen erkennen dat het herkennen van dat ene ernstig zieke kind lastig is, waardoor ze een defensiever beleid voeren. Het hoge aantal consulten heeft dus mogelijk diagnostische nadelen voor de arts en leidt tot een hoger antibioticagebruik.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Mogelijke oplossingen van huisartsen uit ons vooronderzoek betroffen betere en consistentere voorlichtingsadviezen over koorts bij kinderen, inclusief zelfzorgadviezen vóórdat ze daadwerkelijk ziek worden.¹ Deze adviezen kunnen ook goed door consultatiebureaus en kinderdagverblijven gegeven worden. De behoefte naar betere informatievoorziening sluit aan bij de wensen van ouders. Het blijkt dat ouders die contact opnemen met de HAP voornamelijk geruststelling willen en consistente informatie over de te verwachte duur van de klachten en over wat ze zelf kunnen doen. Deze ouders blij-

ken geen antibiotica te verwachten. Consistente informatievoorziening tijdens het consult kan ouders geruststellen. Ook kan het consult leiden tot een veilig vangnet voor ouders als ze weer naar huis gaan, doordat zelfzorgadviezen gegeven worden en aandacht besteed wordt aan alarmsignalen.² Informatievoorziening over koorts aan ouders helpt. Gebruik van een informatieboekje tijdens consulten voor kinderen met luchtweginfecties in Engelse huisartsenpraktijken leidde tot maar liefst een halvering van het aantal antibioticarecepten.³ Een verklaring van dit grote effect is dat huisartsen consulterende ouders fysiek iets willen bieden. Een boekje is hierbij een potentieel alternatief voor een recept. Daarnaast interpreteren we als huisarts soms de ongerustheid van ouders nog steeds als wens antibiotica voorgeschreven te krijgen. Interactief gebruik van een boekje kan communicatie tussen huisartsen en ouders faciliteren en daarmee de verwachtingen van ouders helder maken. Over dit soort interventies op huisartsposten is niets bekend.

CONCLUSIE

Kinderen met koorts vormen een belangrijk deel van de consulten tijdens de diensten op de HAP. Een hoge werkdruk tijdens een dienst, de ongerustheid van ouders en het feit dat ouders en huisartsen elkaar op de HAP niet kennen, verhogen het aantal antibioticavoorschriften. Informatievoorziening in de vorm van een interactief boekje kan ouders een veilig vangnetadvies geven, communicatie tussen huisartsen en ouders in de spreekkamer faciliteren en mogelijk het aantal antibioticarecepten verminderen.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is het effect van het inzetten van een interactief informatieboekje met een stoplichtsysteem voor ouders door huisartsen bij consulten voor kinderen met koorts op de huisartsenpost op het aantal antibioticavoorschriften en (re)consulten? ■

LITERATUUR

- 1 De Bont EG, Peetoom KK, Moser A, Francis NA, Dinant GJ, Cals JW. Childhood fever: a qualitative study on GPs' experiences during out-of-hours care. *Fam Pract* 2015 April 25.
- 2 Jones CH, Neill S, Lakhanpaul M, Roland D, Singlehurst-Mooney H, Thompson M. Information needs of parents for acute childhood illness: determining 'what, how, where and when' of safety netting using a qualitative exploration with parents and clinicians. *BMJ open* 2014;4:e003874.
- 3 Francis NA, Butler CC, Hood K, Simpson S, Wood F, Nuttall J. Effect of using an interactive booklet about childhood respiratory tract infections in primary care consultations on reconsulting and antibiotic prescribing: a cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2009;339:b2885.

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; School for Public Health and Primary Care (CAPRI), Maastricht; E.G.P.M. de Bont, huisarts in opleiding en aiotho • correspondentie: eefje.debont@maastrichtuniversity.nl

Tinnitus

INLEIDING

Tinnitus ('oorsuizen') definieert men als een auditieve fantoomperceptie van betekenisloze geluiden. Dit houdt in dat een patiënt een geluid hoort (in een of beide oren of in het hoofd) zonder dat daarvoor een akoestische bron aanwezig is. Tinnitus is iets anders dan auditieve hallucinaties, waarbij ook sprake is van fantoomgeluiden (er is namelijk geen akoestische bron voor de geluiden). Deze geluiden zijn echter betekenisvol (stemmen of muziek). Indien een patiënt een geluid hoort dat in het lichaam zelf gegenereerd wordt (door bijvoorbeeld bloedvaten of spieren), kan men dit beter als een somatogeluid, dan als tinnitus benoemen.

Samenvatting

Hoekstra CEL, Venekamp RP, Van Zanten GA. Tinnitus. Huisarts Wet 2015;58(10):548-51.

In dit artikel bespreken we een aantal veelvoorkomende vraagstukken omtrent de diagnostiek en behandeling van tinnitus, met als uitgangspunt de recente promotie van de eerste auteur. We hopen hiermee huisartsen handvatten aan te reiken bij het nemen van de beslissing om een patiënt met tinnitus al dan niet door te verwijzen naar de kno-arts of het audiologisch centrum.

Tinnitus ('oorsuizen') definieert men als een auditieve fantoomperceptie van betekenisloze geluiden. Het is een veelvoorkomende aandoening (prevalentie 7-19%), waarvan de meeste patiënten lichte hinder ervaren. Een klein deel heeft echter forse klachten met een sterke vermindering van de kwaliteit van leven. De oorzaak van tinnitus is meestal gehoorverlies. In de meeste gevallen is er sprake van leeftijdgebonden (presbycusis), lawaaiigebonden of erfelijk gehoorverlies. De onderzoeken die in het proefschrift zijn opgenomen laten onder andere zien dat de ernst van de tinnituslast samenhangt met verschillende tinnituskarakteristieken en gezondheidsgerelateerde factoren, dat het niet zinvol is om bij alle tinnituspatiënten met persisterende (langer dan drie maanden bestaande) klachten een MRI-scan te laten verrichten en dat er geen behandeling bestaat die tot genezing leidt.

Wij adviseren om bij iedere tinnituspatiënt een screeningsaudiogram te verrichten. Op basis hiervan kunnen huisartsen beoordelen of ze de patiënt naar de kno-arts of het audiologisch centrum moeten doorverwijzen. Dat laatste moeten huisartsen overwegen bij patiënten met unilaterale tinnitus en/of ernstige tinnitusklachten nadat ze deze hebben geïnformeerd over de indicatie en effectiviteit van mogelijke behandelopties. We adviseren om de tinnituszorg stapsgewijs op te zetten.

Voor zover bekend dateert de eerste beschrijving van tinnitus over de behandeling van een 'behekst oor' uit de zestiende eeuw voor Christus, uit het antieke Egypte.¹ Sinds die tijd heeft men in vele bronnen beschrijvingen van dit symptoom teruggevonden. Tinnitus komt veel voor en gaat met een potentieel hoge ziektelast gepaard. Epidemiologische onderzoeken beschrijven een prevalentie van 7 tot 19% onder volwassenen.²⁻⁶ Deze spreiding wordt onder andere bepaald door verschillen tussen de onderzochte populaties en de gehanteerde definitie (in het bijzonder in de duur van de tinnitus). Tinnitus die af en toe voorkomt zien we zelfs bij 35% van de populatie.⁴ De prevalentie van tinnitus stijgt met de leeftijd en bereikt een plateau bij 60 tot 80 jaar.^{3,5,7-9} De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk van het NIVEL uit 2004 schatte de incidentie van tinnitus op 1,3 per 1000 patiënten per jaar, over de periode 2000-2002.¹⁰ Daarmee vormt tinnitus een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk.

De pathofysiologie van tinnitus is niet geheel duidelijk. De oorzaak van tinnitus is meestal gehoorverlies. Dit gehoorverlies wordt in 82-92% van de patiënten door audiometrie aangetoond.^{5,11} In de meeste gevallen is er sprake van leeftijdgebonden (presbycusis), lawaaiigebonden of familiair bepaald gehoorverlies. Soms is er echter sprake van zeldzamere problematiek, zoals een brughoektumor (acusticus neurinoom of vestibulair schwannoom). De heersende theorie is dat tinnitus ontstaat door verhoogde hersenactiviteit als gevolg van een functionele reorganisatie van het centraal auditief systeem, als reactie op schade aan het perifere auditieve systeem.

Het merendeel van de patiënten dat zich met tinnitus meldt, ervaart de tinnitus niet als een groot probleem. In 5% van de gevallen leidt tinnitus echter wel tot ergernis of tot vermindering van de kwaliteit van leven en in 1 tot 2% van de gevallen wordt de kwaliteit van leven zelfs ernstig verstoord.⁴⁻⁶ Eenduidige gegevens over de prognose van tinnitus ontbreken. Tinnitus die gepaard gaat met lichte klachten heeft over

De kern

- Tinnitus komt veel voor en kan gepaard gaan met een hoge ziektelast.
- De oorzaak van tinnitus is in het algemeen gehoorverlies. Wij adviseren om bij iedere tinnituspatiënt een screeningsaudiogram te verrichten.
- De mate van tinnituslast hangt met verschillende demografische, gezondheidsgerelateerde en tinnituskennmerken samen.
- Het is niet zinvol om standaard een MRI-scan te laten verrichten bij tinnituspatiënten met persisterende klachten.
- Huisartsen moeten doorverwijzing naar een kno-arts of audiologisch centrum overwegen bij patiënten met unilaterale tinnitus en/of ernstige tinnitusklachten.
- Behandeling van tinnitus dient stapsgewijs te geschieden.

AMC, afdeling Keel-, Neus en Oorheelkunde, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam; dr. C.E.L. Hoekstra, kno-arts, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde & Afdeling Keel-, Neus- en Oorheelkunde, Divisie Heelkunde Specialismen, UMC Utrecht; dr. R.P. Venekamp, huisarts en epidemioloog, UMC Utrecht, afdeling Keel-, Neus- en Oorheelkunde, Divisie Heelkunde Specialismen, Utrecht; dr. G.A. van Zanten, klinisch-fysicus/audioloog • Correspondentie: c.e.hoekstra@amc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze nascholing is gebaseerd op het proefschrift: Hoekstra CEL. A central nervous system approach to tinnitus. Utrecht: Utrecht University, 2013.

het algemeen een gunstig natuurlijk beloop, waarbij de tinnitus na enige weken tot maanden door gewenning niet tot nauwelijks meer opvalt. Bij een deel van de patiënten blijft de tinnitus echter hinderlijk aanwezig en bij een klein deel neemt de tinnituslast zelfs in de loop der tijd toe. Het is onduidelijk wat de oorzaak is van deze verergering. Wel is gebleken dat de ernst van het gehoorverlies niet samenhangt met de tinnituslast. Huisartsen kunnen patiënten dus geruststellen door te vertellen dat de tinnituslast niet zal toenemen als resultaat van een verdere verslechtering van het gehoor.

In dit artikel bespreken we een aantal veelvoorkomende vraagstukken omtrent de diagnostiek en behandeling van tinnitus, naar aanleiding van de recente promotie van de eerste auteur aan de Universiteit Utrecht.¹² We hopen hiermee huisartsen handvatten aan te reiken bij het nemen van de beslissing om een patiënt met tinnitus al dan niet door te verwijzen naar de kno-arts of het audiologisch centrum. De volgende vragen komen aan bod:

- Welke factoren hangen samen met een hogere tinnituslast?
- Is het zinvol om bij alle tinnituspatiënten met persisterende klachten een MRI-scan te laten verrichten?
- Wat zijn de behandelmogelijkheden bij tinnitus?
- Wanneer moet de huisarts een patiënt met tinnitus doorverwijzen?

FACTOREN DIE MET TINNITUSLAST SAMENHANGEN

De literatuur legt een verband tussen diverse factoren, zoals demografische kenmerken (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, opleiding), psychosociale factoren en tinnituskarakteristieken (bijvoorbeeld luidheid, frequentie, locatie waar de patiënt de tinnitus waarneemt), en de mate waarin patiënten hinder van hun tinnitus hebben. Overtuigend bewijs hiervoor ontbrak echter doordat de meeste onderzoeken methodologische tekortkomingen hadden. Bij een door ons uitgevoerd retrospectief onderzoek onder 321 patiënten met chronische tinnitus hebben we 28 variabelen (multivariaat) onderzocht.¹³ Zes variabelen bleken onafhankelijk samen te hangen met de mate van tinnituslast. Op basis van dit onderzoek en andere goed opgezette onderzoeken¹⁴⁻¹⁷ kunnen we concluderen dat er een duidelijke relatie bestaat tussen de ernst van de tinnituslast en 1) het zich meer bewust zijn van tinnitus gedurende de dag, 2) zelfgerapporteerde depressie en/of angst, 3) de variabiliteit van de tinnitus (luidheid en/of frequentie) en 4) de aanwezigheid van bijkomende lichamelijke klachten. Daarnaast is het waarschijnlijk dat het opleidingsniveau (hoe hoger het opleidingsniveau, hoe meer hinder patiënten lijken te ervaren) en de aanwezigheid van slaapproblemen samenhangen met de ernst van de tinnituslast. Mogelijk bestaat er daarnaast een relatie tussen de ernst van de tinnituslast en de tinnitusluidheid, de mate van maskeerbaarheid en de locatie waar de patiënt de tinnitus waarneemt (bilaterale tinnitus en unilaterale linkszijdige tinnitus zouden gepaard gaan met een hogere tinnituslast). Hier is echter op het moment nog onvoldoende bewijs voor.

Het verdient aanbeveling om deze factoren bij een patiënt

met tinnitus uit te vragen. Het onderkennen van deze factoren kan namelijk een belangrijke rol spelen bij het inschatten van de ernst van de problematiek en levert mogelijk aanknopingspunten voor behandeling op. Daarnaast kunnen deze factoren zinvol zijn bij het inschatten van de toekomstige hinder voor een patiënt die op dit moment weinig last van de tinnitus ervaart.

NUT MRI-SCAN BIJ PERSISTERENDE KLACHTEN

Bij een deel van de tinnituspatiënten bestaat de angst dat hun klacht een uiting is van een hersenaandoening. Ook bij artsen kan onzekerheid bestaan over het mogelijk missen van retrocochleaire of cerebrale pathologie. Om te onderzoeken in hoeverre het zinvol is om bij chronische tinnituspatiënten (tinnitus langer dan drie maanden aanwezig) met persisterende klachten een MRI-scan te verrichten, hebben we in de periode 2007-2012 bij alle patiënten van de Zorggroep Tinnitus in het UMC-Utrecht een MRI-scan gemaakt.¹⁸ Het merendeel van deze patiënten was door kno-artsen of audiologen ingestuurd en had dus al een vorm van diagnostiek en/of behandeling ondergaan. Bij zeven gevallen vonden we een afwijking die te maken had met de oorzaak van de tinnitus. Deze diagnoses zouden echter ook gesteld zijn zonder MRI-scan (bijvoorbeeld de diagnose 'tinnitus secundair aan vasculaire cochleaire problematiek' bij een patiënt met status na verschillende CVA's, bij wie op de MRI-scan afwijkingen zichtbaar waren die passen bij de CVA's) of er bestonden reeds andere indicaties voor het verrichten van een MRI-scan (zoals asymmetrisch gehoorverlies). De patiënten bij wie er een afwijking zichtbaar was die met de tinnitus samenhang, hadden significant vaker unilaterale tinnitus.

Gezien deze bevindingen lijkt er geen reden te zijn om een screenende MRI-scan aan te bevelen bij alle tinnituspatiën-

Abstract

Hoekstra CEL, Venekamp RP, Van Zanten GA. Tinnitus. *Huisarts Wet* 2015;58(10):548-51.

In this article, a number of common questions about the diagnosis and treatment of tinnitus are discussed, based on the first author's PhD thesis. It is hoped that this will help general practitioners when deciding whether to refer a patient with tinnitus to an otorhinolaryngologist or an audiological centre.

Tinnitus is defined as an auditory phantom perception of meaningless sounds. It is a common condition (prevalence 7-19%), and while most patients experience only mild symptoms, a small proportion suffers from severe tinnitus symptoms and an impaired quality of life. Tinnitus is generally caused by hearing loss, in particular age-related (presbycusis) or noise-induced hearing loss and familial hearing loss. The studies presented in the PhD thesis show that: 1) the severity of tinnitus is associated with various tinnitus characteristics and health-related factors, 2) a routine MRI is of little or no value in patients with tinnitus with persistent (longer than 3 months) symptoms, and 3) there is currently no therapy available to cure tinnitus.

All patients with tinnitus should undergo screening audiometry, to assess whether they should be referred to an otorhinolaryngologist or an audiological centre. Referral should be considered in patients with unilateral tinnitus and/or serious symptoms. Patients should be told why this is necessary and informed about the effectiveness of various treatment options. A stepwise approach to the care of tinnitus patients is advised.

Figuur Stapsgewijze aanpak van de tinnituszorg

ten met persisterende (langer dan drie maanden bestaande) klachten. Of dit wel zinvol is bij patiënten met unilaterale tinnitus blijft de vraag. Uit ons onderzoek kunnen we verder niet opmaken of de uitslag van de MRI-scan een effect heeft (en hoe sterk dat effect is) op de geruststelling en de verdere zorgconsumptie van de tinnituspatiënt.

BEHANDELMOGELIJKHEDEN

Hoewel er behandelingen zijn die de tinnitus(last) bij sommige patiënten doen verminderen, bestaat er op dit moment geen behandeling die tot genezing leidt. De rol van medicamenteuze behandeling is beperkt. Sinds er in 1978 een onderzoek is verschenen waarin intraveneuze lignocaïne tinnitus deed verminderen,¹⁹ heeft men vele medicijnen onderzocht. Van geen enkel medicijn is de effectiviteit bij patiënten met tinnitus onomstotelijk vastgesteld.²⁰ Een Cochrane-review laat zien dat er onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van antidepressiva.²¹ Voor anticonvulsiva laat een Cochrane-review zien dat deze slechts een klein effect (van dubieuze klinische betekenis) hebben op het verminderen van tinnitus.²²

Patiënten die tevens een significant gehoorverlies hebben, kunnen baat hebben bij een hoortoestel, aangezien het versterken van het omgevingsgeluid de tinnitussensatie en -presentie kan doen verminderen.²³ Daarnaast kunnen maskeertoestellen, die een geluid presenteren aan het oor om de tinnitus te maskeren, behulpzaam zijn bij sommige tinnituspatiënten.²⁴ Counseling, cognitieve gedragstherapie en ‘tinnitus retraining therapy’ kunnen de tinnitus(last) doen verminderen en de kwaliteit van leven verbeteren.²⁵⁻²⁷

DOORVERWIJZING NAAR DE TWEEDE LIJN

Slechts een klein deel van de tinnituspatiënten behoeft doorverwijzing naar de tweede lijn. Zoals we in de inleiding hebben beschreven, ervaren de meeste mensen met tinnitus slechts lichte klachten. Deze patiënten lijken het meest gebaat bij uitleg over de aard, het natuurlijk beloop en de effectiviteit van eventuele behandelopties [figuur].

Wij zijn van mening dat huisartsen bij iedere tinnituspatiënt een screeningsaudiogram moeten (laten) verrichten, in de eigen praktijk, in een diagnostisch centrum in de eerste lijn of via de audiciën. Hiermee kunnen ze de waarschijnlijke oorzaak van het oorsuizen, namelijk het gehoorverlies, vaststellen en beoordelen of ze de patiënt op basis van het gehoorverlies naar de kno-arts of het audiologisch centrum moeten doorverwijzen (zie NHG-Standaard Slechthorendheid).

Huisartsen moeten doorverwijzing naar de kno-arts overwegen wanneer er sprake is van unilaterale tinnitus, zodat ze een eventuele achterliggende oorzaak anders dan ouderdomsslechthorendheid, zoals de ziekte van Ménière of retrocochleaire pathologie, kunnen uitsluiten. Er zijn geen criteria op basis van tinnituskarakteristieken (luidheid, frequentie, enzovoort) die een doorverwijzing rechtvaardigen. Bij patiënten met ernstige tinnitusklachten kan men in overleg met de patiënt een doorverwijzing naar de kno-arts of het audiologisch centrum overwegen. De keuze tussen kno-arts of audiologisch centrum is afhankelijk van de hulpvraag van de patiënt en de (behandelings)mogelijkheden die de kno-artsen en het audiologisch centrum in de regio aanbieden. Wanneer de patiënt vragen over de oorzaak van zijn tinnitus of een wens tot aanvullende diagnostiek heeft, verdient de kno-arts de voorkeur. Begeleiding met een hoortoestel en/of maskeertoestel kan men zowel via kno-arts als audiologisch centrum opstarten. Audiologische centra bieden vaker begeleiding in de vorm van behandeling aan (psychologische begeleiding, ‘tinnitus retraining therapy’ en dergelijke) dan kno-artsen.

BESCHOUWING

Wij adviseren om de begeleiding van tinnituspatiënten stapsgewijs op te zetten [figuur]. De stappen zijn gesimplificeerd weergegeven op een manier waarop ze het meest logisch zijn bij de meeste tinnituspatiënten. Het is echter mogelijk dat men bij de individuele patiënt van deze volgorde afwijkt. Een eventueel bijkomende depressie of angstproblematiek moet men naast deze stapsgewijze aanpak in kaart brengen en waar nodig behandelen. Patiënten die voor nadere diagnostiek doorverwijzing behoeven (bijvoorbeeld vanwege een afwijkend screeningsaudiogram dat nadere diagnostiek rechtvaardigt, unilaterale tinnitus) vallen buiten deze aanbeveling.

Alle patiënten moeten informatie krijgen, toegespitst op hun individuele behoefte, over de oorzaak en pathofysiologie van tinnitus, en de indicatie en effectiviteit van mogelijke behandelopties (bijvoorbeeld gebruik van een hoor- en/of maskeertoestel, cognitieve gedragstherapie, behandeling van onderliggende depressie). Bij deze stap dient ook duidelijk te zijn wat de redenen zijn voor de patiënt om de (huis)arts te bezoeken en waar eventuele wensen voor doorverwijzing op gebaseerd zijn, zodat men deze met de patiënt kan doorspreken. Wanneer een tinnituspatiënt nauwelijks hinder ervaart, moet men (experimentele) behandelingen en/of doorverwijzingen afraden, omdat deze kunnen leiden tot meer aandacht voor de tinnitus, wat vervolgens weer kan leiden tot een toe-

name van de tinnituslast. Als men afziet van behandeling en/of doorverwijzing, moet men de patiënt expliciet de optie van een controlebezoek aanbieden voor het geval nieuwe vragen opkomen of hinder ontstaat (of toeneemt). Het verdient tevens aanbeveling om patiënten in dit stadium te wijzen op goede informatie over tinnitus die ze thuis kunnen nalezen (folders verkrijgbaar via de KNO-vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Slechthorendheid, via de kno-afdelingen van verschillende ziekenhuizen en informatie via <https://www.thuisarts.nl/oorsuizen/ik-heb-last-van-oorsuizen>). In plaats van een individueel vervolgcontact voor nadere informatie, kan men ook overwegen om als tweede stap een groepsinformatiebijeenkomst te organiseren, waarbij patiënten extra informatie kunnen krijgen en vragen kunnen stellen aan de organisatoren en lotgenoten. Groepsinformatiebijeenkomsten kunnen vanuit de eerste lijn worden georganiseerd als hiervoor voldoende expertise aanwezig is. Het lijkt echter waarschijnlijker dat deze in de tweede lijn plaats zullen vinden.

Voor de volgende stappen is over het algemeen een verwijzing naar een kno-arts of audiologisch centrum nodig. Wanneer ook met een hoortoestel- en een maskeertoestelproef (al dan niet in combinatie met een hoortoestel bij patiënten met een significant gehoorverlies) onvoldoende effect is bereikt, kan de patiënt met cognitieve gedragstherapie, of een vergelijkbare vorm van psychotherapie beginnen, al dan niet in combinatie met geluidstherapie. Als laatste stap kan men behandelingen aanbieden die zich nog in een experimenteel stadium bevinden, omdat er onvoldoende bewijs is voor hun effectiviteit (zoals medicamenteuze behandeling). De voor- en nadelen van deze behandelingen en de onduidelijke kans op succes moet men expliciet met de patiënt bespreken.

CONCLUSIE

Tinnitus, een auditieve fantoomperceptie van betekenisloze geluiden, is een veelvoorkomende aandoening met mogelijk hoge ziektelast. Het wordt over het algemeen veroorzaakt door gehoorverlies en er bestaat geen behandeling die tot genezing leidt. De aanpak van tinnitus dient stapsgewijs te geschieden. Doorverwijzing naar een kno-arts of audiologisch centrum is geïndiceerd bij patiënten met een afwijkend screeningsaudiogram, conform de NHG-Standaard Slechthorendheid en moet overwogen worden bij patiënten met unilaterale tinnitus en/of ernstige tinnitusklachten, nadat patiënten geïnformeerd zijn over de mogelijke behandelopties en hun beperkingen. ■

LITERATUUR

- Stephens SD. 1984. The treatment of tinnitus – a historical perspective. *J Laryngol Otol* 1984;98:963-72.
- Axelsson A, Ringdahl A. Tinnitus – a study of its prevalence and characteristics. *Br J Audiol* 1989;33:201-10.
- Chung DY, Gannon RP, Mason K. Factors affecting the prevalence of tinnitus. *Audiology* 1984;23:441-52.
- Coles RR. Epidemiology of tinnitus: (1) prevalence. *J Laryngol Otol Suppl* 1984;9:7-15.
- Davis A, El Rafaie A. Epidemiology of tinnitus. In: Tyler RS, Ed. *Tinnitus Handbook*. San Diego: Singular/Thomson Learning, 2000.
- Nondahl DM, Cruickshanks KJ, Wiley TL, Klein R, Klein BE, Tweed TS. Prevalence and 5-year incidence of tinnitus among older adults: the epidemiology of hearing loss study. *J Am Acad Audiol* 2002;13:323-31.
- Coles RR. Epidemiology of tinnitus: (2) Demographic and clinical features. *J Laryngol Otol Suppl* 1984;9:195-202.
- Heller AJ. Classification and epidemiology of tinnitus. *Otolaryngol Clin North Am* 2003;36:239-48.
- Henry JA, Dennis KC, Schechter MA. General review of tinnitus: prevalence, mechanisms, effects and management. *J Speech Lang Hear Res* 2005;48:1204-35.
- Linden MW, Van der Westert GP, Bakker D, Schellevis FT. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Stouffer JL, Tyler RS. Characterization of tinnitus by tinnitus patients. *J Speech Hear Disord* 1990;55:439-453.
- Hoekstra CEL. A central nervous system approach to tinnitus [proefschrift]. Utrecht: Utrecht University, 2013.
- Hoekstra CEL, Wesdorp FM, Van Zanten GA. Socio-demographic, medical and tinnitus related factors associated with tinnitus burden. *Ear Hear* 2014;35:544-54.
- Andersson G, Lyttkens L, Larsen HC. Distinguishing levels of tinnitus distress. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1999;24:404-10.
- Henry JL, Wilson PH. Coping with tinnitus: two studies of psychological and audiological characteristics of patients with high and low tinnitus-related distress. *Int Tinnitus J* 1995;1:85-92.
- Scott B, Lindberg P, Melin L, Lyttkens L. Predictors of tinnitus discomfort, adaptation and subjective loudness. *Br J Audiol* 1990;24:51-62.
- Wallhäusser-Franke E, Brade J, Balkenhol T, D'Amelio R, Seegmüller A, Delb W. Tinnitus: distinguishing between subjectively perceived loudness and tinnitus-related distress. *PLoS ONE* 2012;7:e34583.
- Hoekstra CEL, Prijs V, Van Zanten GA. Diagnostic yield of a routine MRI scan in tinnitus patients and clinical relevance of the AICA loop. *Otol Neurotol* 2015;36:359-65.
- Melding PS, Goodey RJ, Thorne PR. The use of intravenous lignocaine in the diagnosis and treatment of tinnitus. *J Laryngol Otol* 1978;92:115-21.
- Dobie RA. A review of randomized clinical trials in tinnitus. *Laryngoscope* 1999;36:383-8.
- Baldo P, Doree C, Molin P, McFerran D, Cecco S. Antidepressants for patients with tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD003853.
- Hoekstra CEL, Rynja S, Van Zanten GA, Rovers MM. Anticonvulsants for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;7:CD007960.
- Del Bo L, Ambrosetti U. Hearing aids for the treatment of tinnitus. *Prog Brain Res* 2007;166:341-5.
- Hobson J, Chisholm E, El Refaie A. Sound therapy (masking) in the management of tinnitus in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD006371.
- Andersson G, Lyttkens L. A meta-analytic review of psychological treatments for tinnitus. *Br J Audiol* 1999;33:201-10.
- Cima RF, Maes IH, Joore MA, Scheyen DJ, El Refaie A, Baguley DM, et al. Specialised treatment based on cognitive behaviour therapy versus usual care for tinnitus: a randomised controlled trial. *Lancet* 2012;379:1951-9.
- Martinez Devesa P, Waddell A, Perera R, Theodoulou M. Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;1:CD005233.
- Phillips JS, McFerran D. Tinnitus Retraining Therapy (TRT) for tinnitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;3:CD007330.

'Artrose is geen risicofactor voor hart- en vaatziekten, en andersom ook niet'

Op 1 april promoveerde Theun Hoeven op zijn proefschrift *Vascular pathology and osteoarthritis. Population-based studies*. In een interview vertelt hij over zijn onderzoeksbevindingen. Ook filosofeert hij over de mogelijke oorzaken van artrose en de verbanden met andere aandoeningen.

Aanloop naar het onderzoek

'Al tijdens mijn studie geneeskunde mocht ik een tweejarige masteropleiding *Clinical Epidemiology* doen', vertelt Hoeven naar aanleiding van de vraag naar de aanloop tot het onderzoek. 'Daarmee had ik dus al een mooie basis gelegd: ik wist hoe je een onderzoek moet opzetten en welke analysemethoden je kunt gebruiken. Ik vond het zonde om met die basis geen promotieonderzoek te doen. Tijdens de masterstudie richtte ik mijn

onderzoek op lepra in Bangladesh, want destijds wilde ik onderzoek doen naar infectieziekten en vervolgens tropengeneeskunde gaan doen. Inmiddels was die voorkeur echter veranderd in huisartsgeneeskunde en wilde ik graag aiotho worden. In Rotterdam is het bewegingsapparaat hét onderzoeksonderwerp en het liggende onderzoeksvorstel zat heel goed in elkaar. Dus solliciteerde ik en zo werd ik als aiotho aangesteld.'

Hoeven heeft over zijn promotie slechts vier jaar gedaan, dus dat is behoorlijk snel. 'Dat kwam voor een deel doordat ik die masteropleiding al had gedaan; ik hoefde me dus niet meer te scholen in de epidemiologie.'

Artrose als risicofactor

Het onderzoek van Hoeven richtte zich in essentie op de vraag of hart- en vaatziekten voorafgaan aan artrose – of vice versa – of dat beide aandoeningen naast elkaar bestaan. Hoeven: 'In het *British Medical Journal* was een onderzoek gepubliceerd waarin werd gesteld dat klinische artrose een risicofactor is voor hart- en vaatziekten, zoals je ook bij jicht en reuma een vinkje moet zetten bij de risicofactoren. Maar dat BMJ-onderzoek was niet geheel sluitend, dus wilden wij een cohortonderzoek doen om die stellingname eens helemaal goed uit te zoeken. Het klinische verband is namelijk niet duidelijk; beide aandoeningen komen heel vaak naast elkaar voor, maar waarom is dat eigenlijk zo?'

Plaque in de halsarteriën

Hoeven maakte gebruik van de gegevens uit het ERGO-cohortonderzoek en ging als eerste op zoek naar een verband tussen plaque in de halsarteriën en de aanwezigheid en progressie van artrose in de handen, knieën en heupen. Opmerkelijk genoeg was dit verband alleen bij vrouwen zichtbaar. Hoeven: 'We zagen dat bij vrouwen met plaque in de halsarteriën vaker artrose voorkwam in de knieën en vooral vaker in de handen dan je louter op basis van toeval zou verwachten. Dit verband zagen we echter alleen in de incidentie en

prevalentie; het zei dus niets over de progressie. Lastig was dat we hier nog steeds geen conclusies aan konden verbinden, want er kunnen ook confounders zijn die dit effect veroorzaken. Zo bestond het ERGO-cohort uit Rotterdammers uit de wijk Ommoord; daar bewegen vrouwen over het algemeen minder actief dan mannen. We moesten dit dus nog verder onderzoeken.'

Biomarkers in het plasma

In een volgend onderzoeksdeel richtte Hoeven zich dus op vrouwen uit hetzelfde ERGO-cohort, maar nu van een hogere leeftijd. Hoeven: 'We keken ditmaal naar andere markers dan plaque in de halsarteriën. We wilden zien of biomarkers van vroege atherosclerose vaker voorkwamen in het plasma van vrouwen met knieartrose. Bij mannen was dat niet aangetoond, maar bij deze groep oudere vrouwen met knieartrose vonden we wel degelijk meer van deze biomarkers. Dat duidt erop dat inderdaad atherosclerose en artrose bij vrouwen gelijktijdig voorkomen.'

In een derde onderzoeksdeel herhaalde Hoeven dit onderzoek, maar nu bij 'jongere' vrouwen (gemiddeld 55 jaar, dus veelal net na de menopauze). Hoeven: 'Helaas was bij hen die associatie tussen subklinische atherosclerose en artrose niet zichtbaar. En bij deze groep hebben we gebruik kunnen maken van MRI's die knieartrose in een vroeg stadium zichtbaar maken. We hebben al met al dus niet kunnen aantonen dat hart- en vaatziekten een risicofactor vormen voor artrose.'

Niet overeind kunnen komen...

Tot slot heeft Hoeven gekeken of er misschien andersom wél een oorzakelijk verband kan worden aangetoond. Met andere woorden: is artrose een risicofactor voor hart- en vaatziekten, zoals het onderzoek in het *British Medical Journal* had gesteld? Hoeven: 'Ook dit hebben we niet kunnen vaststellen. Wel zagen we dat als mensen fysieke beperkingen krijgen – of meer concreet: als ze niet meer overeind kunnen komen uit een rechte stoel – dit een risicofactor is voor hart- en vaatziekten. Maar



dat hoeft niet door artrose te komen, dat kan ook worden veroorzaakt door comorbiditeit. In elk geval moet je er dus vooral voor zorgen dat mensen in beweging blijven en niet fysiek beperkt raken.'

Geen rode vlag

Hoeven heeft dus niets gevonden op zijn zoektocht naar oorzaken voor en verbanden met artrose waarmee hij de huisarts een mooie tool in handen kan geven. Heeft hij dat niet frustrerend gevonden? 'Nee, want dat is ook nooit mijn intentie geweest bij dit onderzoek. Toch is het natuurlijk het mooist als je iets vindt waar de huisarts mee uit de voeten kan. Maar ook als je géén oorzaken of verbanden vindt, is dat goed; dat is dan in elk geval duidelijk. Het artikel in het *British Medical Journal*, dat artrose als "rode vlag" aanwees in de risicofactoren voor hart- en vaatziekten, had bijvoorbeeld geen rekening gehouden met confounders. Met ons onderzoek hebben we nu kunnen aantonen dat het plaatsen van die "rode vlag" niet terecht is.'

Wisselwerking met de praktijk

'Niet elk onderzoek levert iets op voor de praktijk', vervolgt Hoeven, 'maar kan dan toch heel waardevol zijn. Andersom levert de praktijk zeer waardevolle kennis op voor de onderzoeker. Als die twee werelden elkaar raken, ontstaat er een heel interessant snijvlak. Zo ook is het voor ons nieuwe huisartsen heel belangrijk dat de ontwikkelde standaarden actueel worden gehouden en eigenlijk zouden we bij het up-to-date houden ervan betrokken moeten zijn. Dat is ook het mooie van het aiotho zijn: als je belangrijk onderzoek doet voor het vak, wil je vaak ook bij dat onderzoek of je onderwerp betrokken blijven.'

Voordelen van het cohort

Hoeven is duidelijk een fervent voorstander van cohortonderzoek, en dus ERGO. Kan hij vertellen waarom? 'Je kunt daarmee vragen klinisch relevant voor de huisarts maken. Met het enorme gegevensbestand uit het ERGO-cohort kun je heel goed vergelijkingen

maken, maar ook naar andere mogelijke uitkomsten kijken. Zo zou je bijvoorbeeld kunnen uitzoeken of er een verband is tussen artrose en dementie.'

'Eigenlijk is het raar dat specialisten veel vaker gebruikmaken van het ERGO-cohort dan huisartsen', meent Hoeven, 'want het is een typische huisartsenpopulatie. Overigens is het wel een erg dure onderzoeksvorm, want je moet elke vier jaar je gegevensverzameling herhalen. Tegenwoordig moet je dan ook tienduizend euro betalen voor elk artikel waarbij je gebruikmaakt van het cohort. Of je moet een bijdrage leveren aan het werk voor ERGO, en vaak zelfs allebei.'

Obesitas en de overgang

In de *General discussion* van zijn proefschrift filosofeert Hoeven over mogelijke oorzaken van artrose waarnaar vervolgonderzoek zou kunnen worden gedaan. Een van die mogelijke oorzaken is obesitas. Bovendien keek hij naar de relatie met de menopauze. Hoeven: 'Na de overgang zien we een toename van het vetweefsel én een verandering in de verdeling van het vet. We weten tegenwoordig dat abdominaal vet geen inerte factor is; het geeft inflammatoire reacties in het lichaam. Dit zou dus een goede verklaring kunnen bieden voor het gegeven dat juist postmenopauzale vrouwen vaak last krijgen van artrose. Dat zou eens goed moeten worden onderzocht want dit is heel interessant!'

De eigen spreekkamer

Over twee maanden zal Hoeven de huisartsopleiding afronden en hij werkt nu dus al volop in de praktijk. Heeft hij iets aan zijn onderzoek in de eigen spreekkamer? 'Ja, ik zie natuurlijk veel patiënten met artrose. En als ik vrouwen zie met handartrose, let ik beter op of er ook knieartrose is, maar vooral ook of er risicofactoren voor hart- en vaatziekten zijn. Ook kan ik gemakkelijk veel goede informatie geven.'

En blijft het onderwerp van zijn onderzoek nog altijd interessant? 'Ja, vooral als het gaat om handen. Enerzijds omdat we bij handartrose aanwijzingen voor verbanden hebben gevonden, maar

vooral ook omdat ik al die handgevoelens zo mooi vind. En mensen werken veel met hun handen, gebruiken ze in hun expressie en communicatie. Dat fascineert me.'

Na de promotie

Hoeven heeft duidelijk nog steeds veel belangstelling voor het wetenschappelijk onderzoek; ziet hij daarin misschien voor zichzelf een toekomst weggelegd? 'Voorlopig is een combinatie nog erg lastig, want als huisarts moet je vlieguren maken en onderzoek doe je er niet zomaar even bij. Maar ik zou zeker nog wel eens onderzoek willen doen, en dan het liefst naar handartrose en hart- en vaatziekten, want mogelijk zit daar toch nog een verband tussen. Ook de relatie met de menopauze en obesitas zou ik graag onderzoeken, maar dan moet ik nog wel even goed nadenken over de methodologie. Interessant vind ik ook waarom er steeds clusters van aandoeningen zichtbaar zijn; waarom gaat bijvoorbeeld COPD vaak samen met hartfalen? En artrose met visusstoornissen? Dat zou ik allemaal wel eens willen bekijken. Maar het allermooist vind ik toch het menselijke contact met mijn patiënten, dus vooralsnog vind ik toch het huisarts zijn het leukst!' ■

Ans Stalenhoef

Koolstofmonoxide intoxicatie

Casus

Tijdens een dienst op de huisartsenpost kregen we een melding van een 60-jarige vrouw die onwel was geworden na het douchen. Het was zwart voor haar ogen geworden en ze had gebraakt. De douchche bevond zich op de begane grond, patiënte lag in de keuken op de grond en was bij kennis maar erg misselijk. Bij binnenkomst ging het alarm van de CO-melder aan de spoedkoffer af. Patiënte lag nog altijd op de grond en was goed aanspreekbaar. Ze had een krachtige polsslag. Door het afgaan van de CO-melder waren wij geattendeerd dat hier CO-vergiftiging in het spel kon zijn. De cv-ketel werd meteen uitgeschakeld en de ramen werden geopend. Bij lichamelijk onderzoek waren bloeddruk/pols en saturatie in orde en we gaven patiënte zuurstof. Nadat we de patiënte zuurstof via een neusbrillette hadden aangeboden, knapte zij goed op. Zij is voor verder onderzoek naar het ziekenhuis verwezen. De HBCO-concentratie bij patiënte bleek 21% (normaal bij een niet-roker < 4%; bij een zware shagroker < 9%). Patiënte werd gedurende 8 uur behandeld met zuurstof.

BESCHOUWING

Bij een normale verbranding van koolstofhoudende stoffen (onder andere hout en aardgas) komt koolstofdioxide (CO₂) vrij. Als er onvoldoende zuurstof aanwezig is, zal de verbranding onvolledig zijn. In dat geval komt koolstofmonoxide (CO) vrij (bijvoorbeeld bij een defecte cv-ketel of bij verbranding in een onvoldoende geventileerde ruimte). CO is een kleurloos, reukloos en smaakloos gas dat niet irriteert. Daardoor is men zich niet bewust van blootstelling aan CO. CO bindt zich aan hemoglobine met een affiniteit die 200x sterker is die van O₂. Het gevolg is dat er minder hemoglobine beschikbaar is voor zuurstoftransport.

In de Verenigde Staten bezoeken jaarlijks 50.000 patiënten de spoedeisende hulp voor de gevolgen van CO-vergiftiging. Volgens cijfers van de brandweer overlijden er in Nederland ieder jaar 11 mensen aan CO-vergiftiging en worden er gemiddeld 150 mensen opgenomen in het ziekenhuis.

CO-intoxicatie kan zowel acuut als chronisch ontstaan. Bij de acute intoxicatie is het slachtoffer gedurende een korte periode blootgesteld aan hogere CO-concentraties. Bij de chronische intoxicatie zijn er gedurende langere tijd (licht)

verhoogde CO-concentraties aanwezig. Vaak eindigt een chronische situatie in een acuut probleem. De symptomen zijn zeer specifiek: hoofdpijn, duizeligheid, misselijkheid en concentratieproblemen. Bij hogere concentraties kan echter snel bewustzijnsverlies en overlijden optreden.

De (ernst van de) symptomen wordt bepaald door de hoogte van de CO-concentratie, de blootstellingsduur en de conditie van de patiënt. Kinderen, ouderen, zwangeren en mensen met hart- of longaandoeningen zijn gevoeliger voor verhoogde CO-concentraties.

Door de specifieke klachten wordt vaak niet direct aan een CO-intoxicatie gedacht.

Het is daarom zeer wenselijk dat hulpdiensten (ambulance, maar ook huisartsenposten) een CO-melder aan de spoedkoffer hebben. Hierdoor kan een gevaarlijk CO-gehalte direct worden vastgesteld, waardoor snel adequate hulp aan de patiënt kan worden verleend. Bovendien zijn de betrokken hulpverleners hierdoor ook beter in staat voor hun eigen veiligheid te zorgen.

Eerste hulp bij een CO-intoxicatie betreft het direct ventileren van de ruimte, het zo mogelijk uitschakelen van de bron en (zeker bij de hogere concentraties) het direct evacueren van het slachtoffer (en andere aanwezigen, inclusief de behandelbaar!). Behandeling van CO-intoxicatie geschiedt verder door toediening van zuurstof of (bij ernstiger intoxicaties) door hyperbare zuurstoftherapie. ■

LITERATUUR

- 1 Hampson NB, Weaver LK. Carbon monoxide poisoning: a new incidence for an old disease. *Undersea Hyperb Med* 2007;34:163-8.
- 2 Thom SR, Keim LW. Carbon monoxide poisoning: a review epidemiology, pathophysiology, clinical findings, and treatment options including hyperbaric oxygen therapy. *J Toxicol Clin Toxicol* 1989;27:141-56.
- 3 Hegger C, Savelkoul TJE, Sangster B. Intoxicatie met koolmonoxide. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:113-6.
- 4 www.brandweer.nl/koolmonoxide.
- 5 www.rivm.nl/koolmonoxide_CO.

Leerpunten

- CO-intoxicatie komt nog regelmatig voor.
- De symptomen van CO-intoxicatie zijn vaak specifiek, wat maakt dat er pas laat of niet aan wordt gedacht.
- Aanwezigheid van een CO-melder op de spoedkoffer is zeer wenselijk.
- Als er sprake is van een CO-intoxicatie moet men de ruimte direct verlaten en de brandweer inschakelen.



KENNISTOETS: VRAGEN

1. Hoekstra et al. beschrijven de aandoening tinnitus. Welke bewering over tinnitus is correct?

- a. Tinnitus is een auditieve fantoomperceptie van betekenisvolle geluiden.
- b. Tinnitus komt bij minder dan 5% van de volwassenen voor.
- c. Tinnitus wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door een vorm van gehoorverlies.
- d. Tinnitus vereist bij iedere patiënt een MRI.

2. De mate van hinder die patiënten van tinnitus ervaren, hangt samen met een aantal factoren, zoals het opleidingsniveau. Hoe is de relatie tussen de mate van hinder en het opleidingsniveau?

- a. Lageropgeleiden ervaren meer hinder van tinnitus dan hogeropgeleiden.
- b. Lager- en hogeropgeleiden ervaren dezelfde mate van hinder van tinnitus.
- c. Hogeropgeleiden ervaren meer hinder van tinnitus dan lageropgeleiden.

3. De aios ziet de heer Van de Sande, 63 jaar, met toenemende tinnitusklachten. Zij heeft 1) een screeningsaudiogram laten maken en 2) uitgelegd dat er geen behandeling is die tot genezing leidt. Welke handeling(en) van de aios was/waren correct?

- a. Alleen het onderzoek (screeningsaudiogram) is correct.
- b. Alleen de uitleg is correct.
- c. Beide handelingen zijn correct.
- d. Geen van beide handelingen is correct.

4. Van Oeffelen rapporteert verschillende incidentiecijfers van het acuut hartinfarct bij verschillende bevolkingsgroepen in Nederland. Bij welke bevolkingsgroep is de incidentie lager dan bij autochtone Nederlanders?

- a. Turkse mannen.
- b. Marokkanen.
- c. Surinamers.
- d. Antillianen.

5. Welke factor is in het artikel van Van Oeffelen geen verklaring gebleken voor onderlinge verschillen in incidentie en prognose tussen verschillende etnische bevolkingsgroepen bij een acuut myocardinfarct?

- a. Traditionele risicofactoren (hypertensie, diabetes en hypercholesterolemie).
- b. Leefstijl (roken en beweging).
- c. Behandeling (uitvoeren van revascularisatieprocedures).
- d. Primaire preventie (innemen van bloeddrukverlagende en cholesterolverlagende medicatie).

6. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement geeft richtlijnen voor de behandeling van hypertensie bij volwassenen. De standaard maakt onderscheid tussen

groepen met specifieke kenmerken. Welk medicament is bij negroïde patiënten eerst aangewezen?

- a. Diureticum.
- b. Bètablokker.
- c. ACE-remmer.
- d. ARB (angiotensine receptorblokker).

7. Om een betere inschatting te geven van de ernst van het ziektebeeld en het te verwachten ziektebeloop bepaalt de nieuwe GOLD-indeling bij COPD de ernst van de ziekte aan de hand van:

- a. de longfunctiemeting;
- b. het aantal recent doorgemaakte exacerbaties;
- c. de ernst van klachten;
- d. alle bovenstaande factoren.

8. De Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) kan de kwaliteit van leven bij COPD-patiënten voorspellen. Wat wordt daarin onder andere in kaart gebracht?

- a. Zuurstofsaturatie.
- b. Vermoeidheid.
- c. Aantal prednisonstootkuren.
- d. Aantal ziekenhuisopnames.

9. Mevrouw Brouwers, 72 jaar, heeft een terminale COPD. Ze is steeds erg benauwd en dat maakt haar angstig. Zij heeft medicatie in maximale doseringen, naast fysiotherapie met ademhalings- en ontspanningsoefeningen. Ze vraagt de huisarts wat haar nog verlichting kan geven. De huisarts bespreekt het verdere beloop van haar ziekte en haar angst om benauwd te worden. Welke medicatie hoort daarbij?

- a. Het voorschrijven van morfine.
- b. Het geven van een benzodiazepine.
- c. Het geven van zuurstof.
- d. Alle bovenstaande medicatie.

10. De huisarts en aios hebben visite gedaan bij mevrouw Van Doorenmolen, 63 jaar, die lijdt aan ernstige COPD, GOLD-IV. De longarts wil een onderhoudsbehandeling met zuurstof thuis starten. De huisarts geeft aan dat zuurstof thuis bij deze patiënten de volgende bewezen effecten heeft: 1) toename van de levensverwachting en 2) vertraging in achteruitgang van de longfunctie. Welke uitspraak/uitspraken van de huisarts is/zijn correct?

- a. Alleen 1 is correct.
- b. Alleen 2 is correct.
- c. Beide uitspraken zijn correct.
- d. Geen van beide uitspraken is correct.

De toetsvragen zijn gebaseerd op artikelen uit dit nummer van Huisarts & Wetenschap. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas, CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 564.

Stoppen met roken: ook zinvol voor ouderen!

INLEIDING

Het is duidelijk dat stoppen met roken leidt tot minder cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit. Gezien de decennialange blootstelling van oudere rokers aan tabaksrook, wordt nog wel eens gedacht dat stoppen met roken op hogere leeftijd niet meer rendabel is. Omdat ouderen in de meeste onderzoeken naar effecten van roken op cardiovasculaire ziektes ondervertegenwoordigd zijn, is er behoefte aan betrouwbare cijfers voor deze groep. Laagdrempelige informatie over de risico's van roken en de voordelen van stoppen, ook op hogere leeftijd, kan waarschijnlijk meer ouderen overhalen alsnog te stoppen. Het aantal jaren waarmee het risico op cardiovasculaire ziekte of sterfte naar de toekomst verschuift, is een goed invoelbare maat om het effect van stoppen met roken uit te drukken.

ONDERZOEK

Design In deze meta-analyse zijn gegevens gebruikt van deelnemers van 60 jaar en ouder uit 25 verschillende cohortonderzoeken naar leeftijdsgebonden determinanten van gezondheid en ziekte bij ouderen, in 23 verschillende landen. Gekeken is naar rookgewoontes en optreden van cardiovasculaire ziekte en sterfte. De gegevens zijn gecorrigeerd voor verschillen in geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, alcoholgebruik, BMI, fysieke activiteit, diabetes mellitus, cholesterol en de systolische bloeddruk. In alle onderzoeken tezamen gaat het om meer dan 500.000 deelnemers van 60 jaar en ouder die tussen de 8 en 13 jaar werden gevolgd.

Resultaten In vergelijking met patiënten die nooit gerookt hebben, lopen rokers een tweemaal groter risico op cardiovasculaire sterfte. Voor patiënten die ooit gestopt zijn is het risico gemiddeld 35% groter. Dit betekent dat cardiovasculaire sterfte 5,5 jaar eerder optreedt bij rokers en ruim 2 jaar eerder bij stoppers, vergeleken bij patiënten die nooit hebben gerookt.

Het effect hangt samen met het moment van stoppen en het aantal gerookte sigaretten. Patiënten die dagelijks 20 sigaretten of meer rookten en niet gestopt zijn, leven gemiddeld 7 jaar korter dan niet-rokers. Bij patiënten die minder dan 5 jaar gestopt zijn, trad de cardiovasculaire sterfte bijna 1 jaar later op, na 5-10 jaar stoppen is het gemiddelde uitstel hiervan 1,3 jaar, na 10 tot 20 jaar stoppen bijna 2 jaar, en meer dan 20 jaar stoppen leverde een uitstel op van gemiddeld 4 jaar.

Soortgelijke verschuivingen golden voor het optreden van cardiovasculaire events als hartinfarcten, revascularisaties en strokes.

Conclusie van de auteurs Ook bij ouderen leidt stoppen met roken tot minder cardiovasculaire ziekten en sterfte. Gezien de hoge incidentie van hart- en vaatziekten onder deze bevolkingsgroep is hier, in absolute zin, veel winst te behalen door stoppen met roken.

INTERPRETATIE

Ook bij 60-plussers leidt stoppen met roken tot een aanzienlijke afname van het aantal hartinfarcten, beroertes en cardiovasculaire sterfte. Mogelijk is het gemeten effect nog hoger als rekening wordt gehouden met vertekening door verschillende vormen van bias, zoals ex-rokers die zich hebben opgegeven als niet-rokers en rokers die abusievelijk zijn ingedeeld bij de stoppers. Omdat de rookstatus alleen op baseline is vastgesteld, zijn rokers die daarna gestopt zijn nog als roker meegeteld. Ook dat leidt tot onderschatting van de relatieve risicoreductie. Maar zelfs bij een geringere relatieve cardiovasculaire risicoreductie zal de absolute reductie groot zijn, vanwege het grote absolute risico op cardiovasculaire ziekte en sterfte op oudere leeftijd.

In dit cohortonderzoek zijn ook patiënten meegenomen die op hun zestigste al 20 jaar gestopt waren. Hoe jonger men stopt, des te beter is het resultaat, maar ook voor 60-plussers is het zeker de moeite waard om de sigaret in de ban te doen.

Deze bevindingen leveren een extra stimulans voor oudere patiënten om alsnog te stoppen met roken. Het uitdrukken van de winst in jaren uitstel van een cardiovasculair event en sterfte lijkt goed invoelbaar. Vergeleken met menige oncologische behandeling is het effect van alleen stoppen met roken spectaculair te noemen. Je bent kortom nooit te oud om te stoppen met roken! ■

LITERATUUR

- 1 Mons U, Müezziner A, Gellert C, Schöttker B, Abnet CC, Bobak M, et al. Impact of smoking and smoking cessation on cardiovascular events and mortality among older adults: meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies of the CHANCES consortium. *BMJ* 2015;350:h1551.

Valpreventie en vitamine D

INLEIDING

Vallen is een bedreiging voor het welzijn van ouderen. Bij 20% van de valincidenten is medische zorg noodzakelijk, bij de helft hiervan is er sprake van een fractuur. Het is overtuigend aangetoond dat thuiswonende ouderen 15 tot 50% minder vallen door regelmatige kracht- en balanstherapie. Van vitamine-D-suppletie is bekend dat het een belangrijke rol speelt bij de botaanmaak en gezondheid in het algemeen. Verlaagde bloedspiegels worden geassocieerd met een verhoogd risico op vallen en botbreuken. Er wordt regelmatig gesuggereerd dat vitamine D van belang is bij het leveren van betere fysieke prestaties en het voorkomen van fysieke achteruitgang. Een Fins onderzoeksteam besloot de mythes rond vitamine-D-suppletie met en zonder valpreventietraining te ontrafelen.

ONDERZOEK

Design Het onderzoek was een open, factorial design, interventieonderzoek, met een looptijd van twee jaar, waarbij een valpreventietrainingprogramma gecombineerd werd met een dubbelblind, placebogecontroleerd vitamine-D-substitutieonderzoek.¹ Thuiswonende vrouwen, in de leeftijd van 70 tot 80 jaar, die in het voorafgaande jaar minstens één keer gevallen waren, die geen vitamine-D-supplementen gebruikten en die minder dan twee uur per week bewogen, werden uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek. De deelnemers werden aselekt verdeeld over vier groepen: 1) vitamine D (800 IE/d) met training, 2) placebo met training, 3) vitamine D (800 IE/d) zonder training en 4) placebo zonder training. De groepstrainingen, begeleid door een fysiotherapeut, werden in het eerste jaar twee keer per week en in het tweede jaar één keer per week gegeven. De trainingen richtten zich op balansoefeningen, krachttraining en uithoudingsvermogen, en werden aangevuld met dagelijkse thuisoefeningen.

De primaire uitkomst bestond uit de maandelijks gerapporteerde valincidenten. Secondaire uitkomsten waren de valincidenten waarbij medische hulp werd gezocht, het aantal valincidenten, de botdichtheid en het fysieke functioneren (spierkracht, evenwicht en mobiliteit).

Resultaten Er werden 409 deelnemers geïncludeerd. Er waren geen relevante baselineverschillen tussen de vier groepen. De twee trainingsgroepen telden respectievelijk 6 en 12 uitvalsters. De twee groepen zonder training telden respectievelijk 14 en 7 uitvalsters, van wie in beide groepen 2 door overlijden.

In de vitamine-D-groepen stegen de bloedspiegels van 25,1 naar 37,0 ng/ml en waren daarmee significant hoger dan in de placebogroepen. Er werd geen relatie gevonden tussen het gebruik van vitamine D en het aantal valincidenten. Echter, het aantal letsels door vallen was, met een gelijke verdeling, lager in beide trainingsgroepen. Er waren geen verschillen in valincidenten tussen de twee groepen zonder training. Vitamine D

zorgde voor behoud van femurbotdichtheid en had een gering positief effect op de tibiale botdichtheid. Training verbeterde de spierkracht en het evenwicht. Vitamine D verbeterde de effecten van trainen op het fysieke functioneren niet.

Conclusie van de auteurs Deze gerandomiseerde trial toont aan dat, hoewel het aantal valincidenten niet afneemt, een trainingsprogramma voor thuiswonende vrouwen tussen 70 en 80 jaar het aantal letsels door valincidenten met meer dan de helft vermindert. Vitamine-D-substitutie heeft geen effect op spierkracht en balans maar heeft wel een positief effect op de femurale en trabeculaire tibiabotdichtheid. Gezien het multifactoriële karakter van valrisico, lijkt trainen van spierkracht en balans gecombineerd met vitamine-D-substitutie de meest effectieve en haalbare strategie ter voorkoming van valletsels bij thuiswonende ouderen.

INTERPRETATIE

Dit onderzoek laat zien dat training van spierkracht en balans bij vrouwen tussen 70 en 80 jaar, die in het voorafgaande jaar zijn gevallen, een indrukwekkende afname geeft van letsel door vallen. Opvallend in dit onderzoek is de intensiteit van de trainingen en de geringe uitval. Het nuanceert het effect van vitamine D op spierkracht en balans. Suppletie van vitamine D alleen is niet voldoende om valletsels te voorkomen, wat aansluit bij de groeiende evidence dat de rol van vitamine-D-suppletie bij fractuurpreventie en fysiek functioneren zwaar wordt overschat. Het onderzoek ondersteunt initiatieven waarbij ouderen die gevallen zijn, bewust worden gemaakt van het belang van maatregelen die erop gericht zijn vallen te voorkomen. De belangrijkste maatregel is niet dat potje met pillen, maar het motiveren van ouderen om training als een vast onderdeel in hun weekprogramma op te nemen. Motiveren kan beginnen op de spoedeisende hulp, bij u in de huisartsenpraktijk, tijdens het huisbezoek van de ouderadenviser of in het wijkcentrum. De huidige maatschappelijke visie die de doelen van de ouderen centraal stelt en preventieve activiteiten 'dicht bij huis' propageert, vormt een ideale basis voor een wijkgerichte, integrale aanpak van valpreventie. ■

LITERATUUR

- 1 Uusi-Rasi K, Patil R, Karinkanta S, Kannus P, Tokola K, Lamberg-Allardt C, et al. Exercise and vitamin D in fall prevention among older women: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2015;175:703-11.



COPD: vergrote kans op exacerbatie bij bètablokker?

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

Vraagstelling Op het spreekuur kwam een 64-jarige man met in de voorgeschiedenis COPD en NYHA-klasse II hartfalen. De cardioloog had bij hem onlangs de bètablokker gestaakt, omdat bètablokkergebruik de kans op een COPD-exacerbatie zou vergroten. De patiënt kreeg echter na het staken van de bètablokker opnieuw last van hartkloppingen en wilde graag weer met een bètablokker starten.

De combinatie COPD en hartfalen komt in de huisartsenpraktijk regelmatig voor. Deze casus vormde de aanleiding voor de vraag of bètablokkers bij patiënten met hartfalen en COPD de kans op een exacerbatie vergroten.

Zoekstructuur In juni 2015 zochten we in de Cochrane Library en op PubMed met de gecombineerde zoektermen ('Adrenergic beta-Antagonists'[Mesh] OR 'Beta-blockers') AND 'Pulmonary Disease, Chronic Obstructive'[Mesh] AND ('exacerbation' OR 'pulmonary event').

Resultaten In de Cochrane Library vonden we geen relevante artikelen. De search op PubMed leverde in totaal 19 hits op. Daarvan bleken er uiteindelijk drie relevant voor de beantwoording van de vraag.

Bespreking Rutten (2010) includeerde in een observationeel cohortonderzoek 2230 eerstelijns-COPD-patiënten ouder dan 45 jaar, van wie 665 een bètablokker en 1565 geen bètablokker gebruikten.¹ Het primaire eindpunt, relevant voor de CAT, was een COPD-exacerbatie. Een Cox proportional hazard regressieanalyse werd gebruikt voor het berekenen van de hazardratio met 95%-betrouwbaarheidsinterval voor het risico op een COPD-exacerbatie gerelateerd aan bètablokkergebruik. Een propensity score werd gebruikt ter correctie van covariaten geassocieerd met bètablokkergebruik. In totaal hadden 1055 patiënten (47,3%) ten minste één COPD-exacerbatie, van wie 42,7% (n = 284) een bètablokker gebruikte en 49,3% (n = 771) geen bètablokker gebruikte. Dit was statistisch significant (p = 0,005). De crude hazardratio was 0,71 (95%-BI 0,63 tot 0,83) voor bètablokkergebruik.

Farland (2013) deed een retrospectief cohortonderzoek met 412 tweedelijns-COPD-patiënten met een gemiddelde leeftijd boven de 60 jaar die werden onderverdeeld in wel (n = 166) of geen (n = 246) bètablokkergebruik.² De primaire uitkomstmaat was het optreden van een COPD-exacerbatie en de ernst daarvan. Het effect werd berekend met een chikwadraattoets. Met een backward stepwise logistische regressieanalyse werden de

belangrijkste confounders in kaart gebracht, waarvoor vervolgens is gecorrigeerd. In de groep van de bètablokkergebruikers waren 45 (27%) exacerbaties en bij de niet-gebruikers 94 (38%) exacerbaties (OR voor bètablokkergebruik 0,61; 95%-BI 0,40 tot 0,93; p = 0,02). In de bètablokkergroep waren er significant minder milde exacerbaties (31 versus 72, p = 0,02; OR voor bètablokkergebruik 0,56 (0,34 tot 0,89)). Ernstiger exacerbaties verschilden niet significant ten opzichte van de niet-gebruikers.

Lee (2014) deed een observationeel cohortonderzoek met 1062 tweedelijnspatiënten ouder dan 65 jaar met zowel hart- en vaatziekten als astma en/of COPD.³ De uitkomstmaat van belang voor onze CAT was een pulmonary event (exacerbatie of complicatie van COPD/astma). Een COPD-exacerbatie en de complicaties werden niet gedefinieerd. De relatie tussen bètablokkergebruik en het optreden van de uitkomstmaten werd gecorrigeerd voor mogelijke confounders met een propensity score-adjusted hazardratio. Bij toeval bleek het aantal bètablokkergebruikers gelijk aan het aantal niet-gebruikers te zijn. In totaal hadden 389 patiënten een pulmonary event met een hazardratio voor bètablokkergebruik van 0,91 (95%-BI, 0,73 tot 1,12).

Conclusie In de beschreven onderzoeken wordt geen vergrote kans gevonden op het krijgen van een COPD-exacerbatie bij bètablokkergebruik. Mogelijk is het risico op een COPD-exacerbatie bij patiënten met hartfalen en een bètablokker lager dan bij patiënten zonder bètablokker, zoals in de eerste lijnspopulatie van Rutten et al. werd gevonden. De methodologische kwaliteit van de onderzoeken is redelijk te noemen. De onderzoekspopulaties zijn qua patiëntkenmerken (leeftijd, comorbiditeit, medicatiegebruik en rookgedrag) vergelijkbaar met de Nederlandse situatie. Circa de helft van de patiënten kwam uit de tweede lijn, waardoor de resultaten voor de huisartsenpraktijk enigszins terughoudend dienen te worden geïnterpreteerd.

Betekenis Op basis van de gevonden onderzoeken neemt de kans op een COPD-exacerbatie bij bètablokkergebruik niet toe. Wij kozen er op basis van deze literatuur voor om bij onze patiënt opnieuw met een bètablokker te starten, zoals inmiddels ook in de NHG-Standaard COPD van 2015 wordt geadviseerd. ■

LITERATUUR

- 1 Rutten FH, Zuithoff NP, Hak E, Grobbee DE, Hoes AW. Beta-blockers may reduce mortality and risk of exacerbations in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2010;170:880-7.
- 2 Farland MZ, Peters CJ, Williams JD, Bielak KM, Heidel RE, Ray SM. β -Blocker use and incidence of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Ann Pharmacother* 2013;47:651-6.
- 3 Lee DS, Markwardt S, McAvay GJ, Gross CP, Goeres LM, Han L, et al. Effect of β -blockers on cardiac and pulmonary events and death in older adults with cardiovascular disease and chronic obstructive pulmonary disease. *Med Care* 2014;52:S45-S51.

Eenvoudige gedragsinterventies bij bedplassen

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

Context Enuresis nocturna (bedplassen) heeft een goede prognose, maar kan nadelige gevolgen hebben voor de sociaal-emotionele ontwikkeling en kan leiden tot een negatief zelfbeeld bij kinderen. In de richtlijnen binnen de eerste lijn hebben voorlichting en eenvoudige gedragsinterventies een belangrijke plaats. Het wetenschappelijk bewijs voor deze interventies is echter zeer beperkt.

Klinische vraag Zijn eenvoudige gedragsinterventies bij enuresis nocturna effectief?

Conclusie auteurs De auteurs vonden 16 onderzoeken (n = 1643) die een eenvoudige gedragsinterventie vergeleken met een andere interventie.¹ Onder eenvoudige gedragsinterventies verstaan de onderzoekers: vochtrestrictie, opnemen, wekken, beloningssystemen en blaasttraining. Eenvoudige gedragsinterventies lijken effectiever dan geen behandeling, maar minder effectief dan wekkertherapie en tricyclische antidepressiva. Toch adviseren de auteurs om de eenvoudige interventies eerst te proberen, omdat ze veilig zijn en beter zijn dan niets doen. Het belangrijkste voordeel van eenvoudige gedragsinterventies is mogelijk het aanmoedigen van een positieve attitude tegenover droge nachten, in plaats van straf voor bedplassen. Ze vragen wel een hoge mate van ouderlijke betrokkenheid. Van deze gedragsinterventies zijn geen bijwerkingen beschreven, maar wel redenen om te stoppen: ze vroegen te veel van kind of familie, leidden tot strijd of veroorzaakten emotionele problemen.

Beperkingen De beschrijving en uitvoering van de diverse gedragsinterventies was niet uniform. Bovendien waren de meeste onderzoeken klein en van lage of onduidelijke kwaliteit. Slechts 10 van de 16 onderzoeken rapporteerden follow-upresultaten na stoppen van de behandeling.

COMMENTAAR

Het advies van de auteurs sluit aan bij het Nederlandse beleid. Binnen de eerste lijn wordt gebruikgemaakt van de NHG-Standaard Enuresis nocturna, de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) Enuresis nocturna en de JGZ-richtlijn Zindelijkheid urine en feces (afgesteld op het NHG en de tweedelijnsrichtlijnen). Deze richtlijnen vertonen overeenkomsten en kleine verschillen.

De eerste stap in de richtlijnen is vooral uitleg en voorlichting, en de nadruk op positieve aandacht. De JGZ-richtlijn benoemt bovendien het belang van een vast toiletschema, opnemen bij voldoende motivatie en een kalender met beloningssysteem. In de NHG-Standaard komen de laatste twee

pas aan bod als alleen voorlichting onvoldoende resultaat heeft. In beide richtlijnen is de volgende stap de plaswekker, later eventueel gecombineerd met medicatie (meestal desmopressine). Tricyclische antidepressiva worden voor zover wij weten voor deze indicatie in Nederland niet veel gebruikt. De NHG-Standaard noemt hier ook de opties blaasttraining (de JGZ-richtlijn niet) en droogbedtraining (in de JGZ-richtlijn stap 3). De JGZ-richtlijn is vergeleken met de NHG-Standaard gedifferentieerder, met een duidelijk beschreven stappenschema. Naast deze stappen benadrukken de richtlijnen voorwaarden voor training als leeftijd en motivatie van ouder en kind.

De JGZ-richtlijn heeft de voorwaarden voor zindelijkheidstraining uitgebreid gedefinieerd in een 'window of opportunity' en een 'window of development'. Dit wil zeggen: aansluiten bij kindfactoren, zoals rijping en interesse, sociaal-emotionele ontwikkelingsleeftijd, en aansluiten bij ouderfactoren, zoals tijd hebben, gemotiveerd zijn en adequaat reageren op signalen van het kind. Zij stelt ook dat het niet zinvol is om vóór 18 maanden te starten met trainen en dat het belangrijk is dat ouders tijdens de adequate ontwikkelingsfase gaan trainen en later starten ongunstig is.

De LESA concludeert dat de diagnostiek en behandeling van enuresis nocturna door de huisarts en jeugdarts groten-deels overeenkomen, waarbij de JGZ over het algemeen intensievere begeleiding kan bieden. De LESA beveelt dan ook aan om op regionaal niveau goede werkafspraken te maken.

Een belangrijke omissie van de review is dat er geen rekening werd gehouden met de zogenaamde 'window of development'.

De conclusie van de auteurs sluit aan bij de huidige werkwijze van de huisarts en het JGZ-team. Mogelijk dat specifieke interventies die zijn ontworpen om aan te sluiten bij de 'window of development' een nog beter resultaat laten zien. ■

LITERATUUR

- 1 Caldwell PHY, Nankivell G, Sureshkumar P. Simple behavioural interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database Syst Rev 2013;7:CD003637.

Oplossingsgerichte therapie

Graag reageren wij op het artikel van Van Staveren over oplossingsgerichte therapie voor huisarts en POH-ggz.¹ Zij beschrijft in haar artikel wat oplossingsgerichte therapie inhoudt en zij poogt de effectiviteit daarvan wetenschappelijk te onderbouwen. Daarbij haalt ze oplossingsgerichte therapie en problem-solving therapy (PST) echter door elkaar. Ze doet alsof het eerste een vertaling van het tweede is, en gebruikt evidence voor PST (referenties 3, 6, 7, 8, 9, 11) alsof het evidence voor oplossingsgerichte therapie betreft. Dit klopt niet, omdat het twee verschillende therapievormen zijn. De verwarring is wel begrijpelijk, want de twee hebben veel raakvlakken. Beide zijn praktisch, gericht op het 'hier en nu', positief en erg geschikt voor gebruik in de eerste lijn. Ook vragen beide om een andere houding van de hulpverlener, namelijk een waardoor de patiënt actief wordt en daarmee zelfredzamer wordt. Het grote verschil bestaat er echter in dat de eerste fase van PST, het definiëren van het probleem, wordt overgeslagen bij oplossingsgerichte therapie. Het ontrafelen van een probleem werkt verhelderend voor een patiënt en leidt

vervolgens veelal gemakkelijk tot het formuleren van een doel. De verschillen komen tot uitdrukking in het handboek *Oplossingsgerichte korte psychotherapie* van Hans Cladder² versus het handboek *Problem-solving treatment for anxiety and depression* van Mynors-Wallis.³

Voor oplossingsgerichte therapie is onvoldoende wetenschappelijk bewijs indien toegepast door huisartsen en/of POH-ggz. Daarom is deze niet opgenomen in de NHG-Standaarden, terwijl de NHG-Standaarden Angst en Depressie PST adviseren.

Kortom: oplossingsgerichte therapie is geen PST. En evidence voor PST geldt niet voor oplossingsgerichte therapie. Wel hebben beide een praktische en zeer positieve insteek, hetgeen goed van pas komt bij patiënten met psychische klachten in de eerste lijn. ■

Lieke Hassink-Franke, huisarts en ggz-kaderhuisarts;
Evelyn van Weel-Baumgarten, huisarts

LITERATUUR

- 1 Van Staveren R. Oplossingsgerichte therapie voor huisarts en POH-ggz. Huisarts Wet 2015;58:382-4.
- 2 Cladder H. Oplossingsgerichte korte psychotherapie. Amsterdam: Pearson Assessment and Information, 2010.
- 3 Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment for anxiety and depression. A practical guide. Oxford: Oxford University Press, 2005.

ANTWOORD

Ik dank collegae Hassink-Franke en Van Weel-Baumgarten voor hun relevante commentaar op mijn artikel. Oplossingsgerichte therapie (OT) en problem-solving therapy (PST) hebben zeer veel raakvlakken en zijn beide erg geschikt voor de eerste lijn, maar het zijn inderdaad twee verschillende behandelvormen. Dit had ik explicieter in het artikel moeten vermelden. Volgens de theorie hoort het definiëren en het ontrafelen van het probleem wel bij PST, maar niet bij OT. In de praktijk is het onderscheid tussen OT en PST vanwege de sterke overeenkomsten minder scherp en zal bij OT vaak wel aandacht aan het probleem worden gegeven.

Huisarts en POH-ggz zullen zich vaak richten op de behoefte van de patiënt om al dan niet eerst het probleem te ontrafelen alvorens over een eventuele oplossing na te denken. Uiteindelijk zijn waarschijnlijk de persoon van de therapeut en de kwaliteit van de werkkrelatie meer bepalend voor het succes dan de gekozen therapievorm.

Remke van Staveren, psychiater



Foto: Shutterstock/Martien van Gaalen

N = 84.496

In een redactioneel commentaar (juli 2015) wordt gesteld dat de resultaten van de CAPiTA trial niet voldoende realistisch zijn gepresenteerd, dat er geen statistische effecten op sterfte zijn en dat de betrokkenheid van Pfizer een genuanceerde weergave van de resultaten in de weg heeft gestaan.¹

Het doel van de trial was echter simpel: bestuderen in hoeverre het nieuwe vaccin het aantal pneumonieën zou verminderen dat wordt veroorzaakt door de 13 typen pneumokokken waartegen het vaccin is gericht bij 'immuuncompetente ouderen'.² Als we zouden weten hoeveel van deze specifieke infecties zouden worden voorkomen, kunnen we vervolgens inschatten of grootschalige invoering bij ouderen ook zinlijk en efficiënt zou zijn, op basis van gegevens over hoe vaak infecties met deze typen pneumokokken en de daarbij voorkomende complicaties voorkomen bij ouderen. Het onderzoek was dus niet opgezet om te bezien of er een overall reductie was in sterfte, andere complicaties van all-cause pneumonieën of andere invasieve infecties en dat wordt ook nergens gesuggereerd in de tekst. Ook is het onderzoek niet geschikt voor extrapolatie naar incidentie van infecties in de totale populatie of het berekenen van het *number needed to vaccinate*. We zouden het op prijs stellen om te vernemen waaraan de redactie het idee ontleent dat betrokkenheid van de producent (en sponsor) een genuanceerde weer-

gave van de resultaten in de weg heeft gestaan. Inmiddels heeft dezelfde onderzoeksgroep overigens de kosten-effectiviteit van een dergelijke vaccinatie ingeschat en gepubliceerd.³ Daarin is niet alleen naar sterfte, maar ook naar ziektelast en bijbehorende kosten gekeken. De conclusies van deze analyse bevestigen vooralsnog niet de suggestie van de redactie dat grootschalige invoering van vaccinatie bij ouderen niet zinvol zou zijn. ■

Theo Verheij, Marieke Bolkenbaas,
Marc Bonten

LITERATUUR

- 1 Van der Wouden H. N = 84.496. Huisarts Wet 2015;58:346.
- 2 Bonten MJ, Huijts SM, Bolkenbaas M, Webber C, Patterson S, Gault S, Van Werkhoven CH, et al. Polysaccharide conjugate vaccine against pneumococcal pneumonia in adults. *N Engl J Med* 2015;372:1114-25.
- 3 Mangen MJ, Rozenbaum MH, Huijts SM, Van Werkhoven CH, Postma DE, Atwood M, et al. Cost-effectiveness of adult pneumococcal conjugate vaccination in the Netherlands. *Eur Respir J* 2015 Jul 9. pii: ERJ-00325-2015. doi: 10.1183/13993003.00325-2015; [Epub ahead of print].

ANTWOORD

Deze reactie van de auteurs op ons redactionele commentaar verrast ons. De keuze om wel de relatieve risicoreductie te presenteren, maar niet het verschil in risico tussen beide groepen is het standaardvoorbeeld van een rooskleurige weergave van effectiviteit. Een halvering van de kans op pneumonie geeft een heel andere indruk dan de uitspraak dat de kans op pneumonie na vaccinatie met 1 procentpunt afneemt, terwijl het om hetzelfde onderzoek

gaat. Zowel voor de individuele patiënt als voor de samenleving als geheel is het risicoverschil, en de daarvan afgeleide *number needed to treat (vaccinate)*, de meest relevante parameter.¹

De briefschrijvers hebben uiteraard gelijk als ze stellen dat het onderzoek niet was opgezet om na te gaan of er effect was op sterfte, maar als in de eerste zin van het artikel wordt gesteld dat *Streptococcus pneumoniae* voor veel sterfte bij ouderen zorgt, sterfte wel degelijk werd meegenomen als exploratieve uitkomstmaat, en vervolgens blijkt dat de sterfte volstrekt niet verschilde tussen de twee groepen, dan zouden we niet weten waarom we hier niets over zouden mogen zeggen.

Behalve de in de eerste alinea genoemde keuze om de nadruk te leggen op de relatieve risicoreductie, kan ook bij de keuze voor de per-protocolanalyse als primaire analyse een vraagteken worden gezet. Algemeen wordt de *intention-to-treat* analyse als superieur beschouwd. We hebben geen onderbouwing kunnen vinden voor de afwijkende keuze.

Deze kritiepunten weerhouden ons er niet van om nogmaals onze bewondering uit te spreken voor dit gigantische en complexe onderzoek. ■

Hans van der Wouden

LITERATUUR

- 1 Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. Inleiding in evidence-based medicine (3e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.



Ondertussen in TPO 5

In het redactioneel vraagt TPO-redactielid en huisarts Matthees van Dijk de onderwerpen in het oktobernummer van het Tijdschrift voor praktijkondersteuning niet te missen: genezing van diabetes type 2, reuma en risico op hart- en vaatziekte, snurken en slaapapneu. Stuk voor stuk belangrijke onderwerpen voor praktijkondersteuners.

GENEZING DIABETES TYPE 2

Wat zijn de consequenties van 'gezezen' diabetes type 2? Huls en anderen gaan hier op in naar aanleiding van vragen van zorggroepen. Hoe ga je hier mee om in het kader van de honorering van ketenzorg? Conclusie is in elk geval dat je beter niet over 'gezezen diabetes' kunt spreken, maar over 'diabetes in remissie'. Verder geven de auteurs richtlijnen over hoe je het best kunt omgaan met patiënten die bijvoorbeeld na bariatrische chirurgie in remissie zijn geraakt. Deze richtlijn is een gemist thema in de laatste NHG-Standaard Diabetes. Wel heeft dit artikel twee jaar geleden in Huisarts & Wetenschap gestaan.

REUMA EN RISICO OP HART- EN VAATZIEKTE

Patiënten met reumatoïde artritis hebben een groter risico op hart- en vaatziekten, net als mensen met diabetes. Volgens Nurmohamed zouden reumapatiënten daarom begeleid moeten worden als CVRM-patiënten, met screening en eventueel behandeling van cardiovasculaire risicofactoren. Dat moet dan wel op een multidisciplinaire manier gebeuren, waarbij er nauw contact is met de reumatoloog.

SNURKEN EN SLAAPAPNEU

Knuistingh Neven gaat in op snurken en het obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS). Slaapapneu kan tot grote problemen leiden, zoals slaperigheid of moeheid overdag en een verhoogde kans op cardiovasculaire aandoeningen. Daarom is het belang-

HEALTH COMMUNICATOR

Wanneer mensen laaggeletterd zijn of een andere taal spreken, kunnen er door miscommunicatie misverstanden ontstaan. Soms leidt dit tot minder goede zorg. Huisarts Hans Nederhof bedacht de Health Communicator om dit probleem op te lossen: een softwareprogramma dat al in een aantal Nederlandse huisartsenpraktijken wordt gebruikt. Voorafgaand aan een consult kunnen patiënten een laagdrempelig vragenformulier in hun eigen taal invullen. Ook kent het programma mogelijkheden om laagdrempelig voorlichting te geven. Het programma is beschikbaar in diverse talen.

EN VERDER

In de serie Zicht op onderzoek besteedt Van der Wouden aandacht aan de onderzoeksopzet. Hoe ga je op zoek naar zo sterk mogelijk actueel bewijs? De discussie over het stoppen-met-rokenmiddel varenicline begon in februari en kent ook in dit nummer een vervolg. Wiersma belicht de plaats van varenicline in de NHG-Standaard Stoppen met roken.

De kennistoets, oftewel de rubriek Weet je dit?, is enigszins aangepast. De e-learningprogramma's van het NHG voor praktijkondersteuners zijn nu het uitgangspunt.

Tot slot kunnen lezers in dit nummer kennismaken met praktijkondersteuner Patty onder de noemer 'Patty's moment'. Het eerste stripverhaal van cartoonist Nikki Hamers. ■



rijk onderscheid te maken tussen onschuldig primair snurken en OSAS. Primair snurken kan behandeld worden met mandibulaire repositieapparatuur (MRA) of met kno-ingrepen. Een effectieve oplossing bij OSAS is de toepassing van *continuous positive airway pressure* (CPAP) of MRA als bruikbaar alternatief.

Heeft uw praktijkondersteuner al een abonnement?

Zie www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl. Een jaarabonnement kost € 85,-.

Heeft u suggesties voor onderwerpen? Mail deze dan naar tpo@nhg.org of bel 030 2823500 en vraag naar Sietsche van Gunst of Susan Umans.

DERMAWIZARD VOEGT WEINIG TOE VOOR PROFESSIONALS

Van Gerwen HJL. Dermawizard [app]. Voor iPhone en Android € 7,99. <http://www.dermawizard.nl/app/landing>.

Doelgroep Dermawizard is een zoekstelsel dat wordt aanbevolen voor mensen met huidproblemen, medische professionals (in opleiding) en paramedici/schoonheidsspecialisten. Doel is te helpen met het zoeken naar betrouwbare informatie, aldus de makers. Het is geen diagnose-instrument en evenmin bedoeld als vervanging van het bezoek aan de huisarts/specialist.

Inhoud Afhankelijk van het type aandoening komt men via het keuzemenu in een opmaak met (Windows 8-)tegels. In drie tot vier stappen kom je tot een lijst met mogelijke relevante huidaandoeningen of ziekten. Het zijn de meest voor de hand liggende diagnoses met de relevantste bovenaan. De zeldzame aandoeningen, en ook de erg voor de hand liggende diagnoses (moedervlekken, wratten en spataderen), zijn niet opgenomen. Voor informatie hieromtrent wordt naar de database met huidziekten A-Z verwezen.



Oordeel Voor leken is dit een te lastige applicatie; er wordt veel gebruikgemaakt van medische terminologie en omschrijvingen. De gebruikte terminologie is voor de professional geen probleem. Dermatologie is een kijkvak. Om te differentiëren wat er aan de hand is, mis ik afbeeldingen; nu maak je een selectie uit een lijst met mogelijke diagnoses. Wanneer je vervolgens doorklikt naar verschillende fotosites (van andere partijen) kom je er pas achter dat het niet de juiste aandoening was. Bij het doorzoeken op diagnose is ook niet direct duidelijk op welke sites de afbeeldingen te vinden zijn.

De app is wel erg overzichtelijk en heeft een rustige user-interface, met de bekende tegelopbouw. Zoeken per lichaamsdeel is erg handig en intuïtief leidt de app je, uiteindelijk op de omschrijvende diagnose, naar een goed aantal links. Uitgaande van de expertise van de makers levert dit een aanbod op van goede, gevalideerde dermatologiesites.

Voor de professional die zelf wel eens dermatologiesites raadpleegt, voegt deze app echter weinig toe. Zelf had ik de meeste sites al in mijn favorieten staan. Voor de diagnosestelling vind ik het ontbreken van beeldmateriaal bij de differentiatie een zeer grote beperking. Nog een reden waarom de app ook niet echt aan te raden is voor mensen met huidproblemen. ■

Guus Jaspar

Waardering: ●●

Uw diagnose

Op het spreekuur komt mevrouw Teunissen, 78 jaar, met een sinds enkele dagen bestaande eigrote, elastische niet-pijnlijke zwelling op de rechteronderarm. Wat is uw diagnose?

- Lipoom
- Ruptuur van de flexor digitorum superficialis
- Liposarcoom weke delen
- Bursitis bicipitoradialis

Wilt u het goede antwoord weten?

Kijk op www.henw.org.



Fotoquiz van de maand oktober



Foto: Marco Heijkoop

Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's (minimaal 300 dpi of 1 Mb), liefst staand, 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.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1 c

Hoekstra CEL, Venekamp RP, Van Zanten GA. Tinnitus. *Huisarts Wet* 2015;58(10):548-51.

2 c

Hoekstra CEL, Venekamp RP, Van Zanten GA. Tinnitus. *Huisarts Wet* 2015;58(10): 548-51.

3 c

Hoekstra CEL, Venekamp RP, Van Zanten GA. Tinnitus. *Huisarts Wet* 2015;58(10): 548-51.

4 b

Van Oeffelen AAM. Etnische verschillen bij een acuut hartinfarct. *Huisarts Wet* 2015;58(10):518-20.

5 c

Van Oeffelen AAM. Etnische verschillen bij een acuut hartinfarct. *Huisarts Wet* 2015;58(10):518-20.

6 a

NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). www.nhg.org.

7 d

Siebeling L, Ter Riet G. Voorspellen van kwaliteit van leven van COPD-patiënten. *Huisarts Wet* 2015;58(10):522-5.

8 b

Siebeling L, Ter Riet G. Voorspellen van kwaliteit van leven van COPD-patiënten. *Huisarts Wet* 2015;58(10):522-5.

9 d

Wanrooij B, Koelewijn M. Verlichting van dyspnoe in de palliatieve fase. *Huisarts Wet* 2005;48:239-45.

De Graeff A, Van Bommel JMP, Van Deijck RHPD, et al, redactie. Palliatieve zorg. Richtlijnen voor de praktijk. Utrecht: Vereniging van Integrale Kankercentra (VIKC), 2010. (www.iknl.nl).

10 a

Bindels PJE, Lammers JWJ. Longziekten. Praktische huisartsgeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.

Van der Meer J, Stehouwer CDA, redactie. Interne geneeskunde. 13e geheel herziene druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Janine Freeke aan de hand van verschillende bronnen. De vragen zijn ter beoordeling voorgelegd aan Huisartsenopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

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

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementenprijzen

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

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

ISSN 0018-7070

mvw
medisch wetenschappelijk
verleend

HOE
KUNSTEN

Wensgeneeskunde

'Als ik twijfel, haal ik het weg en laat ik het nakijken', zeg ik meestal geruststellend tegen mijn patiënt als ik wil aangeven dat er geen reden is voor actie bij een mij getoonde moedervlek. Het onlangs verschenen Signalement van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid noemt het weghalen van onschuldige moedervlekken als een van de voorbeelden van wensgeneeskunde. Daarmee worden behandelingen bedoeld die niet medisch noodzakelijk zijn, zoals cosmetische chirurgie en bètablokkers voor het afleggen van examens, maar ook het invriezen van eicellen van werkneemsters in Silicon Valley.



De vraag is hoe de gezondheidszorg meewerkt aan de maakbaarheid van de samenleving. Als huisarts hebben we het al wel druk genoeg en proberen we doelmatige zorg te verlenen. Ik erger me dan ook aan het zogenoemde *provider induced demand*, waarbij bedrijven of zorgverleners de zorgvraag verhogen door reclame en het oprekken van klachten tot ziektebeelden die behandeling nodig hebben. En ik erger me na de substitutie van de zorg evenzeer aan het starten van hoofdpijn-, plas-, poep- en menopauzepoli's om creatieve invulling te geven aan de vrijvallende ruimte in gelijkblijvende budgetten. Vanuit bedrijfsmatig perspectief is dat alles nog wel te begrijpen, maar we hebben als dokters toch ook nog een andere taak? Namelijk het zo goed mogelijk beter maken van onze patiënten zonder ze met te hoge kosten op te zadelen?

Wensgeneeskunde is een rekbaar begrip, want wat is 'beter' in de ogen van de patiënt? Maar het is ook een vreemde term. Want een huisarts die er is voor de patiënt, goed naar hem luistert en hem vakkundig bijstaat bij het nemen van moeilijke beslissingen... dié levert in mijn ogen wensgeneeskunde!

Rob Dijkstra

Nieuwe NHG-cursus voor toetsgroepen:

nhg

scholing

Tijdig spreken over het levenseinde

Uitgaande van het concept van Advance Care Planning (ACP) behandelt deze cursus de manier waarop u tijdig het levenseinde met uw patiënt bespreekbaar kunt maken. Aan de orde komen onderwerpen als patiëntenselectie, gespreksvoering, monitoring, voorlichtingsmateriaal, rechten en plichten, culturele verschillen en het hanteren van emoties.

Cursusopzet en effectiviteitsmeting

De cursus bestaat uit twee modules en een praktijkopdracht, en is geaccrediteerd voor zes punten.

Er zijn géén kosten aan de cursus verbonden, omdat deze wordt aangeboden vanuit een project dat is gesubsidieerd door het Innovatiefonds Zorgverzekering.

raars en de effectiviteit ervan wordt gemeten. Dit laatste betekent dat u een vragenlijst moet invullen, vragenlijsten moet doorsturen naar geselecteerde nabestaanden en bereid moet zijn tot medewerking aan een telefonisch interview (waarvoor een extra accreditatiepunt wordt toegekend). Ook wordt van de huisartsengroepen verwacht dat zij een geschikte locatie regelen en zelf zorgen voor de eventuele catering.

Meer informatie

Voor meer informatie over de inhoud van de cursus kunt u terecht bij Lucas Koch (l.koch@nhg.org). Meer informatie over de organisatie van de nascholing verstrekt Yvonne Klapdoor (y.klapdoor@nhg.org).

Stoptober is weer gestart!

Na het succes van vorig jaar is de campagne *Stoptober* opnieuw van start gegaan. In heel Nederland helpen rokers elkaar om 28 dagen lang niet te roken. Het NHG ondersteunt de campagne en adviseert zijn leden om dit initiatief aandacht te geven. Voor meer informatie, waaronder een stappenplan voor de huisartsenpraktijk, zie www.rokeninfo.nl/professionals/stoptober.



Nieuw NHG-StiP-College:

Zes standaarden op één avond!

De Standaard-in-Praktijk-(StiP)-cursussen die per avond één standaard behandelen kent u waarschijnlijk wel. Maar wist u dat NHG-Scholing ook StiP-colleges geeft, waarin op één avond aandacht wordt gegeven aan zes standaarden die in het afgelopen jaar zijn verschenen? Op 22 oktober vindt weer zo'n college plaats. U moet zich dus wel snel inschrijven!

De volgende standaarden zullen worden behandeld:

- Lumbosacraal radiculair syndroom
- Incontinentie voor urine

nhg

scholing

- Pijn
- Visusklachten
- Acute keelpijn
- Kinderen met koorts

Ook praktijkondersteuners zijn welkom bij het StiP-college, dat voor drie punten is geaccrediteerd. Meer informatie over de inhoud verstrekt Bas Spelberg (b.spelberg@nhg.org) en voor informatie over de organisatie kunt u terecht bij Yvonne Klapdoor (y.klapdoor@nhg.org).

Wat vinden de betrokken partijen ervan?

Het nieuwe GGZ-stelsel heeft voor de huisartsenzorg heel wat voeten in aarde. Niet alleen moeten huisarts en poh-ggz meer patiënten met psychische problematiek opvangen en behandelen, maar ook is de poortwachtersfunctie van de huisarts omkleed met strikte randvoorwaarden. Om de kwaliteit van de ggz en de samenwerking te bevorderen gaf de overheid opdracht tot het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden. Deze maand verschijnt het eerste product: de *Landelijke GGZ-Samenwerkingsafspraken*. Hieronder leest u wat deze samenwerkingsafspraken inhouden en wat de betrokkenen ervan vinden.

Lokale en regionale samenwerking

De *Landelijke GGZ-Samenwerkingsafspraken* geven aanbevelingen voor verwijzing en terugverwijzing, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg door de huisartsenpraktijk, de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz. Deze afspraken zijn bedoeld als leidraad bij het vormgeven aan de lokale en regionale samenwerking.

De overheid gaf de opdracht tot het ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden aan het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Programmaleider Sebastiaan Baan vertelt: 'We zijn verheugd dat partijen, onder regie van het NHG, in korte tijd in staat zijn gebleken deze heldere samenwerkingsafspraken te maken. Die vormen een belangrijk houvast voor de lokale samenwerking tussen zorgverleners om voor de patiënt de juiste hulp, door de juiste persoon, op het juiste moment en afgestemd op de voorkeuren van de patiënt te verlenen.'

Nieuw traject voor iedereen

Voor de betrokken beroeps- en patiëntenorganisaties was het maken van de samenwerkingsafspraken een geheel nieuw traject. Projectleider Mariëlle van Avendonk, senior wetenschappelijk medewerker van het NHG, meent: 'Het is knap dat we met zo veel partijen dit complexe proces hebben doorlopen. We moesten afstanden tot elkaar overbruggen en elkaars deskundigheden herkennen en erkennen, maar hebben de uitgangspunten voor samenwerking met een mooi resultaat doorlopen! Het is van groot belang voor de patiënt met psychische problemen dat er een gestructureerde en goede samenwerking tussen de hulpverleners bestaat.'

De patiënt centraal

Ook voor de patiënt zijn de consequenties van het nieuwe GGZ-stelsel ingrijpend. De voorwaarden om in aanmerking

te komen voor zorg in de generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz zijn flink aangescherpt. Bovendien is het aantal behandelingen dat wordt vergoed beperkt.

'We hebben geprobeerd om een heldere beslisboom voor de praktijk te ontwikkelen aan de hand van een beperkt aantal vragen voor het gesprek tussen huisarts en patiënt', aldus Paul Ulrich, patiëntenvertegenwoordiger van het Landelijk Platform GGZ. 'Ik denk dat deze werkwijze een goede basis is, waar cliënten daadwerkelijk baat bij hebben.' Voor de digitale verwijzingsbrief is de richtlijn *Informatie-uitwisseling huisarts-ggz* herzien (www.nhg.org/hasp-ggz).

Criteria voor verwijzing

Het beschreven verwijzingsproces is op de patiënt gericht, uitgaande van de criteria die de overheid heeft opgesteld:

- een (vermoeden van een) DSM-stoornis;
- ernst van de problematiek;
- risico en beloop van de klachten.

Leidend zijn bovendien de deskundigheid van de huisarts, de wens van de patiënt en zijn omgeving, behandelingsvoorgeschiedenis, beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg, en de context van de patiënt (zoals motivatie, comorbiditeit en financiële situatie). Gerard van den Berg, psychiater en vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, stelt: 'Voor de zelfstandig gevestigde psychiater als behandelingspecialist is het van belang dat de inbreng van de patiënt en de professionele autonomie van de huisarts in de samenwerkingsafspraken het uitgangspunt zijn. De samenwerkingsafspraken bevorderen de uniformiteit tussen huisartsen en de praktische handvatten uit de richtlijn bevorderen doelmatigheid. Monodisciplinair als het kan, multidisciplinair als het moet.'

Meer informatie

De *Landelijke GGZ-samenwerkingsafspraken* verschijnen deze maand op www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl; hier vindt u ook meer informatie. In december neemt H&W een samenvatting van de afspraken op. Andere producten waaraan het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ aan werkt zijn onder meer een generieke module *Psychische klachten in de huisartsenpraktijk* en de zorgstandaarden *Aanpassingsstoornissen* en *SOLK*. Zie voor meer informatie de hierboven genoemde website. (AtB)

Oproep Algemene Ledenvergadering NHG

Behalve de hierboven beschreven Landelijke GGZ-Samenwerkingsafspraken, ontwikkelt het NHG ook een Standpunt GGZ (zie ook het interview met Joop Doppe in het NHG-nieuws van september). Tijdens de ALV wordt dit Standpunt toegelicht en ter vaststelling voorgelegd aan de leden. Andere agendapunten zijn onder meer de begroting en het jaarplan 2016 en benoemingen voor de Raad van Toezicht en de Verenigingsraad. De definitieve agenda vindt u vanaf half november op www.nhg.org. Als u zich aanmeldt voor de ALV via directie@nhg.org krijgt u de vergaderstukken tijdig toegestuurd. De ALV vindt plaats op **2 december van 19.30 tot 21.00 uur in de Domus Medica te Utrecht**.

NHG-AGENDA 2015 data

- **G-I-N-Conference** 7-10 oktober
- **NHG-Congres 2015 Onder belicht** 13 november
- **Algemene Ledenvergadering** 2 december

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



De nieuwe NHG-Zorgmodules Leefstijl zijn verschenen:

Veel patiënten willen leefstijladvies van hun huisarts

De meeste mensen vinden gezondheid hun 'hoogste goed', maar dat wil niet zeggen dat ze ook gezond leven. Vaak lukt het niet om meer te bewegen, minder te drinken, gezond te eten of te stoppen met roken. In de vorige maand verschenen NHG-Zorgmodules Leefstijl vindt u alles wat u wilt weten over de leefstijladvisering aan uw patiënten en de motivatie tot en begeleiding bij gedragsverandering. Ook de patiënten hebben daar behoefte aan, zo blijkt uit een onderzoek van Patiëntenfederatie NPCF.*

Ter sprake brengen

Huisartsen zijn er niet altijd van overtuigd dat hun patiënten het op prijs stellen als zij zich ongevraagd 'bemoeien' met hun leefstijl. Voor een deel van uw patiënten klopt dat misschien ook wel. Maar van de mensen die graag iets in hun leefstijl willen veranderen geven de volgende percentages aan dat zij graag ondersteuning zouden krijgen van hun huisarts:

- bij meer bewegen 11%;
- bij minder drinken 8%;
- bij stoppen met roken 24%;
- bij gezond eten 12%.

In de meeste gevallen is bij deze mensen de leefstijl niet ter sprake geweest bij de huisarts. En als er wel over is gesproken, was het meestal niet de huisarts die het onderwerp aankaartte. Bijvoorbeeld: van de mensen die zelf vinden dat ze overgewicht hebben (N=4976) bracht 21% dit zelf ter sprake; bij 9% deed de huisarts dit.

Advies van de huisarts helpt!

Aan de mensen bij wie een gesprek over hun leefstijl heeft plaatsgevonden is vervolgens gevraagd of de huisarts hun advies of informatie heeft gegeven. Dat was het geval in 57% (voeding) tot 76% (roken) van de gevallen. Huisartsen verzuchten echter soms dat het geen zin heeft om leefstijlonderwerpen aan te kaarten omdat de patiënt toch niets met de gegeven adviezen doet. Maar de aantallen patiënten die dat wél doen zijn opmerkelijk. Zelfs van de rokers (N=355) gaf 24% aan met de adviezen van de huisarts aan de slag te zijn gegaan; bij adviezen over voeding (N=571) ging maar liefst 55% gezonder eten. Overigens zijn deze percentages exclusief de verwijzingen naar ondersteuning elders; als die worden meegeteld zijn er dus nog meer patiënten aan de slag gegaan met hun leefstijlverandering naar aanleiding van het advies van hun huisarts.

Geen volhoudertjes?

Aan de slag gaan met leefstijlverandering is natuurlijk niet genoeg. De patiënt moet dat ook nog zien vol te houden! De cijfers op een rijtje. Van de mensen die advies kregen van de huisarts over:

- voeding, is het 10% niet gelukt om gezond te blijven eten;
- bewegen, is het 17% niet gelukt om blijvend meer te bewegen;

Wilt u stoppen met ongezonde gewoontes maar vindt u dat lastig?



- roken, is het 41% niet gelukt om blijvend te stoppen of te minderen;
- alcohol, is het 16% niet gelukt blijvend te stoppen of te minderen.

Het zal u niet verbazen dat het vooral rokers veel moeite kost om het stoppen of minderen vol te houden. Maar zelfs bij hen zijn de cijfers best indrukwekkend: 44% is op het moment van de enquête nog steeds bezig met stoppen of minderen en nog eens 5% is doorverwezen voor hulp.

Iedereen gemotiveerd...

Uit het onderzoek van de NPCF blijkt dus dat veel patiënten het op prijs stellen als hun huisarts de leefstijladvisering op zich neemt en dat dit ook nog eens vruchten afwerpt. Overigens noemen de patiënten de praktijkondersteuner het vaakst als hun wordt gevraagd naar andere zorgverleners die leefstijlaspecten ter sprake hebben gebracht.

Maar een van de lastigste aspecten blijft natuurlijk de motivatie tot gedragsverandering, een onderwerp waaraan de Leefstijlmodules veel aandacht schenken.

Voor de patiënt is dan ook een 'Gezondheidskaart' ontwikkeld, die u voor eigen gebruik kunt downloaden via www.mijnzorgveilig.nl. Ook kan de patiënt zes korte filmpjes op Thuisarts.nl bekijken; één over gezond leven in het algemeen en vijf over specifieke leefstijlonderwerpen; zie www.thuisarts.nl/gezonde-leefstijl. (AS)

*NPCF-onderzoek in juni 2015 met behulp van een vragenlijst aan een ledenpanel over ervaringen in het voorafgaande jaar. 9752 mensen reageerden. Bron: Rapport Gezond Leven Patiëntenfederatie NPCF 2015.

Interview met Toosje Valkenburg over het huisartsenmanifest:

'Gewoon goed is goed genoeg'



Toosje Valkenburg praktiseert vier dagen per week in Gezondheidscentrum De Bilt en is medisch directeur van het academisch hospice Demeter. Als een van de initiatiefnemers tot het huisartsenmanifest *Het roer moet om* vertelt ze in een interview wat haar hiertoe heeft gedreven en wat de resultaten zijn tot dusver.

Hoe raakte je betrokken bij Het roer moet om?

'Vorig jaar al wilde een groep huisartsen uit Haarlem en om-

streken de contracten over 2014 niet ondertekenen. De zorgverzekeraars deden toen wel concessies, maar die huisartsen vonden toch dat het in 2015 anders moest. Zo ontstond het idee voor het manifest en ze wilden daar ook mensen uit andere regio's bij betrekken. Via via ging ik naar de maart-bijeenkomst waar de eerste versie van het manifest werd besproken. Dat was trouwens min of meer in één avond klaar; heel bijzonder als je bedenkt dat bij die bijeenkomst alle mogelijke soorten huisartsen vertegenwoordigd waren, van solisten tot huisartsen uit gezondheidscentra en – zeg maar – van InEen tot VPH. Maar vooral werd duidelijk dat ondanks die diversiteit er sprake was van veel gedeeld leed en frustratie.'

Waarover is dat leed en die frustratie dan ontstaan?

'De belangrijkste kern is dat we ons niet serieus genomen voelen als professionals. Er is frustratie omdat de samengang in de samenwerking alleen maar is bemoeilijkt door de regelgeving rond mededinging en marktwerking. Er heerst een verantwoordingscultuur door kwaliteitsindicatoren en het afvinken van lijstjes. En de zorgverzekeraars zijn aangewezen om de kwaliteit van de zorg te beoordelen in plaats van dat wij dat zelf kunnen doen. Er is dus ontevredenheid over de politiek, de zorgverzekeraars en onze beroepsorganisaties, al beseffen we dat we er met z'n allen verantwoordelijk voor zijn dat dit zo is ontstaan.'

Vervolgens nam dat manifest nogal een vlucht...

'Ja, we waren zelf ook wel een beetje overdonderd door het grote en snelle succes... Maar liefst 7800 huisartsen ondertekenden het manifest! Het bleek een vliegwieltje: allerlei partijen wilden met ons praten, maar "ons" bestond natuurlijk helemaal niet echt. Dus keken we steeds wie er tijd had om met de politiek, de zorgverzekeraars en de beroepsorganisaties te overleggen. En al gauw werd duidelijk dat we met alle partijen in debat moesten. De LHV en de VVAA hielpen ons en zo was er op 10 juni het debat in *De Rode Hoed*. Edith Schippers was daar ook aanwezig en dat gaf een impuls aan het debat, want VWS schaarde zich achter de oproep van het manifest om voor 1 oktober met een Zomerakkoord te komen. Bovendien bleek dat alle partijen elkaar gevangen houden in een systeem.'

Wat voor soort systeem bedoel je daarmee?

'Organisaties zijn zó groot geworden dat iedereen het zicht op het primaire proces kwijtraakt en dus denkt dat er meer controle nodig is. We doen allemaal ons kunstje in de veronderstelling dat het zo moet. Maar van lijstjes invullen is nog nooit iemand beter geworden! De politiek heeft de rol van hoeder van het geld en kwaliteitscontrole overgedragen aan de zorgverzekeraars, maar die gaan daar niet echt over. Dat hebben ze zelf ook zo gezegd in *De Rode Hoed*. En ook gaven ze aan dat als wij zelf zeggen hoe het anders moet, zij dat zullen overnemen. Dat was echt een doorbraak in het debat.'

Wat willen jullie concreet veranderen?

'Deze zomer zijn werkgroepen druk aan de slag geweest met de aspecten samenwerking, bureaucratie en kwaliteit. We

willen de huisarts uit de mededingingswet hebben, geen marktwerking en geen bureaucratie. En we willen een sluitend kwaliteitssysteem waarin goed ook goed genoeg is. De neiging is nu dat iedereen iets excellents wil en dat is niet nodig. Kijk je bijvoorbeeld naar de diabeteszorg, dan is er in de afgelopen twintig jaar heel veel verbeterd. Nu die zorg goed is, hoeft je die niet meer in dure zorgprogramma's onder te brengen. Laten we kijken of huisartsen aan de basiseisen voldoen en laat hen een basiscertificering doorlopen; dat is iets anders dan de huidige praktijkaccreditatie. Er is nu niet genoeg ruimte voor verschillen en een huisarts in een vergrijzend plattelandsdorp heeft nu eenmaal iets anders nodig dan een huisarts in een jonge Vinexwijk. Het hart van huisartsen ligt in hun eigen praktijk en ze willen graag een stapje harder lopen voor wat de éígen patiënten willen. Maar de eisen komen daar steeds een beetje verder vanaf te liggen en zo krijg je ook steeds een beetje minder lol in je werk. Je moet dus wel kwaliteitsmodules aanbieden, maar laat het aan de huisarts zelf over om daar een keuze uit te maken. Zo doet die alleen iets als dat zinvol is in zijn eigen praktijk, en niet omdat het moet.'

En hoe gaat het nu verder?

'We zijn heel trots dat het is gelukt alle partijen samen te krijgen en dat iedereen zijn loopgraven heeft verlaten. Deze maand presenteren de werkgroepen hun ideeën en daarna kijken we verder. In elk geval heb ik erg veel positieve energie gekregen van wat we tot dusver hebben bereikt. Laten we hopen dat iedereen bereid is om te blijven meedenken over hoe het roer om kan!' (AS)

Redactie NHG-nieuws

Colofon

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

Contact

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

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