

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Eerstelijnszorg voor chronische kankerpatiënten

BESCHOUWING

Echografie bij schouderpijn: doen of niet?

NHG-STANDAARD

Borstkanker

WETENSCHAP
538
542
546
551

- ONDERZOEK** Eerstelijnszorg voor chronische kankerpatiënten
Carola van Dipten, Tim olde Hartman, Marion Biermans, et al.
- Revalidatie versus gedragstherapie bij chronische vermoeidheid
Desirée Vos-Vromans, Rob Smeets, Albère Köke, et al.
- BESCHOUWING** Minder antibiotica door interventie in FTO
Marcia Vervloet, Marianne Meulepas, Jochen Cals, et al.
- Echografie bij schouderpijn: doen of niet?
Ramon Ottenheijm

556

NHG

NHG-Standaard Borstkanker

KLINISCHE PRAKTIJK
554
555
568
572
574
575
576
577

- HUISARTSENZORG IN CIJFERS** Huisarts in contact mét en over de patiënt
Hennie Boeije, Geeke Waverijn, Monique Heijmans
- (VER)STAND VAN ZAKEN** Behandeling langdurige draaiduizeligheid
Vincent van Vugt
- KLEINE KWAAL** Wratten
Sjoerd Bruggink, Just Eekhof, Marissa Scherptong-Engbers, et al.
- CASUÏSTIEK** Ernstige rhabdomyolyse na CrossFit
Daan Schuur, Jeroen Meintjens
- IMPORT** Effect neuraminidaseremmers bij influenza
Louwrens Boomsma
- Na een ICU-opname: wat doet de huisarts?
Wim Verstappen
- CATS** Vitex agnus castus bij premenstrueel syndroom?
Willeke de Leeuw, Ferry Bastiaans, Otto Maarsingh
- PEARLS** Mobiele telefoon effectief bij stoppen met roken
Eva van Eerd, Daniel Kotz

535 **JOURNAAL**
571 **UW DIAGNOSE**
573 **KENNISTOETS**
578 **SIGNAAL**
579 **INGEZONDEN**
580 **COLOFON HG&W**

41

HET NHG

Ik ken u toch?

Laatst ben ik een visite gaan rijden omdat ik niet meer wist hoe de patiënte eruitzag. Er speelde iets kleins, het werd groter, ik had contact met familie, casemanager, thuiszorg, poh-ouderenzorg en opeens realiseerde ik me: ik zie haar niet voor me. Dat zat me niet lekker. Ik ging bij haar langs, hoewel het probleem dat speelde feitelijk al snel was opgelost, en: ah natuurlijk, ja, dat is haar! Toen ik terugreed, vroeg ik me af of dit nu de toekomst is: problemen oplossen zonder de patiënt goed te kennen, of juist ouderwets met de behoefte om toch even persoonlijk te gaan kijken.

Met 'vroeger' en 'de toekomst' zijn we meer bezig nu het NHG en *Huisarts & Wetenschap* volgend jaar 60 jaar bestaan. Dit jaar stonden we stil bij de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde; volgend jaar zullen we juist meer naar de toekomst kijken. Wat me opviel aan die geschiedenis is dat het vooral het verhaal is hoe we gekomen zijn waar we nu zijn, en hoe we onze richtlijnen, scholing en praktijkmanagement hebben opgebouwd. Allemaal goede ontwikkelingen natuurlijk, en belangrijk te weten dat al die verworvenheden niet vanzelfsprekend zijn. Toch zijn we onderweg ook zaken kwijtgeraakt. Als we naar de toekomst kijken, is het geen slecht idee daar ook bij stil te staan.



Iets nieuws krijgen gaat bewust, iets kwijtraken vaak ongemerkt. Je weet niet anders tot je plots, als er iets belangrijks gebeurt of terwijl je gewoon een stukje cake eet, beseft dat je iets in de tijd verloren bent. Die patiënte alleen in haar flatje was voor mij de *madeleine* die me deed beseffen hoe anders ik dat tien jaar geleden had gedaan. Zonder twijfel minder snel en efficiënt, maar wel persoonlijker. Ik kreeg een soort angstig visioen dat ik over tien jaar de signalen en problemen heen en weer schuif tussen casemanagers, praktijkondersteuners en transmurale teams. Doe ik, of misschien wij allemaal, dat nu al niet te veel?

Als we praten over de toekomst van ons vak, lijkt het me goed onze voorgangers en vooral ook patiënten te bevragen over de zorg van toen en nu. Klopt mijn gevoel dat we ondanks het toegenomen aantal contacten in de praktijk de mensen zelf minder goed kennen? Laten we ongemerkt ook andere dingen liggen? Ik vind dat er veel verbeterd is in onze structuur en daadkracht, maar voor het volgende decennium hebben de persoon van de huisarts en de individuele relatie met de patiënt weer wat extra van onze aandacht nodig. ■

Sjoerd Hobma

Overspannen dokters door het HIS?

Vroeger zei men weleens dat een huisarts liever scheidde van zijn levenspartner dan van zijn HIS. Uit een Amerikaans onderzoek blijkt nu waarom. Een arts in de eerstelijnspraktijk besteedt tweemaal zoveel van de overvloedige werktijd aan zijn HIS als aan zijn patiënten. Daarbovenop kwam gemiddeld nog eens twee uur per dag in de avonduren voor het HIS en administratie (dus geen tijd voor die partner). Dat is de afschrikwekkende conclusie van een goed uitgevoerd onderzoek in de Verenigde Staten.

Medisch studenten, getraind als observator, woonden praktijkdagen bij in eerstelijnspraktijken in de Verenigde Staten van huisartsen, internisten,

cardiologen en orthopeden. De studenten noteerden de tijd die de dokters besteedden aan direct patiëntencontact (gesprek met patiënt en/of familieleden, lichamelijk onderzoek), werken in het HIS, niet-patiëntgebonden praktijkactiviteiten (agendavoering en planningsactiviteiten) en overige (waaronder het opnieuw sorteren van een vastgelopen HIS, het lopen van spreek- naar onderzoekskamer, bespreking en nascholing).

Een arts besteedde 27% van de werktijd aan direct patiëntencontact. Bijna 40% van de tijd die een patiënt in de spreekkamer was, wijdde de dokter aan het HIS (en niet aan de patiënt). Ook zonder aanwezigheid van patiënten registreerden artsen nog flink: in totaal bijna twee uur aan hun HIS en andere bureau-activiteiten tegenover ieder uur dat dat dokters besteedden aan direct patiëntgebonden activiteiten.

In een begeleidend commentaar wordt het verband gelegd tussen de toename aan administratietijd en het aantal artsen dat afhaakt met een burn-out. Het Roer Moet/Gaat Om lijkt nu dus een nog belangrijker signaal te hebben afgegeven dan al was vermoed. Nederland is Amerika niet, zo bleek uit het recente sms-tijdsbestedingsonderzoek van het NIVEL, maar we gaan er wel steeds meer op lijken. Ik hoop dat we hier toch tijdig kunnen ingrijpen in deze waanzin. ■

Henk van Weert

Sinsky C, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in 4 specialties. *Ann Intern Med* 2016;6 September[e-pub]. Doi:10.7326/M16-0961.

Draai niet om duizeligheid heen

Een op de tien ouderen bezoekt de huisarts jaarlijks met duizeligheidsklachten. Vaak kunnen deze patiënten niet van hun klachten worden geholpen. De gedachte dat er weinig aan te doen is, zal bij veel huisartsen al tijdens het consult door het hoofd spelen. Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat de oudere patiënt met duizeligheid nihilistisch denkt over deze klachten, wat het risico op complicaties door bijvoorbeeld vallen kan vergroten.

Stam et al. verrichtten kwalitatief onderzoek onder oudere patiënten met duizeligheidsklachten. De RODEO-studie (Reduction Of Dizziness in older pEOple) had dertien deelnemers van 65 jaar of ouder die hun huisarts hadden bezocht in verband met duizeligheid in de laatste drie maanden en die significant beperkt werden door hun klachten.

Alle ondervraagde patiënten maakten melding van restricties in hun

mobiliteit en beperkingen bij huishoudelijke taken en hobby's. Continue onzekerheid en angst om te vallen werden vaak gemeld. Toch werden de duizeligheidsklachten niet als een groot probleem gezien. De patiënten vergeleken zichzelf met andere ouderen, die in hun ogen ernstigere en meer invaliderende aandoeningen hadden. Dit is mogelijk de reden dat de patiënten de huisarts niet vaak met hun duizeligheid als primaire klacht consulteerden. De huisarts kan denken dat de duizeligheid niet ernstig is, wat in tegenspraak is met de gemelde functionele beperkingen.

Ondanks een hoge tevredenheid over de behandeling dacht een aantal patiënten dat de huisarts niet genoeg kennis had van duizeligheidsklachten. Meerdere patiënten wilden meer aanvullend onderzoek om de precieze oorzaak van de klachten te achterhalen. Het lijkt erop dat van de huisarts een minder nihilistische houding wordt verwacht. Gelet op de hoge mate waarin functionele beperkingen werden ge-



meld en het bijbehorende valrisico, is het aan te bevelen om de behandeling vooral op het verbeteren hiervan te concentreren. ■

Nadine Rasenberg

Stam H, et al. Dizziness in older people: at risk of shared therapeutic nihilism between patient and physician. A qualitative study. *BMC Family Practice* 2016;17:74.

Overdiagnose hartfalen in de eerste lijn

De diagnose acuut hartfalen (HF) wordt voornamelijk gesteld in de eerste lijn. Om een adequate diagnose van HF te kunnen stellen, is echocardiografie nodig. Vooral in de eerste stadia van deze aandoening én bij mensen met obesitas, COPD en bij ouderen is het stellen van de diagnose HF lastig en bestaat er een risico op onder- of overdiagnose wanneer de huisarts alleen op de kliniek moet varen.

Nederlandse onderzoekers wilden de mate van overdiagnostisering van HF in de eerste lijn kwantificeren. Hiervoor evalueerden zij of de diagnose die de huisarts had gesteld, overeenkwam met de diagnose van een expertpanel. Te-

vens bepaalden de onderzoekers welke patiëntkenmerken geassocieerd waren met verwijzing voor echocardiografie.

De onderzoekers voerden hiervoor in 2010 een crosssectioneel onderzoek uit in dertig huisartsenpraktijken in en rondom Amersfoort, waar ongeveer 70.000 patiënten stonden ingeschreven. Van deze patiënten hadden er 683 de ICPC-code K77 (HF). De gemiddelde leeftijd van deze patiënten was 77,9 jaar (standaarddeviatie 11,4), 42,2% was man en 79,6% was tevens onder behandeling van een cardioloog. In totaal waren 77 patiënten (17,8%) opgenomen geweest vanwege acuut HF. Van de 683 patiënten die de diagnose van de huisarts hadden gekregen, kregen er 434 (63,5%) ook deze diagnose van het expertpanel. Het expertpanel stelde bij 118 patiënten (17,3%) dat deze ten onrechte de diagnose HF hadden gekregen. Van een derde

groep was onvoldoende informatie beschikbaar om de diagnose hartfalen met zekerheid te kunnen stellen. Daarom werd deze groep in dit onderzoek gelabeld als 'mogelijk hartfalen'.

Met multivariate analyse lieten de onderzoekers zien dat een jongere leeftijd, een myocardinfarct in de voorgeschiedenis en het voorgeschreven krijgen van ACE-remmers en/of angiotensine receptorblokkers onafhankelijke voorspellers waren van verwijzing door de huisarts voor echocardiografie. ■

Marloes Minnaard

Valk M, et al. Overdiagnosis of heart failure in primary care: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2016;66:e587-92.

Herkennen risico op borstkanker moet beter

Vrouwen met angst voor borstkanker consulteren vaak de huisarts (jaarlijks 25,9 per 1000 vrouwen). De helft van deze vrouwen wordt doorverwezen voor verder onderzoek, waarbij de diagnose borstkanker zelden wordt gediagnosticeerd. Het beter identificeren van vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker zal mogelijk zorgen voor een afname van onnodige angst voor borstkanker.

Nederlandse onderzoekers maakten gebruik van gegevens van 49 huisartsenpraktijken in de regio Utrecht. Ze keken naar vrouwen tussen de 18 en 75 jaar die in de periode 2008-2010 met borstkankergerelateerde bezorgdheid bij de huisarts kwamen. Daarbij werd gebruikgemaakt van ICPC-codes gere-

lateerd aan borstkanker of angst voor borstkanker. Ze onderzochten hoeveel vrouwen die de huisarts consulteerden met borstkankergerelateerde bezorgdheid doorverwezen werden voor vervolgonderzoek en hoe vaak de diagnose borstkanker werd vastgesteld. Daarnaast werd onderzocht of vrouwen met een verhoogd risico door de huisarts werden geïdentificeerd en of deze volgens de richtlijn werden doorverwezen.

In totaal werden 4240 vrouwen gevonden met een of meer contacten vanwege borstkankergerelateerde klachten. De gemiddelde leeftijd was 42,1 jaar (standaarddeviatie 13,7 jaar). Vijfentachtig procent presenteerde zich met symptomatische klachten van de borst en 8% presenteerde zich vanwege angst voor borstkanker. Iets meer dan de helft van alle vrouwen, met en zonder symptomen, werd doorverwezen voor vervolgonderzoek. Bij 2,6% van de doorverwezen vrouwen werd de diag-

nose borstkanker gesteld. Een kwart van de verwijzingen voor jaarlijkse screening of naar een klinisch geneticus was volgens de richtlijn.

De onderzoekers concluderen dat er voor de huisarts ruimte is voor verbetering in het herkennen van vrouwen met een verhoogd risico op borstkanker, omdat bij een groot deel van de vrouwen onvoldoende informatie over een verhoogd risico op borstkanker beschikbaar was en de familieanamnese vaak ontbreekt. Het aantal vrouwen met onterechte zorgen voor borstkanker zou daardoor verminderen. ■

Adinda Mailuhu

Sollie A, et al. Primary care management of women with breast cancer-related concerns - a dynamic cohort study using a network database. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2016;25:1005-14.

Chronisch gebruik van antidepressiva

Meer dan 30% van de gebruikers van antidepressiva gebruikt deze langer dan een jaar en slechts een minderheid stopt de medicatie in de jaren hierna, ook al zijn de klachten verdwenen. Chronisch gebruik van antidepressiva zonder indicatie veroorzaakt onnodige interacties, bijwerkingen en kosten. Bovendien geeft het een gevoel van afhankelijkheid.

Bosman et al. onderzochten met een kwalitatief onderzoek wat de motieven van huisartsen en patiënten zijn om al dan niet te stoppen met het gebruik van antidepressiva. Zij interviewden 38 patiënten met een angststoornis of depressie in remissie die meer dan 6 maanden antidepressiva gebruikten, en 26 huisartsen. Het viel op dat er discrepanties waren tussen percepties van patiënten en huisartsen. Zo gaven huisartsen aan voldoende

kennis te hebben om een depressie of angststoornis te behandelen, terwijl patiënten aangaven dat dit niet altijd zo was. Daarnaast vonden sommige huisartsen dat de patiënt zelf het initiatief kon nemen om te stoppen, terwijl patiënten opmerkten dat zij liever gezamenlijk besloten of zelfs het initiatief van de huisarts moest komen omdat zij er niet toe in staat waren. Patiënten wilden vaak stoppen omdat ze de medicijnen onnatuurlijk en 'chemisch' vonden.

Huisartsen vonden het lastig dat de richtlijnen geen concrete aanbevelingen doen over het maken van afspraken rondom het afbouwen of stoppen van de medicijnen, en ook speelde gebrek aan tijd hun parten.

De auteurs suggereren dan ook mogelijke oplossingen om onnodig chronisch gebruik van antidepressiva te verminderen: delegatie van het monitoren naar de poh-ggz, en het maken van duidelijke afspraken bij de start van antidepressiva over wanneer te stoppen



en wie hiertoe op welk moment het initiatief neemt. ■

Lidewij Broekhuizen

Bosman RC, et al. Long-term antidepressant use: a qualitative study on perspectives of patients and GPs in primary care. Br J Gen Pract 2016;66:e708-19.

Advies aan de huisarts bij palliatieve zorg

Palliatieve zorg is een van de meest complexe taken van de huisarts. Huisartsen vragen hierover het vaakst advies aan mantelzorgers en collega-huisartsen. Het gaat dikwijls om lichamelijke klachten en minder vaak over sociale problemen en levensvragen.

De bevolking vergrijst, het aantal chronisch zieken neemt toe en mensen blijven langer thuis wonen. Dit maakt dat palliatieve zorg een prominente plaats inneemt in de huisartsenpraktijk. Hoek et al. onderzochten palliatieve zorg vanuit het perspectief van de huisarts. Alle 235 huisartsen in de regio Nijmegen ontvingen een vragenlijst met antwoordopties op een vijfpuntschaal. De onderzoekers vroegen hoe de huisarts palliatieve zorg verleent, wie men om advies vraagt en over welk

onderwerp het ging. Huisartsen gaven tevens aan hoe tevreden ze over de consultaties zijn.

Er werden 119 ingevulde vragenlijsten geanalyseerd (respons 50,6%). Uit de resultaten blijkt dat 56% van de huisartsen palliatieve zorg verleent aan minstens zes patiënten per jaar. De meerderheid vraagt advies bij nul tot drie patiënten, doorgaans in de laatste levensmaand. Meestal raadpleegt de huisarts mantelzorgers en collega-huisartsen. Het onderwerp van gesprek is dikwijls een lichamelijke probleem. Sociale problemen en levensvragen worden minder vaak besproken. Over het algemeen zijn huisartsen tevreden over de mogelijkheden tot overleg. Het meest tevreden zijn ze met de adviezen van hun collega's en het palliatief consultatieteam.

De onderwerpen waarover huisartsen weinig advies vragen, worden mogelijk ook minder met de patiënt besproken. Sociale kwesties en levens-

vragen zijn echter wel relevant in de laatste levensfase. De onderzoekers pleiten ervoor om deze thema's voldoende aandacht te geven in de palliatieve zorg. ■

Nicole Verbiest

Hoek PD, et al. Palliative care consultations in primary care: a cross-sectional survey among Dutch general practitioners. BMJ Support Palliat Care 2016;0:1-8.

Ondertussen op henw.org

- Kun je van pioglitazone blaaskanker krijgen?
- Leidt goede ketenzorg tot minder ziekenhuisopnames bij patiënten met hartfalen?
- Helpen bewegingsmeters bij afvallen?
- Het 100e jaartalje van Tjerk Wiersma (Liever dabigatran of rivaroxiban?)

Bijdragen zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).



Eerstelijnszorg voor chronische kankerpatiënten

Samenvatting

Van Dipten C, Olde Hartman TC, Biermans MC, Assendelft WJ. Eerstelijnszorg voor chronische kankerpatiënten. *Huisarts Wet* 2016;59(12):538-41.

ACHTERGROND Zowel de incidentie van als de overleving na kanker neemt toe. In het debat of de huisarts zorg voor patiënten met kanker deels kan overnemen van de tweede lijn, zijn capaciteit en werkbelasting belangrijke discussiepunten.

DOEL Het schatten van benodigde extra consulttijd als huisartsen de nazorg voor kankerpatiënten in de chronische fase op zich nemen.

METHODE Wij deden een retrospectief cohortonderzoek naar patiënten met de diagnose 'kanker' in de database van het Netwerk Academische Huisartsenpraktijken Nijmegen over de periode 2008-2012. We kwantificeerden prevalentie, incidentie, overleving, aantal patiënten per praktijk en registratie van risicofactoren bij patiënten met kanker.

RESULTATEN Huisartsen hebben gemiddeld 32 chronische kankerpatiënten per 1000 patiënten in hun praktijk. De vijf meest prevalentie typen zijn borstkanker (10,74 per 1000 patiënten), colon- en rectumkanker (4,95), prostaatkanker (3,94), melanoom (2,86) en kanker van blaas en urinewegen (2,55). De vijfjaarsoverleving is respectievelijk 91,5%, 63,8%, 78,3%, 91,9% en 77,3%. Bij 57% is de diagnose meer dan vijf jaar geleden gesteld en 35% is al opgenomen in een zorgprogramma voor een andere chronische ziekte. De registratie van risicofactoren voor kanker is niet compleet; huisartsen registreren beter bij patiënten met comorbiditeit. Bij een gemiddelde duur van twintig minuten per controleconsult en een controlefrequentie zoals die in tweedelijnsprotocollen is vastgelegd, zal de geschatte extra consulttijd in de eerste lijn per 1000 ingeschreven patiënten negentien uur per jaar zijn.

CONCLUSIE Indien huisartsen een deel van de chronische kankerzorg overnemen, zou de extra tijdsinvestering geen beperkende factor mogen zijn. De discussie moet gaan over mogelijke psychologische, financiële en professionele barrières.

INLEIDING

Het aantal kankerpatiënten neemt wereldwijd toe. In Nederland verwacht men in het komende decennium een groei van 57% door vergrijzing van de bevolking, betere behandelingen en grotere overlevingskansen. Steeds meer patiënten zullen zich in de chronische fase van kanker bevinden, de fase tussen de primaire therapie en de terminale fase. Dit zal gevolgen hebben voor de capaciteit en werklust in de tweede lijn. Mede daardoor is de vraag ontstaan of een deel van de chronische

kankerzorg kan worden ondergebracht bij de huisarts.¹⁻³

In het huidige systeem zijn huisartsen vooral actief betrokken bij de zorg voor kankerpatiënten vóór de diagnostische fase en in de terminale fase;⁴ de follow-up na de diagnose vindt vrijwel volledig plaats in de tweede lijn. Een periode van nacontrole en nazorg is noodzakelijk om een eventuele terugkeer van de kanker, het herstel en de langetermijneffecten van de kankertherapie te monitoren en voor psychosociale ondersteuning en preventie.^{2,5} Mogelijk kan de huisarts deze zorg voor de patiënt met kanker overnemen van de tweede lijn.

Kankerpatiënten hebben een relatief hoge leeftijd en velen hebben één of meer comorbide aandoeningen.^{6,7} De huisarts ziet velen van hen al periodiek in het kader van een chronisch zorgprogramma en lijkt ook daardoor goed gepositioneerd voor het beheren van de nazorg aan kankerpatiënten. Andere belangrijke argumenten zijn de generalistische blik, de persoonsgerichte benadering, de beschikbaarheid en toegankelijkheid, en het overzicht over de aandoeningen en de behandelaars van de patiënt.⁸

Ons onderzoek had een drievoudig doel: 1) het kwantificeren van prevalentie, incidentie, overleving, aantal chronische kankerpatiënten en de registratie van risicofactoren bij patiënten met alle typen kanker in de huisartsenpraktijk; 2) het kwantificeren van huisartscontacten van kankerpatiënten; 3) het geven van een indicatie van de extra consulttijd voor huisartsen wanneer nacontrole en nazorg verplaatst zouden worden naar de eerste lijn.

METHODE

Populatie

Voor dit retrospectieve onderzoek extraheerden we alle patiëntengegevens uit het Netwerk Academische Huisart-

Wat is bekend?

- Het aantal patiënten met kanker in de chronische fase neemt toe doordat zowel de incidentie van als de overleving na kanker toeneemt.
- Door het groeiende beroep dat chronische kankerpatiënten doen op nazorg in de tweede lijn rijst de vraag of substitutie van geprotocolleerde kankerzorg naar de eerste lijn mogelijk is.
- De huisarts ziet veel chronische kankerpatiënten al periodiek in het kader van zorgprogramma's voor andere chronische ziekten.

Wat is nieuw?

- Huisartsen hebben gemiddeld 32 chronische kankerpatiënten per 1000 patiënten in hun praktijk.
- De extra werklust in het substitutiescenario kan worden berekend op negentien uur per 1000 patiënten per jaar.
- Bij 58% van de chronische kankerpatiënten is de diagnose langer dan vijf jaar geleden gesteld; voor deze groep is het controleschema minder intensief.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns Gezondheidszorg, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; C. van Dipten, huisarts en onderzoeker in opleiding; dr. T.C. olde Hartman, huisarts en onderzoeker; dr. M.C.J. Biermans, epidemioloog; prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. • Correspondentie: Carola.vanDipten@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Van Dipten C, Olde Hartman TC, Biermans MC, Assendelft WJ. Substitution scenario in follow-up of chronic cancer patients in primary care: prevalence, disease duration and estimated extra consultation time. *Fam Pract* 2016;33:4-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

senpraktijken Nijmegen over de periode 1 januari 2008-31 december 2012. Voor het bepalen van incidentie- en prevalentiecijfers excludeerden we overledenen en patiënten die de praktijk om andere redenen hadden verlaten. Kankerdiagnoses zijn geregistreerd conform de International Classification of Primary Care (ICPC-1).⁹ In een steekproef, bestaande uit 25 overleden kankerpatiënten per praktijk, gingen we na hoeveel procent van de patiënten met een kankerdiagnose gestorven was met dan wel door de kanker.

Definitie van comorbide condities

Aan de hand van ICPC-codes zochten we naar comorbide aandoeningen naast de kankerdiagnose. We selecteerden vier clusters: cardiovasculaire ziekten (K74, K74.01, K74.02, K75, K76, K76.01, K76.02, K89, K90.03, K92.01 en K99.01); chronische obstructieve longziekten (R95); diabetes mellitus (T90, T90.01 en T90.02); chronische nierschade (U99.01). We kozen deze categorieën omdat voor deze aandoeningen in de eerste lijn goede geprotocolleerde zorg beschikbaar is en ze, met uitzondering van chronische nierschade, over het algemeen goed geregistreerd worden in de huisartsinformatiesystemen.^{10,11}

Omdat sommige comorbide aandoeningen gezamenlijke risicofactoren hebben met kanker en om late effecten van kankertherapie te kunnen monitoren, extraheerden we ook variabelen zoals roken, BMI, glucose, HbA1c, FEV₁, cholesterol, nierfunctie, creatinine en bloeddruk. We selecteerden de laatst bekende waarde.

Statistische analyse

We berekenden alle prevalenties voor één moment, 31 december 2012, en de incidenties voor het jaar 2012. De gemiddelde ziekteduur berekenden we met kaplan-meierstatistiek, waarbij we de chronische fase definieerden als de periode vanaf zes maanden na diagnose tot drie maanden voor het overlijden.

Het gemiddelde aantal praktijkcontacten per patiënt berekenden we met een lineair regressiemodel dat rekening hield met leeftijd en geslacht. Met de chikwadraattoets vergeleken we de geregistreerde risicofactoren bij patiënten met en patiënten zonder kanker.

Berekening van de extra consulttijd

De extra consulttijd berekenden we door het aantal chronische kankerpatiënten af te zetten tegen de te verwachten consultfrequentie. In de literatuur is beschreven dat een controleconsult in de tweede lijn gemiddeld ongeveer twintig minuten duurt.^{12,13} Rekening houdend met de inhoud van de consulten (fysieke nacontrole, screening op late effecten van therapie, psychosociale hulpverlening, bespreking van preventieve maatregelen) en tweedelijsprotocollen met betrekking tot de controlefrequentie hebben we een beredeneerde schatting gemaakt van de extra tijd die de zorg voor chronische kankerpatiënten in de eerste lijn zou vergen.¹⁴



Foto: photographee.eu

RESULTATEN

Prevalentie en mortaliteit

De database bevatte in totaal 77.285 patiënten van alle leeftijden; eind 2012 was de omvang van de totale populatie na verwerking van verhuizingen, overlijden en nieuwe inschrijvingen 61.193 patiënten. We excludeerden 2554 patiënten omdat ze niet permanent in de praktijken geregistreerd waren. Bij 3252 geïnccludeerde patiënten was de diagnose 'kanker' gesteld; bij 3020 was dat één diagnose, bij 232 waren twee of meer typen kanker gediagnosticeerd.

Van de in totaal 1740 patiënten die in de periode 2008-2012 overleden, hadden er 745 kanker. In onze steekproef, die in totaal 296 overleden kankerpatiënten omvatte, was 81,4% overleden aan deze ziekte.

Het type kanker met de hoogste prevalentie was borstkanker (10,7 per 1000 patiënten; 95%-BI 9,9 tot 11,6); dit type had ook de hoogste incidentie (0,8 per 1000 patiënten per jaar; 95%-BI 0,6 tot 1,1). De andere vier typen kanker in de 'prevalentie-top vijf' voor beide geslachten waren colon- en rectumkanker, prostaatkanker, melanoom en kanker van blaas en urinewegen (zie [tabel 1] op www.henw.org). De vijf typen samen hadden een aandeel van 63,2% (95%-BI 60,1 tot 66,5) in de totale kankerprevalentie. De vijfjaarsoverleving van deze vijf typen was 91,5% (borstkanker), 91,9% (melanoom), 78,3% (prostaatkanker) en 77,3% (kanker van blaas en urinewegen) en 63,8% (colon- en rectumkanker) (zie [figuur] op www.henw.org).

Comorbiditeit

Comorbiditeit kwam voor bij 34,8% (95%-BI 32,5 tot 37,3%) van de kankerpatiënten. De meest voorkomende comorbide condities waren cardiovasculaire ziekten (18,3%), diabetes (13,9%), chronische nierschade (9,2%) en COPD (6,5%); 30,7% had meer dan één comorbide aandoening. De registratie van risicofactoren bij kankerpatiënten was minimaal (zie [tabel 2] op www.henw.org), maar een stuk beter als de patiënt een comorbide aandoening had.

Kankerpatiënten hadden significant vaker contact met hun huisarts (spreekuurconsulten, telefonische consulten en thuisvisites) dan niet-kankerpatiënten (zie [tabel 3] op www.henw.org).

Tabel 4 Aantal chronische kankerpatiënten per 1000 patiënten en verdeling van ziekte duur per jaar

Jaar	n	95%-BI	< 1 jaar	1-2 jaar	2-5 jaar	> 5 jaar
2008	32,5	31,0-34,1	8,1%	9,3%	24,8%	57,8%
2009	31,6	30,2-33,0	5,5%	12,5%	23,8%	58,2%
2010	31,2	29,9-32,6	6,8%	11,1%	24,8%	57,3%
2011	32,2	30,9-33,6	4,7%	11,4%	25,6%	58,3%

Extra consulttijd

De prevalentie van patiënten met kanker in de chronische fase in de praktijkpopulatie was 32 per 1000 patiënten (zie [tabel 4]). Bij meer dan de helft van hen (58%) was de diagnose langer dan vijf jaar geleden gesteld. Tot twee jaar na de diagnose zijn per patiënt per jaar vier consulten à twintig minuten nodig (17% van de chronische kankerpatiënten), twee tot vijf jaar na de diagnose zijn per patiënt per jaar twee consulten à twintig minuten nodig (25% van de chronische kankerpatiënten), als er meer dan vijf jaar verstreken zijn na de diagnose is per patiënt per jaar één consult à twintig minuten nodig (58% van de chronische kankerpatiënten). Op basis van deze berekeningen zou substitutie van de nazorg aan deze patiënten een extra consulttijd genereren van negentien uur per 1000 patiënten per jaar.

BESCHOUWING

Uit ons onderzoek blijkt dat van iedere 1000 ingeschreven patiënten in de huisartsenpraktijk er 32 zich in de chronische fase van kanker bevinden. Op basis van onze berekeningen zou substitutie van de nazorg aan deze patiënten een extra consulttijd genereren van negentien uur per 1000 patiënten per jaar. Een derde van de patiënten om wie het gaat, wordt reeds gezien in het kader van een zorgprogramma voor een andere chronische aandoening.

Sterkte en zwakke punten

Alle deelnemende huisartsenpraktijken zijn verbonden met het Radboudumc en hebben een kwalitatief hoogwaardige registratie.¹⁵ Dat de database een goede afspiegeling vormt van de Nederlandse bevolking wordt bevestigd doordat de prevalentie- en incidentiecijfers van de meest prevalentie kankersoorten overeenkomen met die uit eerder onderzoek.^{1,16,17}

Ons onderzoek heeft ook enkele beperkingen. We zijn bij het bepalen van de chronische fase uitgegaan van de diagnosedatum omdat de datum waarop de primaire kankertherapie was voltooid niet in de registratie voorkwam. De datum van overlijden is wel accuraat geregistreerd, waardoor we het begin van de terminale fase goed konden bepalen.

Omdat we de werkelijke extra consulttijd niet konden bepalen, hebben we een schatting gemaakt op basis van de oncologische richtlijnen.

Kankerpatiënten hebben meer comorbiditeit dan niet-kankerpatiënten. Omdat wij geen gegevens hadden over de reden van het consult konden we niet onderzoeken in hoeverre comorbide aandoeningen van invloed waren op het aantal consulten. Daarom kunnen we niet met zekerheid zeggen dat

kankerpatiënten meer zorg consumeren vanwege de kanker alleen.

Gevolgen voor de praktijk

Patiënten die al in een chronisch zorgprogramma zitten of meer dan vijf jaar geleden gediagnosticeerd zijn, hebben vaak minder nazorg nodig.¹⁸ Ook zal er overlap zitten tussen de oncologische controle en de controles in de huidige chronische zorgprogramma's. Dit impliceert dat de extra consulttijd waarschijnlijk niet de belangrijkste barrière is voor de substitutie van nazorg naar de eerste lijn, getuige ook een eerdere constatering dat in het geval van een substitutiescenario de werklust voor huisartsen slechts gering toenam.¹⁹ Er zal uiteraard een tijdsinvestering nodig zijn om de zorg überhaupt te kunnen implementeren in de eerste lijn. Nodig zijn ook duidelijke afspraken tussen huisarts en specialist, en scholing over de verschillende kankersoorten en hun behandelingen. Verder moeten er goede financiële afspraken gemaakt worden. Ook na de implementatie van de nazorg zal de huisarts nog tijd kwijt zijn aan overleg en aan patiëntgebonden afspraken.

Een andere vraag is of de huisarts wel in staat is de nazorg voor kankerpatiënten goed in te vullen. Brits onderzoek vond geen verschillen in welzijn, overleving, recidieven van de kanker, kankergerelateerde problemen, diagnostische vertraging of patiënttevredenheid ten opzichte van de tweede lijn.²⁰ Canadees onderzoek laat zien dat huisartsen bereid zijn meer verantwoordelijkheid te nemen in de nazorg.²¹ Daartegenover staan onderzoeken die suggereren dat oncologen en patiënten geen groot vertrouwen hebben in de vaardigheden van de huisarts om recidieven te herkennen en late effecten van de behandeling tegen te gaan.^{22,23} Ander onderzoek brengt naar voren dat huisartsen vaak te zeer geneigd zijn tot afwachtend beleid en zich te weinig proactief opstellen.²⁴

Zoals bij alle chronische ziekten heeft het de voorkeur de zorg te arrangeren in een apart zorgprogramma volgens een *shared care*-model, waarin de specialist de zorg voor de patiënt na afronding van de primaire therapie weer grotendeels teruggeeft aan de huisarts.^{25,26} Hoekstenen van dit model zijn gezamenlijke afspraken over behandeling en monitoring, periodieke evaluatie door de huisarts, goede communicatiekanalen tussen huisarts en specialist, en goede beschikbaarheid van de specialist voor vragen, consultaties en (mede)behandeling.^{27,28}

Een deel van de nazorg in de eerste lijn zou eventueel overgenomen kunnen worden door een gespecialiseerde verpleegkundige; uit onderzoek is gebleken dat die zorg van gelijke kwaliteit is en dat patiënten net zo tevreden zijn.^{29,30}

CONCLUSIE

Substitutie van de nazorg voor chronische kankerpatiënten van de tweede naar de eerste lijn lijkt uitvoerbaar en acceptabel. De extra consulttijd voor huisartsen is beperkt, vooral doordat de diagnose bij een meer dan de helft van de patiënten langer dan vijf jaar geleden gesteld is, waardoor zij minder controles en waarschijnlijk ook minder zorg nodig hebben.

Bovendien is een substantieel deel van de chronische kankerpatiënten al in beeld bij de huisarts omdat ze wegens comorbide aandoeningen reeds opgenomen zijn in bestaande zorgprogramma's voor chronische ziekten. Er is aandacht nodig voor het feit dat risicofactoren bij kankerpatiënten slecht zijn geregistreerd.

Twijfel over de extra werklust voor huisartsen zou geen leidende overweging moeten zijn in de substitutie van nazorg voor chronische kankerpatiënten naar de eerste lijn. De discussie moet gaan over de psychologische, financiële en professionele barrières die kunnen ontstaan. ■

LITERATUUR

- Meulepas JM, Kiemeny LALM. Kanker in Nederland tot 2020: Trends en prognoses. Den Haag: KWF Kankerbestrijding, 2011.
- Knottnerus JA, Wijffels JEAM. Nazorg bij kanker: De rol van de eerste lijn. Den Haag: KWF Kankerbestrijding; 2011.
- Gezondheidsraad. Nacontrole in de oncologie: Doelen onderscheiden, inhoud onderbouwen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.
- NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG, 2014.
- Carver JR, Shapiro CL, Ng A, Jacobs L, Schwartz C, Virgo KS, et al. American society of clinical oncology. Clinical evidence review on the ongoing care of adult cancer survivors; cardiac and pulmonary late effects. J Clin Oncol 2007;25:3991-4008.
- Danese MD, O'Malley CD, Lindquist KJ, Gleeson M, Griffiths RI. An observational study of the prevalence and incidence of comorbid conditions in older women with breast cancer. Ann Oncol 2012;23:1756-65.
- Deckx L, Van den Akker M, Metsemakers J, Knottnerus A, Schellevis F, Buntinx F. Chronic diseases among older cancer survivors. J Cancer Epidemiol 2012;article ID 206414.
- Schellevis F. Prominente rol huisarts in de oncologische nazorg. Huisarts Wet 2011;54:612.
- NHG. ICPC: Nieuwe versie oktober 2013 [internet]. Utrecht: NHG, 2014. <https://www.nhg.org/themas/artikelen/icpc, geraadpleegd 2014>.
- Barkhuysen P, De Grauw W, Akkermans R, Donkers J, Schers H, Biermans M. Is the quality of data in an electronic medical record sufficient for assessing the quality of primary care? J Am Med Inform Assoc 2014; 21:692-8.
- Van de Bijl S, Biermans M, Khan N, Akkermans R, Peters, Levelink H, et al. De kwaliteit van de verslaglegging in medische dossiers: Uitbreiding van de EPD-scan. Utrecht: NIVEL, 2013.
- Benson RJ, Burnet NG, Williams MV, Tan LT. An audit of clinic consultation times in a cancer centre: implications for national manpower planning. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2001;13:138-43.
- Grávalos C, Salvador J, Albanell J, Barnadas A, Borrega P, García-Mata J, et al. Functions and workload of medical oncologists in Spain. Clin Transl Oncol 2012;14:423-9.
- Integraal Kankercentrum Nederland. Richtlijnen oncologische zorg [internet]. Utrecht: IKNL; 2014. www.oncoline.nl, geraadpleegd 2014.
- Van der Wel M, Bakx C, De Grauw W, Van Gerwen W, Mulder J, Van Weel C. The influence of guideline revisions on the process and outcome of hypertension management in general practice: a descriptive study. Eur J Gen Pract 2008;14:47-52.
- De Vegt FD, Van Dijk JAAM, Van de Lisdonk EH, Verbeek ALM. Nacontrole oncologie: grotere rol voor de huisarts. Ned Tijdschr Geneesk 2011;155: A4148.
- Integraal Kankercentrum Nederland. Cijfers over kanker 2014 [internet]. Utrecht: IKNL; 2014. <http://www.cijfersoverkanker.nl, geraadpleegd 2014>.
- Christensen KG, Fenger-Grøn M, Flarup KR, Vedsted P. Use of general practice, diagnostic investigations and hospital services before and after cancer diagnosis - a population-based nationwide registry study of 127,000 incident adult cancer patients. BMC Health Serv Res 2012;12:224-31.
- Van der Velden L, Schellevis FG. Toekomstige zorg voor patiënten met kanker. Huisarts Wet 2011;54:341.
- Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care; systematic review. Br J Gen Pract 2009;59:e234-47.
- Del Giudice ME, Grunfeld E, Harvey BJ, Piliotis E, Verma S. Primary care physicians' views of routine follow-up care of cancer survivors. J Clin Oncol 2009;27:3338-45.
- Potosky AL, Han PKJ, Rowland J, Klabunde CN, Smith T, Aziz N, et al. Differences between primary care physicians' and oncologists' knowledge, attitudes and practices regarding the care of cancer survivors. J Gen Intern Med 2011;26:1403-10.
- Lewis RA, Neal RD, Hendry M, France B, Williams NH, Russell D, et al. Patients' and healthcare professionals' views of cancer follow-up: systematic review. Br J Gen Pract 2009;59:e248-59.
- Geelen E, Krumeich A, Schellevis FG, Van den Akker M. General practitioners' perceptions of their role in cancer follow-up care: a qualitative study in the Netherlands. Eur J Gen Pract 2014;20:17-24.
- Oeffinger KC, McCabe MS. Models for delivering survivorship care. J Clin Oncol 2006;24:5117-24.
- Kendall M, Mason B, Momen N, Barclay S, Munday D, Lovick R, et al. Proactive cancer care in primary care: a mixed-methods study. Fam Pract 2013;30:302-12.
- Rubin G, Berendsen A, Crawford M, Dommert R, Earle C, Emery J, et al. The expanding role of primary care in cancer control. Lancet Oncol 2015;16:1231-72.
- Klabunde CN, Han PKJ, Earle, CC, Smith T, Ayanian JZ, Lee R, et al. Physician roles in the cancer-related follow-up care of cancer survivors. Fam Med 2013;45:463-74.
- Laurant MG, Hermens RPMC, Braspenning JCC, Sibbald B, Grol RP. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. BMJ 2004;328:927.
- Harmsen M, Laurant M, Van Achterberg T, Hulscher M, Wensing M, Woltersheim H, et al. Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: Uitkomsten van literatuuronderzoek. Nijmegen: Radboudumc, afdeling Kwaliteit van Zorg, 2009.

Erratum

In de vorige H&W (november, nr. 11) heeft het artikel van Erik Stolper, Margje van de Wiel en Paul van Royen op pagina 478 per abuis een verkeerde titel gekregen. De juiste titel is: Diagnostisch denken over alledaagse ziekten. Ook in de inhoudsopgave staat deze titel foutief vermeld. Op de website www.henw.org is de goede versie van het artikel te vinden. Wij betreuren deze fout.

Bureau redactie Huisarts en Wetenschap



Revalidatie versus gedragstherapie bij chronische vermoeidheid

Samenvatting

Vos-Vromans DC, Smeets RJ, Huijnen IP, Köke AJ, Hitters WM, Rijnders LJ, Pont M, Winkens B, Knottnerus JA. *Revalidatie versus gedragstherapie bij chronische vermoeidheid*. Huisarts Wet 2016;59(12):542-5.

ACHTERGROND In Nederland lijden 30.000 tot 40.000 mensen aan het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS). De enige bewezen effectieve behandelvormen zijn cognitieve gedragstherapie (CGT) en *graded exercise therapy*, maar niet alle patiënten hebben daar baat bij. In dit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoek is een nieuwe, in Nederland ontwikkelde multidisciplinaire revalidatiebehandeling (MRT) vergeleken met CGT.

METHODE De onderzoekers randomiseerden 122 patiënten in 4 Nederlandse revalidatiecentra in een MRT-groep ($n = 62$) en een CGT-groep ($n = 60$). De interventie duurde 26 weken, de deelnemers vulden bij aanvang en na 4, 14, 26 en 52 weken vragenlijsten in. Het verschil in effect werd gemeten op 26 en 52 weken na de start van de behandeling. Primaire uitkomstmaten waren vermoeidheid, gemeten met de vermoeidheidsschaal van de Checklist Individuele Spankracht (CIS, scorebereik 8-56), en kwaliteit van leven, gemeten op de mentale en fysieke subschalen van de Short Form Health Survey (SF-36, scorebereik 0-100).

RESULTATEN De meting na 26 weken werd uitgevoerd bij 114 deelnemers, de meting na 52 weken bij 112 deelnemers. In beide onderzoekarmen nam de vermoeidheid af en verbeterde de kwaliteit van leven. Het verschil in CIS-score was na 26 weken $-3,02$ (95%-BI $-8,07$ tot $2,03$; $p = 0,24$) en na 52 weken $-5,69$ (95%-BI $-10,62$ tot $-0,76$; $p = 0,02$), in het voordeel van MRT.

CONCLUSIE Beide behandelingen hebben effect op de vermoeidheid, maar op de langere termijn nam na CGT de vermoeidheid weer toe terwijl het effect van MRT aanhield. Beide behandelingen hadden ongeveer evenveel effect op de kwaliteit van leven.

INLEIDING

Het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS) wordt gedefinieerd als ernstige vermoeidheid die minimaal zes maanden bestaat en waarvoor geen medische verklaring gevonden kan worden.¹ Het CVS leidt vaak tot ernstige beperkingen in het persoonlijke en sociale leven en in werk of opleiding.² In Nederland zijn er 30.000-40.000 mensen die CVS hebben.³

In verschillende onderzoeken naar farmacologische en niet-farmacologische behandelingen zijn twee therapieën effectief gebleken: cognitieve gedragstherapie (CGT) en *graded exercise therapy*.^{4,5} CGT en *graded exercise therapy* zijn beide bewezen effectief, maar leiden niet bij alle patiënten tot minder vermoeidheid en een betere kwaliteit van leven. Er bleef dus behoefte aan een aangepast zorgaanbod en aan onderzoek naar het effect daarvan.

Revant, een revalidatiecentrum in Zuidwest-Nederland, ontwikkelde een multidisciplinaire revalidatiebehandeling (MRT) die gegeven wordt door een interdisciplinair samenwerkend team, bestaande uit een revalidatiearts, fysiotherapeut, psycholoog, ergotherapeut en maatschappelijk werker. MRT is gebaseerd op het biopsychosociale model en toegesneden op de individuele patiënt: afhankelijk van de behandelbare componenten en de hulpvraag kunnen verschillende interventies worden ingezet zoals CGT, gedoseerde reactivatie, energiemangement en lichaamsgerichte therapie. Naar dergelijke multidisciplinaire behandelingen is weinig onderzoek gedaan. De onderzochte interventies hebben weliswaar enige overlap met MRT, maar verschillen toch zozeer dat ze moeilijk te vergelijken zijn.

In een pragmatisch gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (RCT) onderzochten wij of MRT effectiever is dan CGT, de meest aangeboden bewezen effectieve behandeling, in het reduceren van vermoeidheid en het verbeteren van de kwaliteit van leven bij patiënten met CVS.

METHODE

Inclusie en randomisatie

De RCT werd uitgevoerd in vier Nederlandse revalidatiecentra, te weten Libra Revalidatie & Audiologie (Eindhoven), Adelante

Wat is bekend?

- Er zijn 30.000-40.000 Nederlanders die lijden aan het chronischevermoeidheidssyndroom (CVS).
- Cognitieve gedragstherapie en *graded exercise therapy* zijn bewezen effectief bij CVS.
- In Nederland is een nieuwe multidisciplinaire revalidatiebehandeling ontwikkeld met een pakket aan interventies dat kan worden toegesneden op de individuele patiënt.

Wat is nieuw?

- De nieuwe multidisciplinaire revalidatiebehandeling heeft een blijvend effect op de vermoeidheid dan cognitieve gedragstherapie.
- De multidisciplinaire revalidatiebehandeling heeft evenveel effect op de kwaliteit van leven als cognitieve gedragstherapie.
- Het aantal contacturen is bij de multidisciplinaire revalidatiebehandeling groter dan bij cognitieve gedragstherapie.

Revant medisch specialistische revalidatie, Brabantlaan 1, 4817 JW Breda; dr. D.C.W.M. Vos-Vromans, fysiotherapeut-onderzoeker; L.J.M. Rijnders, revalidatiearts. Universiteit Maastricht, vakgroep Revalidatiegeneeskunde, Maastricht: prof.dr. R.J.E.M. Smeets, revalidatiearts; dr. I.P.J. Huijnen, onderzoeker revalidatiegeneeskunde (tevens Adelante, Hoensbroek); dr. A.J.A. Köke, onderzoeker revalidatiegeneeskunde (tevens Adelante, Hoensbroek). Libra Revalidatie & Audiologie, Eindhoven: W.M.C.G. Hitters, revalidatiearts. Reade, centrum voor revalidatie en reumatologie, Amsterdam: M. Pont, revalidatiearts. Universiteit Maastricht, vakgroep Methodologie en Statistiek, Maastricht: dr. B. Winkens, universitair docent. Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: prof.dr. J.A. Knottnerus, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: d.vos@revant.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de onderzoekers ontvingen financiële ondersteuning van ZonMw (561007), Revalidatiefonds (2007178/sw), Fonds NutsOhra (0801-06) en ME/CVS stichting Nederland.

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Vos-Vromans DC, Smeets RJ, Huijnen IP, Köke AJ, Hitters WM, Rijnders LJ, et al. Multidisciplinary rehabilitation treatment versus cognitive behavioural therapy for patients with chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. J Intern Med 2016;279:268-82. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

(Hoensbroek), Reade (Amsterdam) en Revant (Breda).⁶ Tussen december 2008 en januari 2011 vroegen wij patiënten die verwezen werden naar één van deze centra, die voldeden aan de CDC-94-criteria voor CVS én die ≥ 40 scoorden op de vermoeidheidsschaal van de Checklist Individuele Spankracht (CIS), mee te werken aan het onderzoek. Een onderzoeksassistent beoordeelde de verwijzing op exclusiecriteria.

Patiënten die aan de criteria voldeden, kregen vragenlijsten toegestuurd en werden onderzocht door een revalidatiearts. Zij werden geëxcludeerd wanneer de vermoeidheid door een onderliggende aandoening te verklaren was of wanneer er sprake was van een psychiatrische stoornis, een BMI ≥ 45 , alcohol- of drugsmisbruik of zwangerschap. Ook patiënten die al eerder een revalidatiebehandeling of CGT hadden gekregen, werden geëxcludeerd.

Bij de deelnemers die aan alle voorwaarden voldeden en de toestemmingsverklaring tekenden, werd een voormeting gedaan. Na de voormeting werden zij willekeurig verdeeld over MRT (n = 62) en een groep die CGT kreeg (n = 60).

Interventie

Beide behandelingen werden individueel en poliklinisch in de revalidatiecentra uitgevoerd. De MRT, zoals hierboven omschreven, duurde zes maanden; in de eerste veertien weken werd de daadwerkelijke behandeling gegeven, in de twaalf weken daarna werden twee terugkomssessies aangeboden. De CGT werd gegeven door een psycholoog of cognitief gedragstherapeut en was gericht op het verminderen van negatieve overtuigingen over de vermoeidheid en op het gedoseerd opbouwen van activiteiten.⁷⁻⁹ Deze interventie bestond uit zestien sessies van ongeveer één uur, verspreid over zes maanden.

Uitkomstmaten

Vóór de behandeling, tijdens de behandeling (4 en 14 weken), direct na de behandeling (26 weken) en één jaar na start van

de behandeling werden metingen uitgevoerd. Primaire uitkomstmaten waren vermoeidheid en gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven. De vermoeidheid werd bepaald op de CIS-vermoeidheidsschaal (schaalbereik 8-56).¹⁰ Deze schaal geeft een beeld van de vermoeidheid, inclusief fluctuaties in de tijd. Een hogere score geeft meer vermoeidheid aan, een score ≥ 37 is een indicatie voor ernstige vermoeidheid. De gezondheidgerelateerde kwaliteit van leven maten we met de *mental component summary* (MCS) en de *physical component summary* (PCS) van de Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36), beide met een schaalbereik van 0-100.^{11,12}

Secundaire uitkomstmaten waren onder andere de mate waarin de deelnemer persoonlijke doelstellingen had behaald, de mate waarin deze zelf dacht invloed te kunnen uitoefenen op de klachten, aandacht voor dagelijkse bezigheden, functionele beperkingen, fysieke en niet-fysieke attributies, psychologische symptomen, fysieke activiteit, tevredenheid over het eigen leven en over het behaalde resultaat.

Fysieke activiteit werd gemeten met de SenseWear Pro[®] armband, een activiteitsmeter. De andere uitkomstmaten werden bepaald met behulp van vragenlijsten die de patiënt zelf invulde.

Analyse

De gegevens werden geanalyseerd volgens de intention-to-treatmethode. Verschillen in effect tussen de behandelingen werden geanalyseerd met behulp van lineaire gemengde modellen; een verschil tussen de behandelingen van drie punten op de CIS-vermoeidheidsschaal beschouwden we als klinisch relevant.

RESULTATEN

In de onderzoeksperiode werden 364 patiënten met vermoeidheidsklachten verwezen naar een van de revalidatiecentra. Van hen werden er uiteindelijk 122 (33,5%) geïnccludeerd in het

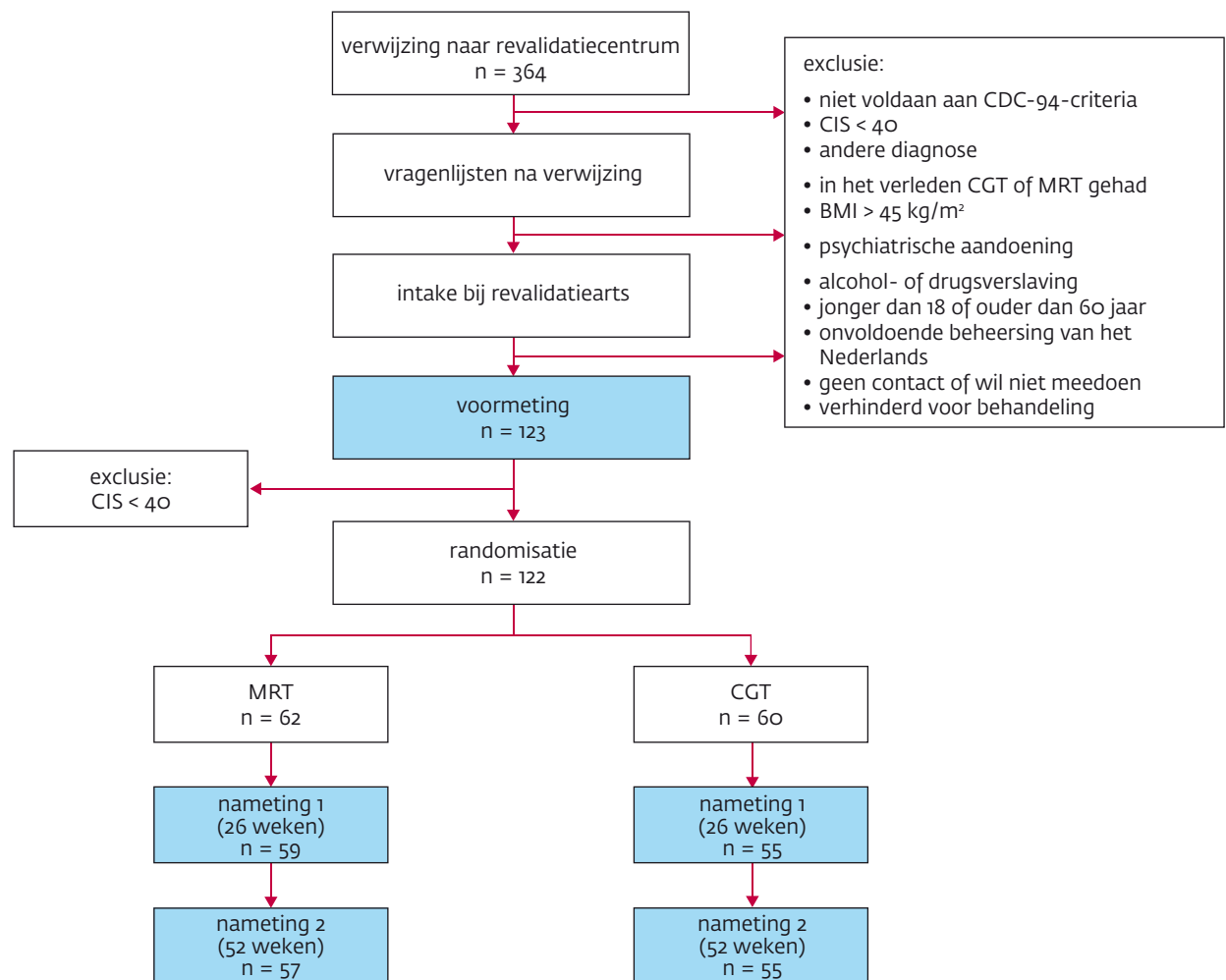
Tabel Geobserveerde gemiddelde scores en geschat effectverschil van MRT ten opzichte van CGT

	MRT (SD) (n = 62)	CGT (SD) (n = 60)	Vershil (95% BI) ^a	p
CIS, vermoeidheidsschaal				
baseline	51,47 (5,08)	51,05 (5,09)		
4 weken	43,27 (8,38)	46,77 (7,94)	-32,4 (-6,26 tot -0,22)	0,04
14 weken	34,14 (12,37)	42,65 (8,81)	-8,17 (-12,20 tot -4,14)	< 0,001
26 weken	33,42 (13,96)	36,16 (13,71)	-3,02 (-8,07 tot 2,03)	0,24
52 weken	33,84 (14,33)	40,05 (12,79)	-5,69 (-10,62 tot -0,76)	0,02
SF-36, mentale component somscore				
baseline	46,57 (9,23)	44,38 (9,02)		
26 weken	52,61 (7,10)	50,76 (8,82)	2,25 (-0,68 tot 5,17)	0,13
52 weken	51,10 (10,22)	49,88 (9,16)	1,59 (-1,96 tot 5,13)	0,38
SF-36, fysieke component somscore				
baseline	30,59 (7,93)	32,60 (7,78)		
26 weken	40,05 (10,66)	38,36 (11,31)	1,63 (-2,42 tot 5,68)	0,43
52 weken	40,19 (11,29)	36,67 (10,40)	2,67 (-1,45 tot 6,79)	0,20

Verschillen zijn geschat met een lineair gemengd model met als covariaten behandelcentrum, interventie, tijd en tijd maal interventie.

CGT = cognitieve gedragstherapie; CIS = Checklist Individuele Spankracht; MRT = multidisciplinaire revalidatie behandeling; SF-36 = Short Form 36.

Figuur 1 Stroomdiagram van het onderzoek



BMI = body mass index; CDC = Centers for Disease Control and Prevention; CGT = cognitieve gedragstherapie; CIS = Checklist Individuele Spankracht (subschaal vermoeidheid); MRT = multidisciplinaire revalidatiebehandeling.

onderzoek [figuur 1]. De deelnemers waren gemiddeld 40 jaar oud en 80% was vrouw. De uitval tijdens de behandeling was beperkt (12 in de CGT-groep, 8 in de MRT-groep). De eerste nameting (na 26 weken) kon bij 114 deelnemers worden uitgevoerd, de tweede (na 52 weken) bij 112 deelnemers.

De MRT-groep scoorde bij beide nametingen gemiddeld lager op de CIS-vermoeidheidsschaal dan de CGT-groep; het scoreverschil was na 26 weken niet significant met $-3,2$ (95% BI $-8,07$ tot $2,03$; $p = 0,24$), maar wel na 52 weken met $-5,69$ (95% BI $-10,62$ tot $-0,76$; $p = 0,02$) [figuur 2].

In beide onderzoeksarmen rapporteerden de deelnemers een toename in de kwaliteit van leven na de behandeling, maar het verschil tussen beide groepen was niet significant [tabel].

Deelnemers uit de MRT-groep scoorden significant hoger op behaalde persoonlijke behandel doelstellingen en de mate waarin zij zelf dachten invloed te kunnen uitoefenen op de klachten. Ook toonde bij de eerste nameting in de MRT-groep 72% zich tevreden met het resultaat van de behandeling, ver-

sus 54% in de CGT-groep. In de MRT-groep zei 86% de behandeling te kunnen aanbevelen aan andere patiënten, versus 63% in de CGT-groep. De andere secundaire uitkomstmaten waren niet significant verschillend tussen de beide behandelingen.¹³

BESCHOUWING

Uit ons onderzoek blijkt dat zowel CGT als MRT bij patiënten met CVS zorgen voor minder vermoeidheid en betere kwaliteit van leven. Bij beide methoden daalde de vermoeidheid tijdens de behandeling; daarna stabiliseerde zij in de MRT-groep, maar steeg zij weer in de CGT-groep. Uiteindelijk leidt dit tot een significant verschil ten voordele van MRT op 52 weken. De monodisciplinaire CGT heeft dus minder blijvend effect dan de multidisciplinaire behandeling met verschillende interventies die zijn afgestemd op het individu. Een mogelijke verklaring is dat binnen het MRT-pakket verschillende interventies, zoals het opbouwen van activiteiten, onder begeleiding plaatsvinden in het revalidatiecentrum. De patiënt

krijgt daar rechtstreeks feedback op het handelen en negatieve gedachten zijn direct bespreekbaar. Ook de toevoeging van lichaamsgerichte therapie, waarbij patiënten de wederzijdse invloed van lichaam en psyche in de sociale omgeving leren voelen, kan er mogelijk voor zorgen dat de patiënt meer inzicht krijgt in de eigen klachten en in de invloed die je daar zelf op kunt hebben.

Sterke en zwakke punten

De interne validiteit van het onderzoek is hoog, maar er is een aantal beperkingen. Bij het generaliseren van de uitkomsten moet er rekening mee worden gehouden dat een groot aantal deelnemers al vóór de randomisatie uitviel. De twee meest voorkomende redenen waren niet voldoen aan de CDC-94-criteria en niet willen meedoen.

Een andere beperking is het verschil in contacturen tussen beide behandelvormen: 44,5 voor MRT en 16 voor CGT. We zijn bewust uitgegaan van de klinische realiteit in Nederland, waar beide behandelvormen worden gegeven. Dat maakt de praktische bruikbaarheid van de resultaten groter, maar het valt niet uit te sluiten dat de grotere effectiviteit van MRT mede te danken is aan de extra behandeluren en daarmee de extra aandacht die de patiënt krijgt. Vervolgonderzoek zou moeten uitwijzen of het de extra aandacht dan wel de combinatie van interventies is die zorgt voor de afname van vermoeidheid. Een recente meta-analyse toonde inderdaad aan dat het aantal behandeluren van invloed is bij CGT, maar daarin bleek ook dat een behandeling van 16 sessies het effectiefst was.¹⁴ Er zijn geen gegevens over de relatie tussen het aantal contacturen en de langetermijneffecten van CGT.

Met het oog op het verschil in behandeluren en de extra kosten die dat met zich meebrengt, is als onderdeel van ons onderzoek ook een kosteneffectiviteitsonderzoek vanuit maatschappelijk perspectief uitgevoerd. Dit wees uit dat MRT kosteneffectief is als het gaat om CVS-specifieke uitkomsten, maar dat CGT kosteneffectiever is als men de generieke maat voor kwaliteit van leven gebruikt. De resultaten van dit onderzoek worden binnenkort gepubliceerd. Verder is nog onbekend welke van de binnen MRT aangeboden interventies de grootste invloed had op het uiteindelijke resultaat. Vervolgonderzoek is wenselijk, zowel naar het effect van de verschillende interventies als naar het optimale aantal behandeluren voor MRT.

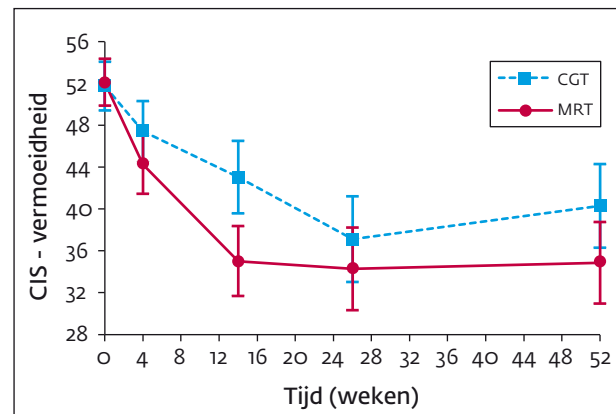
CONCLUSIE

Op de langere termijn is MRT effectiever dan CGT in het verminderen van vermoeidheid bij patiënten met CVS. Het is dan ook zinvol MRT te implementeren in meer revalidatiecentra in Nederland. Wel is nader onderzoek nodig naar de bijdrage die het aantal contacturen en de interventies afzonderlijk leveren aan de effectiviteit.

DANKBETUIGING

Wij danken alle deelnemers en alle medewerkers van Revant, Adelante, Libra en Reade voor hun medewerking aan dit onderzoek. ■

Figuur 2 Gemiddelde score op de CIS-vermoeidheidsschaal per behandeling



CGT = cognitieve gedragstherapie; CIS = Checklist Individuele Spankracht (subschaal vermoeidheid); MRT = multidisciplinaire revalidatiebehandeling. Verschillen zijn geschat met een lineair gemengd model met als covariaten behandelcentrum, interventie, tijd en tijd maal interventie.
CGT = cognitieve gedragstherapie; CIS = Checklist Individuele Spankracht; MRT = multidisciplinaire revalidatie behandeling; SF-36 = Short Form 36.

LITERATUUR

- Blankenstein AH, Bleijenberg G, van Bokhoven MA, van Hemert AM, Kroonman H, et al. Richtlijn Diagnose, behandeling, begeleiding en beoordeling van patiënten met het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS). Utrecht: CBO; 2013.
- Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med* 1994;121:953-9.
- Borst-Eilers E, Bensing JM, Bleijenberg G, Dagnelie CF, Frings-Dresen MHW, Heijnen JJ, et al. Het chronische-vermoeidheidssyndroom. Den Haag: Gezondheidsraad; 2005. Publicatie nr 2005/02.
- Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(3): CD001027.
- Edmonds M, McGuire H, Price J. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD003200.
- Vos-Vromans DC, Smeets RJ, Rijnders LJ, Gorissen RR, Pont M, Köke AJ, et al. Cognitive behavioural therapy versus multidisciplinary rehabilitation treatment for patients with chronic fatigue syndrome: study protocol for a randomized controlled trial (FatiGo). *Trials* 2012;13:71.
- Prins JB, Bleijenberg G, Bazelmans E, Elving LD, de Boo TM, Severens JL, et al. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2001;357:841-7.
- Prins JB, Bleijenberg G. Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: a case study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1999;30:325-39.
- Vercoulen JH, Swanink CM, Fennis JF, Galama JM, van der Meer JW, Bleijenberg G. Dimensional assessment of chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 1994;38:383-92.
- Vercoulen JHMM, Alberts M, Bleijenberg G. De Checklist Individuele Spankracht (CIS). *Gedragstherapie* 1999;32:31-6.
- Ware JE Jr, Kosinski M, Bayliss MS, McHorney CA, Rogers WH, Raczek A. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995;33:AS264-79.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-83.
- Vos-Vromans DCWM, Smeets RJEM, Huijnen IPJ, Köke AJA, Hitters WMGC, Rijnders LJM, et al. Multidisciplinary rehabilitation treatment versus cognitive behavioural therapy for patients with chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *J Intern Med* 2016;279:268-82.
- Castell BD, Kazantzis N, Moss-Morris R. Cognitive behavioral therapy and graded exercise for chronic fatigue syndrome: a meta-analysis. *Clin Psychol Sci Pract* 2011;18:311-24.



Minder antibiotica door interventie in FTO

Samenvatting

Vervloet M, Meulepas MA, Cals JWL, Eimers M, Van der Hoek LS, Van Dijk L. Minder antibiotica door interventie in FTO. *Huisarts Wet* 2016;59(12):546-50.

ACHTERGROND Irrationeel antibioticagebruik voor luchtweginfecties is een belangrijke risicofactor voor antibioticaresistentie. Het doel van dit onderzoek is het evalueren van het effect van een interventie met meer componenten gericht op het verminderen van het aantal antibioticavoorschriften voor luchtwegklachten in de huisartsenpraktijk.

METHODE Dit is een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial met een voor- en nameting. We hebben de interventie geïmplementeerd via het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO), waarin huisartsen met apothekers samenwerken om de farmacotherapie te optimaliseren. We hebben de interventie in vier FTO-groepen (met in totaal 39 huisartsen) uitgezet, bestaande uit de volgende componenten: 1) een communicatietraining voor huisartsen, onder andere betreffende het communiceren over een uitgesteld recept; 2) implementatie van formulariumafspraken over het voorschrijven van antibiotica in het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) van huisartsen; 3) elk kwartaal feedback op basis van voorschrijfcijfers voor huisartsen. Vier andere FTO-groepen (met in totaal 38 huisartsen) vormden gematchte controlegroepen. De primaire uitkomstmaat was het aantal antibioticavoorschriften na de interventie (gecontroleerd voor het aantal voorschriften in de voormeting), dat we hebben geanalyseerd met multilevel-regressieanalyses. We analyseerden het totale aantal voorschriften en het aantal voorschriften gestratificeerd naar leeftijd (afkappunt 12 jaar).

RESULTATEN Bij de voormeting was het gemiddeld aantal antibioticavoorschriften voor luchtwegklachten 207,9 en 176,7 per 1000 patiënten in respectievelijk de interventie-FTO-groepen en controle-FTO-groepen. Bij de nameting schreven huisartsen in zowel de interventie- als controlegroepen significant minder antibiotica voor. Voor adolescenten en volwassenen was de afname in het aantal antibioticavoorschriften significant groter in de interventiegroepen (-27,8 per 1000 patiënten) dan in de controlegroepen (-7,2 per 1000 patiënten; $p < 0,05$); voor kinderen was er geen verschil.

CONCLUSIE Deze uit meer componenten bestaande interventie was effectief in het terugdringen van het aantal antibioticavor-

schriften voor luchtwegklachten voor adolescenten en volwassenen. Om het voorschrijfgedrag van huisartsen voor kinderen te veranderen zullen we naar andere methoden moeten zoeken.

INLEIDING

Irrationeel antibioticagebruik is een belangrijke risicofactor voor antibioticaresistentie.¹ Huisartsen schrijven antibiotica soms te snel voor, bijvoorbeeld aan patiënten die luchtwegklachten hebben. Er is echter weinig bewijs dat antibiotica bij luchtwegklachten werken.^{2,3} Huisartsen lijken zich ervan bewust dat zij soms te snel antibiotica voorschrijven.^{4,5} Als reden hiervoor noemen zij een aantal niet-klinische factoren, zoals tijdsdruk, verwachtingen van de patiënt en de wens om de arts-patiëntrelatie goed te houden.^{5,6} Patiënten lijken informatie en/of geruststelling echter belangrijker te vinden dan het krijgen van een antibioticum.^{4,7} Huisartsen hebben daarom vaardigheden nodig om erachter te komen wat de behoeften van de patiënt zijn, en om het gesprek aan te gaan over de klachten en de rol van antibiotica daarin. Relevante onderwerpen hierbij zijn bijvoorbeeld het natuurlijk beloop van de klachten, de voor- en nadelen van antibioticagebruik en de vraag wanneer de patiënt de huisarts moet consulteren.⁸

Verschillende interventies kunnen huisartsen ondersteunen bij het voorschrijven van antibiotica. Zo liet eerder onderzoek, zowel in Nederland als daarbuiten, zien dat het trainen van communicatievaardigheden kan leiden tot een daling van antibioticagebruik.^{8,9} Een andere veelbelovende interventie is het inzetten van een zogeheten uitgesteld recept. Hierbij schrijft de huisarts wel een recept uit, maar geeft de patiënt daarbij het advies dit pas op te halen als de klachten verergeren of aanhouden. Patiënten die een uitgesteld recept krijgen, blijken inderdaad minder geneigd de antibiotica op te halen dan mensen die een gewoon recept kregen, zelfs als ze meer klachten hadden.^{10,11} Dit duidt erop dat patiënten bereid zijn bepaalde klachten voor lief te nemen om geen antibiotica te hoeven gebruiken. Een andere mogelijkheid om huisartsen te ondersteunen is het stimuleren van het gebruik van het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) tijdens het consult.¹² Een ander voorbeeld van een interventie die kan helpen het gebruik van antibiotica te verminderen is het aanbieden van spiegelinformatie.¹³ Uit onderzoek blijkt dat interventies die uit meer componenten bestaan, waarvan zich er ten minste één richt op het verbeteren van de arts-patiëntcommunicatie, het effectiefst zijn in het verminderen van antibioticagebruik.¹⁴

De meeste interventies die het antibioticagebruik moeten verminderen richten zich op de individuele huisarts. Nederland kent met het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) echter ook een structuur die een goede basis biedt voor groepsinterventies. Wij wilden het effect evalueren die een op het FTO gerichte interventie heeft op het voorschrijven van antibiotica bij luchtwegklachten. Deze interventie bestond uit de volgende componenten:

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN, Utrecht; dr. M. Vervloet, onderzoeker; L.S. van der Hoek, statisticus; L. van Dijk, programmaleider. Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht; M.A. Meulepas, adviseur; Mariëtta Eimers, senior projectleider. Vakgroep Huisartsgeneeskunde, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Universiteit Maastricht, Maastricht; dr. J.W.L. Cals, huisarts en universitair docent. Meetpunt Kwaliteit, Eindhoven; M.A. Meulepas, senior consultant • Correspondentie: M.Vervloet@nivel.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Vervloet M, Meulepas MA, Cals JW, Eimers M, Van der Hoek LS, Van Dijk L. Reducing antibiotic prescriptions for respiratory tract infections in family practice: results of a cluster randomized controlled trial evaluating a multifaceted peer-group-based intervention. *NPJ Prim Care Respir Med* 2016;26:15083. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

- het trainen van communicatievaardigheden, waaronder het communiceren over een uitgesteld recept;
- het implementeren van FTO-afspraken over het voorschrijven van antibiotica in het EVS;
- het elk kwartaal aanbieden van spiegelinformatie over het voorschrijven van antibiotica voor luchtwegklachten in vergelijking met andere voorschrijvers.

METHODE

Onderzoeksontwerp en deelnemers

Ons onderzoek betreft een clustergerandomiseerde gecontroleerde trial met een voor- en nameting. FTO-groepen uit Noord-Limburg namen deel aan het onderzoek. De deelnemers van deze FTO-groepen waren allen aangesloten bij Coöperatie Cohesie (huisartsen) en Samenwerkende Apotheken Noord-Limburg. Alle elf FTO-groepen van Cohesie kregen een uitnodiging voor deelname, acht deden daadwerkelijk mee. We verdeelden deze acht FTO-groepen in vier koppels. Deze koppels leken qua grootte en stedelijkheid op elkaar. Vervolgens wezen we op basis van toeval per koppel één FTO-groep toe aan de interventiegroep en de andere aan de controlegroep. Het onderzoek staat geregistreerd in het Nederlands Trial Register (nummer NTR2753).

Interventie

De interventie bestond uit verschillende onderdelen. In de eerste plaats gebruikten alle deelnemende huisartsen het EVS. Wanneer de huisarts een luchtwegklacht registreerde kreeg deze als eerste het advies 'niet voorschrijven'. Als de huisarts besloot toch een antibioticum voor te schrijven, kwam het uitgestelde recept als suggestie naar voren. Hierbij kreeg de huisarts via het EVS informatie over de situaties waarin het uitgestelde recept een goede optie is en welke informatie patiënten moeten krijgen. Pas na deze twee suggesties kon de huisarts een 'gewoon' recept uitschrijven. Alle deelnemende huisartsen ontvingen in FTO-verband een training om hiermee te leren werken. Vervolgens kregen de huisartsen tijdens een volgende FTO-bijeenkomst uitleg over twee belangrijke NHG-Standaarden voor luchtwegklachten: Acute hoest en Rhinosinusitis. De afspraken die de groepen maakten over het voorschrijven van antibiotica bij luchtwegklachten werden in het EVS gezet. In dezelfde FTO-bijeenkomst als waar de NHG-Standaarden werden besproken, kregen huisartsen een training in communicatieve vaardigheden. Tijdens het volgende FTO, drie maanden later, kregen de huisartsen feedback (op basis van voorschrijfcijfers) op hun voorschrijven van antibiotica.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat van het onderzoek was het verschil in aan luchtwegklachten gerelateerde antibioticavoorschriften per 1000 patiënten tussen de interventie- en controlegroepen in de nameting (in vergelijking met de voormeting). Hiertoe selecteerden we uit de aflevergegevens van openbare apotheken antibiotica die huisartsen voorschrijven

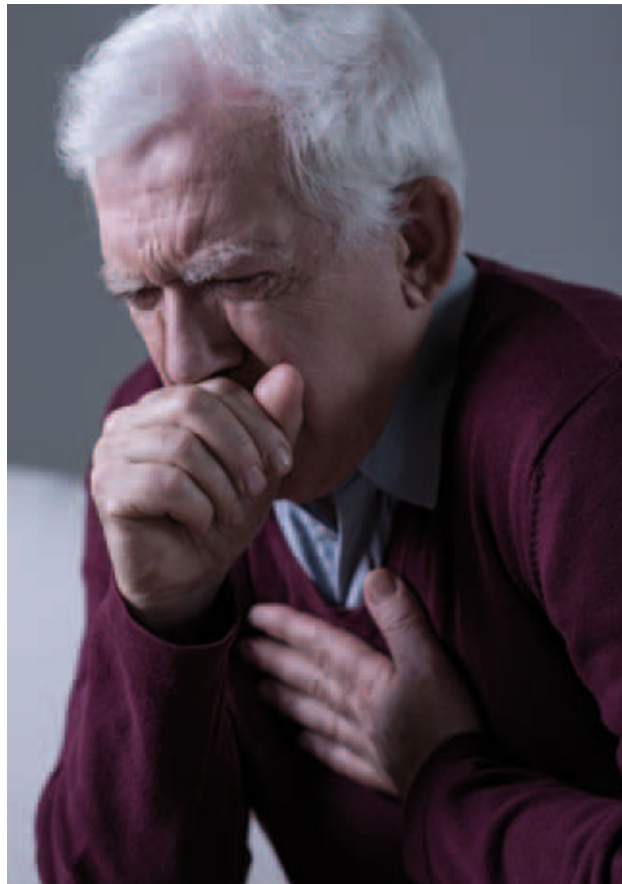


Foto: Photographee.eu

bij luchtwegklachten. Van elk voorschrift was bekend wie de voorschrijvende huisarts was. De voormeting bestond uit het jaar voor de FTO-bijeenkomst waarin de NHG-Standaarden werden besproken en de communicatietraining werd gegeven (inclusief de dag van deze bijeenkomst). De follow-upperiode bestond uit het jaar na die bijeenkomst. Daarnaast analyseerden we het aantal uitgestelde recepten in de interventiegroep die de huisartsen hadden voorgeschreven in de zes maanden na de interventie, inclusief de diagnoses waarvoor ze deze voorschreven.

Wat is bekend?

- Huisartsen schrijven antibiotica soms te snel voor aan patiënten met luchtwegklachten.
- Een uitgesteld recept kan het aantal antibioticavoorschriften verminderen.

Wat is nieuw?

- Een interventie in het FTO, bestaande uit een communicatietraining voor huisartsen (onder andere betreffende het communiceren over het uitgesteld recept), formulariumafspraken over antibiotica in het EVS en reguliere feedback op het voorschrijfgedrag, dringt het aantal antibioticavoorschriften terug voor patiënten van twaalf jaar en ouder, maar niet voor kinderen jonger dan twaalf jaar.

Tabel 1 Het gestandaardiseerde aantal aan luchtwegklachten gerelateerde antibioticavoorschriften (per 1000 patiënten op FTO-niveau per jaar) in de voor- en nameting in de interventie- en gematchte controlegroepen, en het verschil hierin tussen voor- en nameting

	Voormeting Antibioticavoorschriften voor luchtwegklachten/ 1000 patiënten/jaar	Nameting Antibioticavoorschriften voor luchtwegklachten/ 1000 patiënten/jaar	Vershil	%
<i>Interventie-FTO-groepen</i>				
Groep 1: 5 huisartsen; 5359 patiënten	185	118	-67	36
Groep 2: 5 huisartsen; 8826 patiënten	177	144	-33	19
Groep 3: 13 huisartsen; 19.822 patiënten	280*	243	-37	13
Groep 4: 16 huisartsen; 25.476 patiënten	170*	117	-53	31
<i>Gematchte controle-FTO-groepen</i>				
Groep 1: 6 huisartsen; 11.464 patiënten	173	138	-35	20
Groep 2: 5 huisartsen; 12.702 patiënten	205	199	-6	3
Groep 3: 11 huisartsen; 29.020 patiënten	190	190	0	0
Groep 4: 16 huisartsen; 41.581 patiënten	152	113	-39	26

*Eén huisarts had geen aan luchtwegklachten gerelateerde antibioticavoorschriften in de voormeting.

Statistische analyse

We voerden multilevel-analyses (MLA) uit om het effect van de interventie op het voorschrijfvolume van antibiotica te bepalen. We onderscheidden de drie volgende niveaus in het multilevel-lineaire regressiemodel: 1) meting (voor- of nameting), 2) huisarts en 3) FTO-groep. Als afhankelijke variabele gebruikten we het gestandaardiseerde aantal voorschriften (aantal recepten per 1000 patiënten in het FTO). De reden om op FTO-niveau en niet op artsniveau te standaardiseren was dat we niet op de hoogte waren van het aantal patiënten per huisarts. Of de FTO-groep in de interventie- of controlegroep zat, namen we als factor op in het model. We schatten de modellen ook voor twee subgroepen: patiënten jonger dan twaalf

jaar en patiënten van twaalf jaar en ouder. Dit deden we omdat de behandeling van luchtwegklachten voor kinderen kan verschillen van die voor volwassenen.

RESULTATEN

Omvang FTO-groepen

De interventie is uitgezet in vier FTO-groepen met in totaal 39 huisartsen; vier FTO-groepen met 38 huisartsen vormden de controlegroepen. [Tabel 1] geeft de omvang van de FTO-groepen weer en het aantal antibioticavoorschriften voor luchtwegklachten per 1000 patiënten per jaar in de voor- en nameting. In alle interventiegroepen daalde het aantal voorschriften. Twee van de vier controlegroepen lieten ook een

Tabel 2 Verschillen in gestandaardiseerd gemiddeld aantal aan luchtwegklachten gerelateerde antibioticavoorschriften (per 1000 patiënten per jaar) tussen de interventie- en controle-FTO-groepen voor het totaal aantal voorschriften en voor voorschriften gestratificeerd naar leeftijd (afkappunt: 12 jaar), geanalyseerd met multilevel-modeling

	Totaal aantal antibioticavoorschriften voor luchtwegklachten		
	Interventiegroepen n/1000 patiënten/jaar	Controlegroepen n/1000 patiënten/jaar	Vershil
Voormeting	207,9	176,7	31,1
Nameting	161,2	154,1	7,1
Vershil	-46,7 [†]	-22,7*	
	Aantal antibioticavoorschriften voor luchtwegklachten < 12 jaar		
	Interventiegroepen ¹ n/1000 patiënten/jaar	Controlegroepen ² n/1000 patiënten/jaar	Vershil
Voormeting	30,6	24,2	6,4
Nameting	21,6	19,2	2,7
Vershil	-8,9 [†]	-5,0 [†]	
	Aantal antibioticavoorschriften voor luchtwegklachten ≥ 12 jaar		
	Interventiegroepen ¹ n/1000 patiënten/jaar	Controlegroepen ² n/1000 patiënten/jaar	Vershil
Voormeting	156,3	129,7	26,6
Nameting	128,4	122,5	6,0
Vershil	-27,8 [†]	-7,2	

¹ Voor 5,3% van de patiënten was de leeftijd niet bekend.

² Voor 10,6% van de patiënten was de leeftijd niet bekend.

Significantie: * p < 0,05; † p < 0,01; ‡ p < 0,001

daling zien in aantal voorschriften, terwijl in de andere twee groepen sprake was van geen of een minimale daling.

Interventie-effecten op totaal aantal antibioticavoorschriften

In de voormeting verschildte het gemiddelde aantal antibiotica voorschriften voor luchtwegklachten tussen de interventie- en controlegroepen niet [tabel 2]. In de nameting zagen we een significante afname in het aantal voorschriften in zowel de interventie- als controlegroepen. De afname in de interventiegroepen was niet groter dan die in de controlegroepen ($p = 0,09$). De meeste variatie in het voorschrijven van antibiotica was toe te schrijven aan verschillen tussen huisartsen (81%) en niet aan verschillen tussen FTO-groepen.

Interventie-effecten gestratificeerd naar leeftijd

In de nameting schreven huisartsen in zowel de interventie- als de controlegroepen significant minder antibiotica voor luchtwegklachten voor aan patiënten jonger dan 12 jaar [tabel 2]. De afname in de interventiegroepen was niet groter dan die in de controlegroepen ($p = 0,08$). Voor patiënten van 12 jaar en ouder was de afname van het aantal antibioticavoorschriften wel significant groter in de interventiegroepen (-27,8 per 1000 patiënten) dan in de controlegroepen (-7,2 per 1000 patiënten) ($p < 0,05$). Ongeveer 79-82% van de variatie in het voorschrijven van antibiotica was toe te schrijven aan verschillen tussen huisartsen, 6-10% aan verschillen tussen FTO-groepen.

Uitgestelde recepten

Huisartsen in de interventiegroepen schreven 160 uitgestelde recepten voor in een periode van ongeveer zes maanden. Deze uitgestelde recepten werden meestal voorgeschreven voor rhinosinusitis (43%), hoesten (34%), otitis media (17%) en keelpijn (6%). Het aantal uitgestelde recepten opgehaald bij de apotheek varieerde sterk tussen de FTO-groepen. Voor kinderen jonger dan 12 jaar varieerde dit tussen 9-61% (gemiddeld 43%). Voor adolescenten en volwassenen varieerde dit tussen 11-55% (gemiddeld 34%).

BESCHOUWING

Een groepsinterventie op FTO-niveau die uit meer componenten bestond (communicatietraining voor huisartsen, formulariumafspraken over antibiotica in het EVS en het geven van feedback aan huisartsen op basis van hun voorschrijfcijfers) leidde tot een significante afname van het aantal antibioticavoorschriften voor luchtwegklachten voor patiënten van twaalf jaar en ouder. De interventie had geen effect op het voorschrijven van antibiotica aan kinderen jonger dan twaalf jaar.

Ook in de controlegroepen schreven de huisartsen in de nameting significant minder antibiotica voor luchtwegklachten voor. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de toenemende aandacht voor het resistentieprobleem op zich al leidt tot een daling in het aantal voorschriften.

Een eerder Nederlands onderzoek over een vergelijkbare interventie (communicatietraining voor huisartsen en feedback over het voorschrijfgedrag, maar geen formularium-

afspraken in het EVS of het uitgesteld recept) vond ook een afname in het aantal voorschriften.¹⁵ Dit onderzoek keek alleen naar de verandering in het totale aantal antibioticavoorschriften. Ons onderzoek toont aan dat het belangrijk is rekening te houden met de leeftijd van de patiënt, aangezien het aantal voorschriften alleen voor adolescenten en volwassenen daalde. Daarnaast heeft eerder onderzoek aangetoond dat huisartsen die tijdens het consult de beschikking hebben over beslissingsondersteuning, zoals de formulariumafspraken in onze interventie, vaker voorschrijven op basis van het gegeven advies.¹⁶ Dit suggereert dat het maken van formulariumafspraken en de implementatie daarvan in het EVS een sterke component van de onderzochte interventie is.

De twee diagnoses waarvoor de huisartsen in ons onderzoek het vaakst een uitgesteld recept gaven (rhinosinusitis en hoesten) vormen daarnaast een aanzienlijk deel van het totaal aantal antibioticavoorschriften van huisartsen. Dit suggereert dat het voorschrijven van uitgestelde recepten kan worden gebruikt om het voorschrijven van antibiotica te verminderen. Dit komt overeen met de bevindingen van een recente review over uitgestelde recepten voor luchtwegklachten.¹¹

Onze interventie was niet succesvol in het verminderen van het aantal antibioticavoorschriften voor luchtwegklachten bij kinderen jonger dan twaalf jaar. Een verklaring hiervoor kan zijn dat onze interventie gericht was op de huisarts en diens samenwerking met de apotheker. Uit een recente review is gebleken dat interventies gericht op ouders en artsen samen het meest succesvol zijn in het terugdringen van het voorschrijven van antibiotica bij kinderen met luchtwegklachten.¹⁷ Naast het voorschrijven van een uitgesteld recept lijken het erbij betrekken van kinderen door bijvoorbeeld cartoons en illustraties in de informatie op te nemen en het geven van op specifieke symptomen gerichte informatie in plaats van algemene informatie, succesvolle strategieën te zijn.¹⁸ Onze interventie was voornamelijk gericht op acute hoest en rhinosinusitis. Deze laatste aandoening is zeer zeldzaam bij jonge kinderen, terwijl deze groep wel het vaakst op consult komt met luchtwegklachten. Consulten over infecties bij kinderen kunnen daarnaast nog specifieke communicatievaardigheden vereisen vanwege verwachtingen die de ouders hebben en de publieke opvattingen over antibiotica bij kinderen met koorts.¹⁹ Momenteel loopt er een groot onderzoek op twintig Nederlandse huisartsenposten naar de effectiviteit van een interactief informatieboekje gericht op de ouders van kinderen met koorts.²⁰

Ons onderzoek laat een grote variatie zien in het voorschrijven van antibiotica tussen huisartsen, wat resultaten van eerder onderzoek naar het bestaan van de praktijkvariatie in voorschrijfgedrag onderschrijft.^{21,22} Deze bevindingen impliceren dat het FTO mogelijk niet de meest succesvolle setting is voor het implementeren van deze interventie, die gericht is op het veranderen van het individuele voorschrijfgedrag van huisartsen. De FTO-structuur zorgt echter wel voor een eenvoudige implementatie van de interventie omdat huisartsen en apothekers hier al samenkomen en toegewijd

zijn aan het optimaliseren van farmacotherapie – het doel van het FTO. Met meer dan 800 FTO-groepen in Nederland is dit netwerk zeer uitgebreid. Bovendien kunnen *peer review* (en *peer pressure*) en het maken van voorschrijfspraken tijdens het FTO gedragsverandering ondersteunen.

Beperkingen van ons onderzoek

We hebben het effect van de interventie mogelijk onderschat. Het kleine aantal FTO-groepen ($n = 8$) kan ertoe hebben geleid dat significante verschillen tussen de interventie- en controlegroepen onopgemerkt zijn gebleven. Ondanks het matchen van de controlegroepen met de interventiegroepen varieerde de praktijkgrootte sterk tussen de FTO-groepen. Over het algemeen bevatten de interventiegroepen kleinere huisartspraktijken dan hun gematchte controlegroep. Deze variatie in praktijkgrootte kan het interventie-effect maskeren. Door het standaardiseren van het aantal voorschriften (per 1000 patiënten) op FTO-niveau konden we echter een preciezere schatting van het interventie-effect maken.

Onze interventie bestond uit drie componenten die tegelijkertijd werden aangeboden. Daarom blijft het onduidelijk of het nu de combinatie was of een individuele component die het voorschrijfgedrag van de huisarts heeft beïnvloed. Hoewel interventies met meer componenten het meest veelbelovend zijn in het terugdringen van het aantal antibioticavoorschriften, is het interessant om na te gaan wat het effect van de afzonderlijke componenten is.

CONCLUSIE

Onze groepsinterventie met meer componenten, bestaande uit een communicatietraining voor huisartsen, implementatie van formulariumafspraken over antibiotica in het EVS en reguliere feedback op het voorschrijfgedrag, laat zien dat het aantal antibioticavoorschriften voor luchtwegklachten vermindert voor adolescenten en volwassenen, maar niet voor kinderen jonger dan twaalf jaar. Voor deze laatste groep zullen we moeten zoeken naar andere manieren om het voorschrijven van antibiotica terug te dringen.

DANKBETUIGING

Wij danken de acht FTO-groepen voor hun deelname aan ons onderzoek. Onze dank gaat ook uit naar Coöperatie Cohesie voor het faciliteren van dit onderzoek. ■

LITERATUUR

- 1 ECDC/EMA. The bacterial challenge: time to react. A call to narrow the gap between multidrug-resistant bacteria in the EU and the development of new antibacterial agents. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; September 2009.
- 2 Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD000247.
- 3 Zoorob R, Sidani MA, Fremont RD, Kihlberg C. Antibiotic use in acute upper respiratory tract infections. *Am Fam Physician* 2012;86:817-22.
- 4 Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998;317:637-42.
- 5 Ackerman SL, Gonzales R, Stahl MS, Metlay JP. One size does not fit all: evaluating an intervention to reduce antibiotic prescribing for acute bronchitis. *BMC Health Serv Res* 2013;13:462.
- 6 Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior J, Moore M. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004;328:444.
- 7 Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A, Verheij T. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction. *Fam Pract* 2004;21:234-7.
- 8 Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ* 2009;338:b1374.
- 9 Little P, Stuart B, Francis N, Douglas E, Tonkin-Crime S, Anthierens S, et al. Effects of internet-based training on antibiotic prescribing rates for acute respiratory tract infections: a multinational, cluster, randomised, factorial, controlled trial. *Lancet* 2013;382:1175-82.
- 10 Arroll B, Kenealy T, Kerse N. Do delayed prescriptions reduce antibiotic use in respiratory tract infections? A systematic review. *Br J Gen Pract* 2003;53:871-7.
- 11 Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotics for respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;4:CD004417.
- 12 McCullough JM, Zimmerman FJ, Rodriguez HP. Impact of clinical decision support on receipt of antibiotic prescriptions for acute bronchitis and upper respiratory tract infection. *J Am Med Inform Assoc* 2014;21:1091-7.
- 13 Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;CD003030.
- 14 Van der Velden AW, Pijpers EJ, Kuyvenhoven MM, Tonkin-Crime SK, Little P, Verheij TJ. Effectiveness of physician-targeted interventions to improve antibiotic use for respiratory tract infections. *Br J Gen Pract* 2012;62:e801-7.
- 15 Welschen I, Kuyvenhoven MM, Hoes AW, Verheij TJ. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329:431.
- 16 De Jong JD, Groenewegen PP, Spreeuwenberg P, Westert GP, De Bakker DH. Do decision support systems influence variation in prescription? *BMC Health Serv Res* 2009;9:20.
- 17 Vodicka TA, Thompson M, Lucas P, Heneghan C, Blair PS, Buckley DI, et al. Reducing antibiotic prescribing for children with respiratory tract infections in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013;63:e445-54.
- 18 Andrews T, Thompson M, Buckley DI, Heneghan C, Deyo R, Redmond N, et al. Interventions to influence consulting and antibiotic use for acute respiratory tract infections in children: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e30334.
- 19 De Bont EC, Francis NA, Dinant GJ, Cals JW. Parents' knowledge, attitudes, and practice in childhood fever: an internet-based survey. *Br J Gen Pract* 2014;64:e10-6.
- 20 De Bont E. Kinderen met koorts op de HAP. *Huisarts Wet* 2015;58:457.
- 21 Van Dijk L, De Jong JD, Westert GP, De Bakker DH. Variation in formulary adherence in general practice over time (2003-2007). *Fam Pract* 2011;28:624-31.
- 22 De Bakker DH, Coffie DS, Heerdink ER, Van Dijk L, Groenewegen PP. Determinants of the range of drugs prescribed in general practice: a cross-sectional analysis. *BMC Health Serv Res* 2007;7:132.



Echografie bij schouderpijn: doen of niet?

Samenvatting

Ottenheijm RPG. Echografie bij schouderpijn: doen of niet? Huisarts Wet 2016;59(12):551-3.

De prognose van schouderpijn is ongunstig. De NHG-Standaard Schouderklachten adviseert echografie te overwegen bij patiënten die ondanks behandeling pijn blijven houden. In deze beschouwing beschrijf ik de plaats van echografie in het diagnostisch proces, met als doel het verbeteren van de prognose. Huisartsen stellen bij voorkeur een specifieke diagnose en hebben verschillende visies op de plaats van echografie: aanvragen tijdens de beginfase van een episode, bij chronische klachten of helemaal niet. Echografie is een accuraat instrument voor het stellen van specifieke diagnoses. Bij de grote meerderheid van patiënten maakt echografie het mogelijk om een specifieke diagnose te stellen. Bij patiënten met een eerste episode lijkt behandeling op basis van een echografische diagnose na één jaar echter niet te leiden tot een betere prognose. Deze bevinding ondersteunt het NHG-advies om in de beginfase van een episode geen echografie aan te vragen. Huisartsen kunnen de NHG-Standaard blijven volgen: overweeg alleen dan een echografie wanneer patiënten ondanks behandeling pijn blijven houden.

INLEIDING

Schouderpijn is een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk en de prognose is ongunstig: 40% van de patiënten is na een jaar nog niet genezen. Meestal is er sprake van een subacromiale aandoening.¹ De NHG-Standaard Schouderklachten adviseert om schouderklachten in te delen op basis van pijn en de bevindingen van het lichamelijk onderzoek. De Standaard ontraadt het om een specifieke diagnose te stellen, een classificatie die berust op onderliggende pathologische anatomische aandoeningen. Met de gegevens uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek kan je immers doorgaans niet precies vaststellen wat de oorzaak van de schouderpijn is of welke structuur is aangedaan. Wel geven de anamnese en het lichamelijk onderzoek een indicatie voor de lokalisatie: een afwijking in het subacromiale gebied of glenohumerale gewricht. Daarom luidt het advies om een stapsgewijze behandeling te starten, die is gericht op de pijn en/of het beperken of voorkómen van disfunctioneren.¹

Bij deze aanpak is de behandeling dus niet gericht op een specifieke diagnose. Verwijzing voor aanvullende beeldvormende diagnostiek om een specifieke oorzaak aan te tonen of uit te sluiten, zoals echografie, is pas aan te raden bij patiënten die ondanks behandeling klachten blijven houden.¹ Huisartsen vragen echter geregeld een echografie van de schouder aan. In het adherentiegebied van een Limburgs ziekenhuis vragen huisartsen jaarlijks ongeveer tweeduizend keer een echografie van de schouder aan.² Het diagnostisch proces zoals de NHG-Standaard dat beschrijft lijkt eenvoudig, maar uit de prognose blijkt dat het huidige beleid niet optimaal is. Be-

langrijke vragen zijn: hoe ervaart de huisarts dit diagnostisch proces en kunnen we de prognose verbeteren door te starten met een behandeling die zich richt op een echografische diagnose bij patiënten met een eerste episode van schouderpijn (duur minder dan drie maanden)?

AANBEVELINGEN VOOR DE HUISARTS

Aanvullende diagnostiek is alleen van waarde als we daarmee de behandeling en dus de prognose kunnen verbeteren. De NHG-Standaard beveelt echografie niet aan tijdens de beginfase van een eerste episode van schouderpijn, waarbij de huisarts een subacromiale aandoening vermoedt. Uit ons onderzoek blijkt dat de prognose niet lijkt te verbeteren wanneer de behandeling is gebaseerd op een echografische diagnose. Huisartsen kunnen de NHG-Standaard blijven volgen: overweeg een echografie indien patiënten ondanks behandeling pijn blijven houden.¹ Er is dus nog geen bewijs om hiervan af te wijken. In het kader van een zinnig en zuinig aanvraagbeleid kan dit advies wel worden aangevuld voor patiënten bij wie de huisarts een subacromiale aandoening vermoedt: overweeg een echografie bij een leeftijd ≥ 40 jaar, omdat bij de meerderheid van deze groep echografisch een subacromiale aandoening is vast te stellen. Daarnaast kan men echografie ook inzetten om patiënten gerust te stellen, zeker wanneer er sprake is van ongunstige prognostische factoren, zoals pijn die al lange tijd bestaat en ernstige pijn.

DE UITGEVOERDE ONDERZOEKEN

Perspectief op het diagnostisch proces

Uit semigestructureerde interviews met achttien doelgericht gekozen huisartsen blijkt dat huisartsen gebruikmaken van

De kern

- Bij patiënten met schouderpijn luidt het advies geen specifieke diagnose te stellen en de behandeling te richten op pijn en beperkingen. De prognose is ongunstig: 40% is na één jaar niet genezen.
- De prognose lijkt niet te verbeteren bij patiënten met een eerste episode van subacromiale schouderpijn (duur minder dan drie maanden) indien men start met een behandeling die gebaseerd is op een echografische diagnose.
- Huisartsen kunnen de NHG-Standaard blijven volgen: overweeg alleen een echografie wanneer patiënten ondanks behandeling pijn blijven houden.

Universiteit Maastricht, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, postbus 616, 6200 MD Maastricht; dr. R.P.G. Ottenheijm, kaderhuisarts bewegingsapparaat • Correspondentie: ramon.ottenheijm@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is gebaseerd op het proefschrift: Ottenheijm RPG. Ultrasound imaging to tailor treatment of shoulder pain in general practice. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2015.

een variëteit aan diagnostische classificaties en dat, ondanks aanbevelingen in de NHG-Standaard, ze toch graag een specifieke diagnose stellen.³ Daarnaast verschillen huisartsen onderling in de gehanteerde strategie om tot een diagnose te komen. Deze verschillen zijn gebaseerd op kennis en persoonlijke ervaring, maar ook op voorkeuren van patiënten. De deelnemende huisartsen vertellen dat het aanvragen van beeldvormende diagnostiek en intercollegiale consultatie of verwijzing kan helpen om meer greep te krijgen op het diagnostisch proces of om de patiënt gerust te stellen. De deelnemende huisartsen verschilden van mening over de plaatsbepaling van echografie. Er zijn huisartsen die echografie aanvragen bij eerste episoden van schouderpijn, terwijl andere dit pas doen bij chronische klachten of vinden dat ze geen toegevoegde waarde heeft.

Diagnostische waarde

De diagnostische waarde van echografie bij subacromiale aandoeningen was tot dusver alleen onderzocht voor volledige en partiële dikterupturen van de rotator cuff-pezen in patiëntenpopulaties in het ziekenhuis. Van de subacromiale aandoeningen die we vooral in de huisartsenpraktijk verwachten bij een eerste episode van schouderpijn – tendinopathie, tendinitis calcarea en bursitis subacromialis-subdeltoidea – was de diagnostische waarde van echografie nog niet bekend. In een systematische review met meta-analyse hebben we de diagnostische waarde van echografie voor het gehele spectrum van subacromiale aandoeningen onderzocht.⁴ We hebben 23 onderzoeken geïncludeerd, waarvan er geen enkele in de huisartsenpraktijk is uitgevoerd. [Tabel 1] geeft het aantal onderzoeken per aandoening en de sensitiviteit en specificiteit weer. Statische pooling was alleen mogelijk voor volledige en partiële dikterupturen. Deze resultaten laten zien dat echografie geschikt is voor het aantonen (specificiteit) van de subacromiale aandoeningen en dat het uitsluiten ervan (sensitiviteit) minder accuraat is voor tendinopathie en partiële dikterupturen. We moeten de resultaten wel met enige voorzichtigheid interpreteren, omdat het patiëntenpopulaties uit het ziekenhuis betreft.

Tabel 1 Diagnostische waarde van echografie voor de subacromiale aandoeningen

Aandoening	Aantal onderzoeken	Sensitiviteit (%)	Specificiteit (%)
Volledige dikteruptuur	22	95*	96*
Partiële dikteruptuur	15	72*	93*
Tendinopathie	2	67-93	88-100
Tendinitis calcarea	2	100	85-98
Bursitis	3	79-81	94-98

* Statistische pooling

Specifieke diagnoses

We hebben een prospectief observationeel onderzoek uitgevoerd, waarbij een ervaren radioloog bij 129 patiënten met een leeftijd tussen 18 en 65 jaar een gestandaardiseerde echografie heeft gemaakt.⁵ Inclusiecriteria waren een beginfase van een eerste episode van schouderpijn, waarbij de huisarts op basis van de diagnostische classificatie uit de NHG-Standaard tot de conclusie kwam dat er sprake was van een subacromiale aandoening. Bij 81% van de patiënten kon de radioloog een subacromiale aandoening vaststellen en bij de helft hiervan zag hij minimaal twee aandoeningen. [Tabel 2] geeft de frequentie weer van de gevonden subacromiale aandoeningen. Tendinitis calcarea blijkt met 50% de meest gevonden specifieke diagnose. Leeftijd ≥ 40 jaar bleek de belangrijkste voorspeller te zijn voor het hebben van een subacromiale aandoening (oddsratio 14,93, 95%-BI 5,17-43,14). Meer dan 90% van de patiënten ≥ 40 jaar had een subacromiale aandoening, terwijl dit percentage bij patiënten jonger dan 40 jaar 39% was.

Het effect van behandeling op maat

Bij een volgend onderzoek, een gerandomiseerde klinische trial,⁶ was de onderzoekspopulatie gelijk aan die uit het bovengenoemde prospectieve observationele onderzoek. Alle patiënten kregen een behandeling door hun eigen huisarts; de eerste twee weken met paracetamol of NSAID. Na deze twee weken bleken achttien patiënten genezen te zijn. De overige 111 patiënten hebben we gelijk verdeeld over twee onderzoeksgroepen: behandeling op basis van de echografisch vastgestelde specifieke diagnose (interventiegroep) vergeleken we met behandeling volgens de NHG-Standaard (controlegroep). Ervaren radiologen hebben op een gestandaardiseerde manier echografieën gemaakt. Voor de interventiegroep was een

Tabel 2 Frequentie van echografisch vastgestelde specifieke diagnoses

Aandoening	Frequentie (%)
Geen afwijking gevonden	19
Aandoening aanwezig	81
Specifieke aandoeningen	
■ Tendinitis calcarea	50
■ Tendinopathie	29
■ Bursitis	20
■ Partiële dikterupturen	19
■ Volledige dikterupturen	3

Abstract

Ottenheijm RPG. Ultrasound imaging for shoulder pain: is it necessary? *Huisarts Wet* 2016;59(12):551-3.

The prognosis of shoulder pain is unfavourable. According to the guidelines of the Dutch College of General Practitioners, ultrasound imaging should be considered if pain is refractory. This review discusses the role of ultrasound in the diagnostic work-up, with a view to improving the prognosis. While general practitioners would prefer to establish a specific diagnosis, the role of ultrasound is not unequivocal – is it necessary, or should it be ordered early in the disorder or only if symptoms become chronic? Although ultrasound is accurate for diagnosing specific disorders and allows a diagnosis to be established in most patients, the prognosis of patients with a first episode of shoulder pain treated on the basis of ultrasound findings does not seem to be improved after 1 year. This supports the College's recommendation that ultrasound not be ordered in the early phase of an episode and that it should be considered only in patients with refractory pain.

Tabel 3 Eerste behandelstap naar aanleiding van een echografische diagnose

Aandoening	Eerste behandelstap
Tendinitis calcarea	Corticosteroidinjectie
Tendinopathie	Fysiotherapie
Bursitis	Corticosteroidinjectie
Partiële dikterupturen	Fysiotherapie
Volledige dikterupturen	Verwijzing orthopedie

behandelplan opgesteld [tabel 3]. Voor de primaire uitkomstmaat, genezing na één jaar, laten de resultaten een niet-significant effect zien in het voordeel van de interventiegroep (72,5% versus 60%; oddsratio 2,24; 95%-BI 0,72-6,89; $p = 0,16$). Tevens was er geen verschil in het aantal verwijzingen naar een medisch specialist of fysiotherapeut en het aantal corticosteroidinjecties. Helaas kunnen we geen definitieve conclusies trekken, omdat er te weinig patiënten waren geïncludeerd.

BESCHOUWING

De prognose lijkt niet te verbeteren bij patiënten met een eerste episode van subacromiale schouderpijn (duur minder dan drie maanden) indien de huisarts start met een behandeling op basis van een echografische diagnose. Helaas kunnen we nog geen harde conclusies trekken, omdat er te weinig patiënten aan dit onderzoek hebben deelgenomen. Aangezien echografie aanvullende diagnostiek betreft, lijkt het gerechtvaardigd om hier vanaf te zien in de beginfase van een episode en deze zoals de NHG-Standaard adviseert te reserveren voor aanhoudende klachten.

Echografie blijkt een accuraat diagnosticum te zijn voor het stellen van specifieke diagnoses, maar we moeten er wel rekening mee houden dat ze voor het uitsluiten van een tendinopathie en partiële peesruptuur minder betrouwbaar is. Dat komt onder andere doordat de diagnostische criteria voor tendinopathie en partiële rupturen overlappen. We moeten de resultaten wel met enige voorzichtigheid interpreteren, omdat het patiëntenpopulaties uit het ziekenhuis betreft. Bij het merendeel van de patiënten van 40 jaar of ouder met een eerste episode van subacromiale schouderpijn kan de radioloog echografisch een specifieke diagnose stellen. In het kader van zinnig en zuinig aanvragen lijkt het gerechtvaardigd om dit leeftijds criterium te gebruiken, indien de huisarts echografie overweegt.

Huisartsen vragen geregeld echografie van de schouder aan.² Dit leidt tot specifieke diagnoses. De NHG-Standaard gaat niet in op de diagnostiek, behandeling en prognose van de specifieke diagnoses. Door een gebrek aan kennis kan dit, zoals verondersteld in de NHG-Standaard, leiden tot onnodige verwijzingen. In ons onderzoek bleek er echter geen verschil te zijn in het aantal verwijzingen naar een medisch specialist of fysiotherapeut. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de deelnemende huisartsen informatie hebben ontvangen over de pathofysiologie en het natuurlijk beloop van de echografisch vastgestelde specifieke diagnose. Bij een herziening van de NHG-Standaard zou men hier aandacht aan kun-

nen besteden. Tevens kunnen huisartsen consultatie van een kaderhuisarts bewegingsapparaat overwegen, omdat deze verwijzing naar een medisch specialist kan voorkomen.⁷

Huisartsen blijken een variëteit aan diagnostische classificaties te gebruiken en, hoewel de NHG-Standaard dat niet adviseert, een voorkeur te hebben voor specifieke diagnoses. De vraag dringt zich op waarom ze deze voorkeur hebben, zeker nu blijkt dat de prognose niet lijkt te verbeteren als ze in de beginfase van een episode echografisch een specifieke diagnose stellen. De NHG-Standaard hanteert een classificatie op basis van pijn en beperkingen. Mogelijk vinden huisartsen het moeilijk om deze indeling te gebruiken. Een van de strategieën die huisartsen hanteren bij het omgaan met diagnostische onzekerheid, is het aanvragen van echografie, zowel in de beginfase als bij chronische klachten. Nu blijkt dat de prognose niet verbetert met echografie in de beginfase, kunnen huisartsen dat met hun patiënten bespreken. Voor een goede onderlinge communicatie tussen huisarts, fysiotherapeut en medisch specialist is een eenduidige classificatie aan te bevelen. Zowel de Nederlandse Orthopaedische Vereniging als het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie heeft de term 'subacromiale pijn' opgenomen in zijn richtlijn.^{8,9} Bij een herziening van de NHG-Standaard kan deze classificatie worden overgenomen.

CONCLUSIE

Dit onderzoek laat zien dat bij patiënten met een eerste episode van subacromiale schouderpijn een behandeling die gebaseerd is op een echografische diagnose de prognose na één jaar niet verbetert. Huisartsen kunnen de NHG-Standaard blijven volgen: overweeg alleen een echografie wanneer patiënten ondanks behandeling pijn blijven houden. ■

LITERATUUR

- Winters JC, Van der Windt DAWM, Spinnewijn WEM, De Jongh AC, Van der Heijden GJMG, Buis PAJ, et al. NHG-Standaard Schouderklachten. Huisarts Wet 2008;51:555-65.
- Ottenheijm RP, Van 't Klooster IG, Starmans LM, Vanderdood K, De Bie RA, Dinant GJ, et al. Ultrasound-diagnosed disorders in shoulder patients in daily general practice: a retrospective observational study. BMC Fam Pract 2014;15:115.
- Ottenheijm RP, Hesselmanns NJ, Kemper A, Moser A, De Bie RA, Dinant GJ, et al. GPs' perspectives on the diagnostic work-up in patients with shoulder pain: a qualitative study. J Eval Clin Pract 2014;20:239-45.
- Ottenheijm RPG, Jansen MJ, Staal JB, Van den Bruel A, Weijers RE, De Bie RA, et al. Accuracy of diagnostic ultrasound in patients with suspected subacromial disorders: a systematic review and meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil 2010;91:1616-25.
- Ottenheijm RP, Cals JW, Weijers R, Vanderdood K, De Bie RA, Dinant GJ. Ultrasound imaging for tailored treatment of patients with acute shoulder pain. Ann Fam Med 2015;13:53-5.
- Ottenheijm RP, Joore MA, Walenkamp GH, Weijers RE, Winkens B, Cals JW, et al. The Maastricht Ultrasound Shoulder pain Trial (MUST): ultrasound imaging as a diagnostic triage tool to improve management of patients with non-chronic shoulder pain in primary care. BMC Musculoskelet Disord 2011;12:154.
- CHBB. Kaderhuisarts Bewegingsapparaat. www.chbb-register_kaderhuisarts_bewegingsapparaat_2012-1_1_0.pdf.
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging. Richtlijn diagnostiek en behandeling van het subacromiaal pijnsyndroom. 's-Hertogenbosch: Nederlandse Orthopaedische Vereniging; 2012; www.orthopeden.org.
- Jansen MJ, Brooijmans F, Geraets JJR, Lenssen AF, Ottenheijm RPG, Penning LIF, et al. KNGF Evidence statement Subacromiale klachten. Ned Tijdschr Fysiother 2011;121:supplement.

Huisarts in contact mét en over de patiënt

In de zorg voor mensen met chronische aandoeningen is ruimte voor substitutie. Dat houdt in dat een deel van de zorg die nu in de tweede lijn wordt geleverd, kan worden geboden in de eerste lijn en dat patiënten dus eerder terugverwezen kunnen worden naar de huisarts en de praktijkondersteuner. Voor het NHG is een van de voorwaarden voor substitutie dat het geen nadeel oplevert voor patiënten voor wat betreft de kwaliteit en continuïteit van zorg.

Wij vroegen mensen met een chronische aandoening uit het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (zie [kader]) hoe zij aankijken tegen de continuïteit van de zorg en hoe ze het contact ervaren met de huisarts en de specialist over wat zij belangrijk vinden in hun zorg.

PATIËNTEN EN HUN ZIEKTEGESCHIEDENIS

Drie kwart van de respondenten die het afgelopen jaar contact hadden met hun huisarts en/of specialist geeft aan dat huisarts en specialist goed op de hoogte zijn van hun medische geschiedenis, weten waarvoor zij de laatste keer langskwamen en wat er toen is afgesproken (zie [figuur]). Circa twee derde van hen geeft aan dat zij de huisarts goed kennen en dat de huisarts hun familieomstandigheden goed kent. Voor de medisch specialist liggen deze percentages iets lager, waaruit we kunnen concluderen dat de huisarts hen nader staat voor wat betreft hun persoonlijke situatie dan de medisch specialist.

WETEN WAT PATIËNTEN BELANGRIJK VINDEN

De [figuur] laat zien dat 57% van de ondervraagde panelleden aangeeft dat de huisarts weet wat zij belangrijk vinden en dat iets minder dan de helft volgens patiënten *niet* goed weet wat zij belangrijk vinden in de zorg. Om de continuïteit van zorg te waarborgen zouden huisartsen en specialisten daarvan wél op de hoogte moeten zijn en zou het eveneens relevant zijn om

te weten of de patiënt bij voorkeur in de eerste of de tweede lijn behandeld zou willen worden.

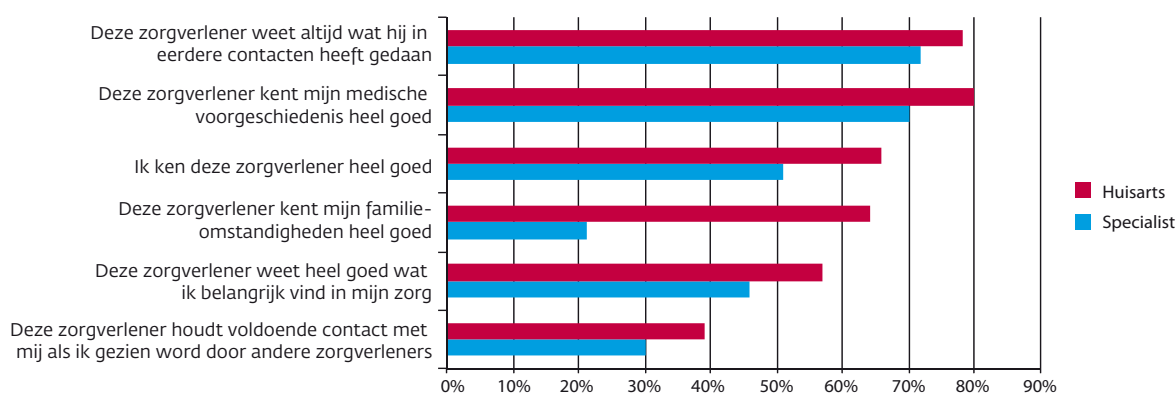
IN CONTACT BLIJVEN

Van de 57% van de patiënten die aangeven dat hun huisarts weet wat zij belangrijk vinden in hun zorg, geeft 68% aan dat deze ook voldoende contact met hen houdt als ze worden gezien door andere zorgverleners, zoals de medisch specialist. Van de 43% van de patiënten die aangeven dat hun huisarts *niet* goed op de hoogte is van wat ze willen, is dat slechts 15%. Hetzelfde patroon is zichtbaar als het gaat om het contact met de medisch specialist.

Uit onze resultaten blijkt dat huisartsen de situatie van patiënten goed kennen en goed zijn geïnformeerd over hun ziektegeschiedenis, maar dat dit er niet automatisch toe leidt dat de huisarts volgens patiënten ook weet wat zij belangrijk vinden in de zorg. Vanuit het oogpunt van substitutie en continuïteit van zorg, is het belangrijk als huisartsen goed in contact blijven met de patiënten ook wanneer die voor hun chronische aandoening (tijdelijk) gezien worden door een andere zorgverlener.

In het voorjaar van 2016 namen 1.593 zelfstandig wonende mensen met een chronische ziekte deel aan het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (responspercentage 72%). Panelleden zijn geselecteerd in huisartsenpraktijken op basis van een door een arts gestelde diagnose. Drieënvijftig procent betrof vrouwen, 60% was ouder dan 65 jaar, 38% had één chronische aandoening en 62% had twee of meer chronische aandoeningen, zoals diabetes, astma of COPD, en hart- en vaatziekten. Voor het vaststellen van continuïteit is gebruikgemaakt van de Nijmegen Continuity Questionnaire. Voor meer informatie zie www.nivel.nl/panels/nationaal-panel-chronisch-zieken-en-gehandicapten en het jaarverslag 2015 van de NPCG.

Figuur Beoordeling van het contact met de huisarts en de specialist door mensen met een chronische ziekte, percentage dat het (zeer) eens is met een bepaalde uitspraak, 2016 (n huisarts = min. 1138, max. 1255; n specialist = min. 716, max. 867)



Behandeling langdurige draaiduizeligheid

Welke literatuur heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag waarop een aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) promoveert? In (Ver)stand van zaken leest u een korte samenvatting. Coördinatie: Nadine Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

Is in de eerste lijn een effectieve, goedkope behandeling mogelijk voor langdurige draaiduizeligheid als gevolg van perifere aandoeningen van het evenwichtsorgaan?

HUIDIG BELEID

Veelvoorkomende perifere oorzaken van draaiduizeligheid zijn benigne paroxysmale positionele draaiduizeligheid (BPPD), neuritis vestibularis en de ziekte van Ménière. De beschikbare medicatie voor deze aandoeningen is vooral gericht op symptoomverlichting. De NHG-Standaard Duizeligheid geeft als enig advies bij langdurige draaiduizeligheid de patiënt te stimuleren om te blijven bewegen. Vestibulaire revalidatie wordt niet benoemd in de NHG-Standaard. Deze oefentherapie voor draaiduizeligheid veroorzaakt door een verstoorde functie van het evenwichtsorgaan bestaat uit verscheidene lichamelijke oefeningen, die dagelijks moeten worden uitgevoerd gedurende zes weken. Hierdoor went het lichaam aan de verstoorde signalen uit het beschadigde evenwichtsorgaan. Een compensatiemechanisme van het centraal zenuwstelsel zorgt er vervolgens voor dat de duizeligheidsklachten afnemen. De patiënt kan de oefeningen zelfstandig uitvoeren aan de hand van een boek of onder begeleiding van een fysiotherapeut.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Ieder jaar ziet de gemiddelde huisarts 10-20 patiënten met draaiduizeligheid, voornamelijk vrouwen. Het merendeel van de duizelige patiënten wordt behandeld door de huisarts, meestal door middel van geruststelling of symptomatische medicatie. Bij langdurige klachten van draaiduizeligheid kan vestibulaire revalidatie worden overwogen. In een recent onderzoek onder Nederlandse huisartsen gaf echter slechts 6,8% van de ondervraagden aan hiervan gebruik te maken.² De belangrijkste reden hiervoor was onbekendheid met de behandeling. Door een makkelijk toegankelijke, goedkope vorm van vestibulaire revalidatie aan het arsenaal van de huisarts toe te voegen, kan de zorg voor een grote groep patiënten met langdurige duizeligheid mogelijk aanzienlijk verbeterd worden.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

In een Cochrane-review uit 2015 is de veiligheid en effectiviteit van vestibulaire revalidatie als behandeling van perifere aandoeningen van het evenwichtsorgaan nagegaan.³ Er werden 39 RCT's geïnccludeerd met in totaal 2.441 volwassen patiënten.

Enkele patiënten ervoeren een tijdelijke toename van duizeligheid of milde spierpijn. Ernstige bijwerkingen traden niet op. Alle grotere onderzoeken (> 100 patiënten) in de review waarin vestibulaire revalidatie werd vergeleken met geen, of een placebo-interventie, toonden een significante afname van duizeligheidsklachten in het voordeel van vestibulaire revalidatie. Slechts drie RCT's werden uitgevoerd in de eerste lijn. Daarin werd vestibulaire revalidatie aangeboden met behulp van verpleegkundige begeleiding (n = 170; n = 276; n = 330). Deze drie trials toonden elk ook een significante afname van duizeligheidsklachten.

Recent is in Engeland een online interventie ontwikkeld waardoor patiënten thuis via een website toegang kunnen krijgen tot vestibulaire revalidatie. Online interventies zijn een goedkope, toegankelijke behandeloptie om een grote groep patiënten te bereiken. De therapietrouw bij internetgebaseerde interventies zonder begeleiding is echter vaak relatief laag. Door een online interventie te combineren met begeleiding door een zorgverlener, bekend als *blended care*, kan de therapietrouw verbeterd worden. Bovendien zijn bepaalde patiënten mogelijk meer gebaat bij extra begeleiding. Een online vestibulaire revalidatie-interventie voor langdurige duizeligheid met begeleiding is nooit eerder onderzocht in de huisartsenpraktijk.

CONCLUSIE

Vestibulaire revalidatie is een veilige en effectieve behandeling voor draaiduizeligheid als gevolg van een verstoorde functie van het evenwichtsorgaan. Deze behandeling is nog onbekend bij veel Nederlandse huisartsen, maar blijkt als zelfhulpmethode effectief te zijn in boek- en internetvorm. Het meeste onderzoek naar langdurige draaiduizeligheid is verricht in de tweede lijn.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is de klinische en kosteneffectiviteit van internetgebaseerde vestibulaire revalidatie (met of zonder begeleiding) bij vijftigplussers in de huisartsenpraktijk? ■

LITERATUUR

- 1 Verheij AAA, Van Weert HCPM, Lubbers WJ, Van Sluisveld ILL, Saes GAF, Eizenga WH, et al. NHG-Standaard Duizeligheid. Huisarts Wet 2002;45:601-9.
- 2 Van Vugt VA, Diaz Nerio PM, Van der Wouden JC, Van der Horst HE, Maarsingh OR. Use of canalith repositioning manoeuvres and vestibular rehabilitation: a Dutch GP survey. Scand J Prim Health Care; in press.
- 3 McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database Syst Rev 2015;1:CD005397.

VU Medisch Centrum, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, room D-550, 1081 BT Amsterdam; V. van Vugt, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: v.vanvugt@vumc.nl

Belangrijkste wijzigingen

- De rol van de huisarts in verschillende fasen van het zorgproces (bij verwijzing naar de mammopoli, het aanbieden van een vervolcontact na de diagnose en in de nazorg) is toegevoegd.
- Het beleid bij familiale belasting (indicaties voor screening buiten het bevolkingsonderzoek en voor verwijzing naar een klinisch geneticus) is herzien en weergegeven in [stroomdiagram 2].
- Vrouwen met een uitslag BI-RADS 0 (onvolledig onderzoek) in het bevolkingsonderzoek borstkanker worden vanaf 1 juli 2017 verwezen naar een afdeling radiologie van een ziekenhuis waar ook een mammopoli is (was: naar de mammopoli).
- Postmenopauzale vrouwen met tepeluitvloed (ongeacht de kleur) worden naar de mammopoli verwezen (was: geen reden voor mammogram of verwijzen bij melkachtige of heldere tepeluitvloed).

Kernboodschappen

- Bij vrouwen in de leeftijdsgroep 50 tot 75 jaar worden zeven van de tien gevallen van borstkanker gevonden via het bevolkingsonderzoek borstkanker; drie van de tien gevallen worden door de patiënt zelf tussen twee screeningsrondes door opgemerkt.
- Bij vrouwen met nieuwe, gelokaliseerde klachten is een recent niet-afwijkend mammogram geen reden om van de richtlijnen diagnostiek en beleid af te wijken.
- Bij vrouwen van 30 jaar en ouder is het mammogram het beeldvormend onderzoek van eerste keus. Bij vrouwen die jonger zijn dan 30 jaar, zwanger zijn of borstvoeding geven heeft echografie de voorkeur boven een mammogram.
- Een niet-afwijkend mammo- of echogram sluit een maligniteit niet met zekerheid uit. Verwijs daarom naar

een mammopoli indien drie maanden na een niet-afwijkend mammo- of echogram nog steeds sprake is van een knobbel of gelokaliseerde pijn in één borst.

- Op basis van de familieanamnese kan er een indicatie bestaan voor screening buiten het bevolkingsonderzoek of verwijzing naar een klinisch geneticus (zie [stroomdiagram 2]). Vrouwen met een indicatie voor screening buiten het bevolkingsonderzoek komen van hun 40e tot 50e levensjaar in aanmerking voor een jaarlijks mammogram via de huisarts; van 50 tot 75 jaar kunnen zij participeren in het bevolkingsonderzoek. Vrouwen met een indicatie voor verwijzing naar de klinisch geneticus ontvangen daar indien nodig een screeningsadvies.
- Vrouwen ouder dan 60 jaar die ten minste vijf jaar geleden borstsparend behandeld zijn voor borstkanker kunnen doorgaans door de behandelend specialist voor de nacontroles naar de huisarts worden terugverwezen.

INLEIDING

De NHG-Standaard Borstkanker bestaat uit zes delen. Deze bevatten aanbevelingen voor:

- de diagnostiek bij vrouwen die de huisarts bezoeken met klachten van de borst(en);
- het beleid bij klachten van de borst(en);
- de rol van de huisarts bij verwijzing naar de mammopoli;
- de follow-up na de behandeling voor borstkanker;
- het beleid bij familiale belasting: indicaties voor screening en verwijzing naar een klinisch geneticus;
- de rol van de huisarts bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker.

Bij het opstellen van deze aanbevelingen is zoveel mogelijk aangesloten bij de multidisciplinaire richtlijn borstkanker.¹

Diverse ontwikkelingen maakten herziening van de standaard noodzakelijk, zoals de veranderde indicaties voor screening buiten het bevolkingsonderzoek en verwijzing naar een klinisch geneticus op basis van familiale belasting, de nieuwe verwijsroute voor patiënten met een uitslag BI-RADS 0 in het bevolkingsonderzoek borstkanker vanaf 1 juli 2017 en de ontwikkelingen rond de rol van de huisarts in de verschillende fasen in het zorgproces van patiënten met borstkanker (zie ook het

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd, en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen. Evenmin bevatten standaarden gedetailleerde aanwijzingen over de beoordeling van het spoedeisende karakter van een hulpvraag als de patiënt zich telefonisch meldt bij de triagist tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of bij de praktijkassistente tijdens praktijkuren. Meer gedetailleerde informatie hierover is te vinden in de NHG-TriageWijzer. Ook bij telefonische spoedbeoordeling geldt dat de huisarts verantwoordelijk blijft en moet toezien op de kwaliteit.

De werkgroep bestond uit (op alfabetische volgorde): De Bock GH, Bronsgeest MHE, Corsten MC, Hinloopen RJ, Korver JC, De Meij MA, Verstappen V, Van der Wee GM, Wittenberg J. NHG-Standaard Borstkanker (derde herziening). Huisarts Wet 2016;12(59):556-67.

De NHG-Standaard Borstkanker is geactualiseerd ten opzichte van de NHG-Standaard Diagnostiek van mammacarcinoom (Huisarts Wet 2008;51(12):598-609).

NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk).

In deze standaard wordt niet ingegaan op de diagnostiek en het beleid bij goedaardige aandoeningen, zoals een fibroadenoom of een cyste. Ook wordt, gezien de zeldzaamheid (in Nederland krijgen ongeveer 100 mannen per jaar de diagnose borstkanker) niet ingegaan op de diagnostiek en het beleid van borstkanker bij mannen. Desalniettemin is het van belang dat huisartsen bij mannen die zich op het spreekuur presenteren met klachten van de borst(en) en/of tepel(s) laagdrempelig aanvullende diagnostiek laten verrichten of verwijzen.

ACHTERGRONDEN

Epidemiologie

Borstkanker is de meest voorkomende maligniteit bij Nederlandse vrouwen. De kans dat een vrouw gedurende haar leven invasief borstkanker of ductaal carcinoma in situ (DCIS) krijgt, is ongeveer 12% (1 op de 8 vrouwen). In Nederland werd in 2015 bij 14.551 vrouwen invasief borstkanker en bij 2548 vrouwen DCIS gediagnosticeerd. Hiervan werd 4% voor het 40e levensjaar, 16% tussen het 40e en 50e levensjaar, 26% tussen het 50e en 60e levensjaar en 54% na het 60e levensjaar vastgesteld.²

Door de vervroegde ontdekking van tumoren via het bevolkingsonderzoek borstkanker bij vrouwen van 50 tot 75 jaar, de verbeterde stadiëring en de toepassing van radio-, chemo-, immuno- en antihormonale therapie is de prognose van borstkanker de laatste decennia aanzienlijk verbeterd. De vijfjaarsoverleving van vrouwen met borstkanker is op dit moment 86%, de tienjaarsoverleving is ongeveer 77%. Borstkanker met metastasen op afstand geldt als niet-cureel. Er is echter een grote spreiding in de overlevingsduur; na tien jaar is ongeveer 10% van de patiënten nog in leven. Van de vrouwen met metastasen heeft circa 85% uitzaaiingen in het skelet en circa 50% levermetastasen. In mindere mate betreft het uitzaaiingen in de longen en de hersenen. Per jaar sterven ongeveer 3200 vrouwen aan borstkanker; het is voor vrouwen in de leeftijd van 30

tot 59 jaar een van de meest voorkomen- de doodsoorzaken.³

In een normpraktijk worden gemiddeld ieder jaar twee nieuwe gevallen van invasief borstkanker of DCIS vastgesteld en bedraagt het aantal vrouwen met de diagnose in de voorgeschiedenis ongeveer 20-25.²

Vrouwen hebben na een in opzet curatieve behandeling voor borstkanker een kans van ongeveer 5% dat zij binnen vijf jaar na de operatie een lokaal of regionaal recidief of tweede primaire borst-tumor krijgen.⁴

Kans op borstkanker bij klachten

In de Nederlandse huisartsenpraktijk was in 2014 de incidentie van de klacht 'knobbel of zwelling in de borsten' ongeveer 9 per 1000 vrouwen per jaar. De incidentie van de klachten 'pijn in één of beide borsten', 'symptomen of klachten van de tepel' en 'angst voor borstkanker' was respectievelijk 7, 3 en 3 per 1000 vrouwen per jaar. De kans op borstkanker bij vrouwen met een 'knobbel of zwelling in de borsten' is ongeveer 8 tot 9%, bij 'symptomen of klachten van de tepel' 1 tot 4%, bij 'pijn in één of beide borsten' 1% en bij 'angst voor borstkanker' 1 tot 4%. Bij 70-plussers is de kans op een maligniteit bij tepeluitvloed groter dan 20% en bij tepelintrekking groter dan 10%.⁵

Risicofactoren

De belangrijkste risicofactor voor het krijgen van borstkanker is leeftijd. Op basis hiervan is het bevolkingsonderzoek borstkanker opgezet. Hormonale risicofactoren, zoals vroege menarche, late menopauze, kinderloosheid, late eerste zwangerschap, het niet geven van borstvoeding, het langdurig gebruik van anticonceptiva of postmenopauzaal oestrogeengebruik, geven elk onvoldoende risicoverhoging om screening op borstkanker buiten het kader van het bevolkingsonderzoek te rechtvaardigen. Dit geldt ook voor risicofactoren als alcoholgebruik en postmenopauzaal overgewicht.⁶

Patiënten komen voor screening buiten het bevolkingsonderzoek borstkanker in aanmerking indien er sprake is van:

- een verhoogd risico op borstkanker op basis van de familieanamnese;
- dragerschap van een BRCA1- of BRCA2-mutatie (of 50% kans hierop) of mutaties in andere risicogenen, zoals CHEK2, en in zeldzamere gevallen PTEN, TP53 en NF1 (NB: al deze genmutaties kunnen ook overerven via de mannelijke lijn);^{7,8}
- invasief borstkanker in de voorgeschiedenis;
- DCIS in de voorgeschiedenis;
- thoraxbestraling voor het 40e levensjaar in de voorgeschiedenis, bijvoorbeeld voor Hodgkinlymfom.⁹

Pathologie en pathofysiologie

Op basis van de histologie wordt onderscheid gemaakt tussen carcinoma in situ, waarbij de tumor beperkt blijft tot de klierbuizen of -kwabjes in de borst, en invasieve borstkanker, waarbij de tumor invadeert in het vet- en steunweefsel van de borst. Van de tumoren die ontdekt worden is circa 85% invasief borstkanker en gaat het in circa 15% van de gevallen om carcinoma in situ.² Het ductaal carcinoom in situ (DCIS) is zichtbaar als 'kalkspatjes' (calcificaties) op het mammogram. Lobulair carcinoma in situ (LCIS) gaat meestal niet gepaard met calcificaties en wordt veelal als toevalsbevinding gevonden (bijvoorbeeld in een biopsie). Een carcinoma in situ kan niet metastaseren. DCIS wordt in de regel behandeld als een invasief carcinoom om zo eventuele progressie tot een invasief carcinoom voor te zijn. LCIS gaat gepaard met hetzelfde risico op invasieve borstkanker als goed gedifferentieerd DCIS, maar is vaak niet goed af te grenzen; het vervolgbeleid wordt meestal binnen het multidisciplinaire overleg bepaald.

Circa 3% van de maligne afwijkingen van de borst betreft de ziekte van Paget. Dit is een in situ of invasief carcinoom, uitgaande van de ducten waarbij neoplastische cellen infiltreren in de epidermis (het epitheel) van de (tepel) huid. De afwijking kan vanuit de tepel uitbreiden naar de huid en er dan uitzien als eczeem. Meestal is er sprake van eenzijdig gelokaliseerde erythemasquameuze of erosief-crusteuze

laesie(s) van de tepel; soms zonder bijkomende symptomen, soms gepaard gaand met tepeluitvloed, pijn, jeuk en een ingetrokken tepel. Bij de ziekte van Paget is bij circa de helft van de patiënten een tumor palpabel. Bij een Paget in situ carcinoom is de tienjaarsoverleving ongeveer 90%, bij een invasief carcinoom ongeveer 35%.¹⁰

Een andere zeldzame vorm van borstkanker (circa 2% van de maligne afwijkingen van de borst) is inflammatoir borstkanker, ook wel mastitis carcinomatosa genoemd. Het is een zeer agressieve vorm van borstkanker met een slechte prognose (vijfjaarsoverleving 30 tot 40%). Kenmerkend voor inflammatoire borstkanker is een pijnlijke, gespannen en opgezette borst, met diffuse induratie (*peau d'orange*) van de huid, vaak zonder een palpabele afwijking. Het beeld lijkt op een ontsteking met een erysipelasachtig aspect. Koorts ontbreekt echter en antibiotica hebben meestal weinig tot geen effect.¹¹

Behandelingsmogelijkheden tweede lijn

De primaire behandeling van borstkanker bestaat uit chirurgie (borstampuatie of borstsparende operatie). Hieraan kan adjuvante therapie worden toegevoegd om eventuele niet-waarneembare uitzaaiingen te bestrijden en de kans op overleving te vergroten. De keuze voor adjuvante therapie is afhankelijk van klinische kenmerken, zoals TNM-classificatie (tumor grootte, de aanwezigheid van lymfkliermetastasen in de oksel, de aanwezigheid van metastasen op afstand), de tumorsoort, de leeftijd van de patiënt, eventuele comorbiditeit en een aantal tumorkenmerken, zoals hormoonreceptoren en verhoogde expressie van HER2/neu (human epidermal growth factor receptor 2). Adjuvante therapie kan bestaan uit radiotherapie, chemotherapie, immunotherapie (bij HER2/neu overexpressie), antihormonale therapie (bij een hormoongevoelige tumor) of een combinatie hiervan. Na het afwegen van bovenstaande kenmerken wordt een keuze gemaakt uit de diverse behandelingen. Voor de risicostratificatie kan gebruik worden gemaakt van de database van www.adjuvantonline.com. Een nieuwe ontwikkeling om, voor bepaalde typen borstkanker, een inschatting te maken of aanvullende chemotherapie zinvol is, is het gebruik van genexpressieprofielen (bijvoorbeeld MammaPrint®, Oncotype DX®). Behandelaadviezen kunnen complex zijn en vaak zijn er diverse keuzemogelijkheden waarbij de wensen van de patiënt een grote rol spelen.

Chirurgie: borstampuatie of borstsparende operatie, al dan niet met okselklieruitlet. Borstreconstructie kan zowel tijdens de operatie (directe borstreconstructie) als op een later tijdstip worden uitgevoerd.

Radiotherapie: bestraling van de borst en/of oksel volgens diverse schema's. Er is een tendens naar het toepassen van hogere fracties waardoor de behandeling tegenwoordig korter duurt (drie tot zeven weken).

Chemotherapie: kan preoperatief (neoadjuvant) of postoperatief (adjuvant) worden gegeven, voor of na een bestraling. Er bestaan diverse meerdere maanden durende schema's met intraveneuze toediening, zoals EC (epirubicine en cyclofosfamide), AC (adriamycine en cyclofosfamide), docetaxel of paclitaxel.

Immunotherapie: bij HER2/neu positieve borstkanker (10 tot 15% van de borstkankers) zitten er eiwitten op de wand van de tumorcellen die de groei van de tumor bevorderen. Door (meestal intraveneuze) toediening van monoklonale antilichamen (bijvoorbeeld trastuzumab, pertuzumab) wordt de werking van deze eiwitten geblokkeerd.

Antihormonale therapie: bij oestrogeen receptor positieve borstkanker (70 tot 80% van de borstkankers) is antihormonale therapie mogelijk. Er zijn twee werkingsmechanismen bij antihormonale therapie: medicijnen die de hormoonwerking remmen (bijvoorbeeld het anti-oestrogeen tamoxifen) en medicijnen die de hormoonproductie remmen (bijvoorbeeld luteïnizing hormone-releasing hormone (LHRH) agonist (ovariële suppressie) en aromataseremmers (belemmering oestrogeenproductie)). Bij het bepalen van de keuze voor antihormonale therapie speelt de pre- of postmenopauzale status een rol; over het

algemeen bestaat de therapie uit orale tabletten. Zie voor de bijwerkingen van deze middelen het hoofdstuk Follow-up na behandeling, paragraaf Bijwerkingen antihormonale therapie.

Ongeveer 15% van de borstkankers is triple negatief (oestrogeenreceptor negatief, progesteronreceptor negatief en HER2/neu negatief). Dit type tumor reageert niet op antihormonale therapie of immunotherapie, maar vaak wel op chemotherapie. Triple negatieve borstkanker komt vaker voor bij vrouwen met een BRCA-genmutatie.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK BIJ KLACHTEN VAN DE BORST(EN)

Vrouwen met borstklachten zullen zich meestal in de eerste plaats tot hun huisarts wenden. Het kan voor vrouwen beangstigend zijn een afwijking in de borst te ontdekken en vervolgens de stap naar de huisarts te zetten. De angst voor borstkanker roept emoties op die verschillende effecten kunnen hebben: van ontkenning en uitstelgedrag tot ernstige ongerustheid (ook over goedaardige aandoeningen) en veelvuldig bezoek aan de huisarts.

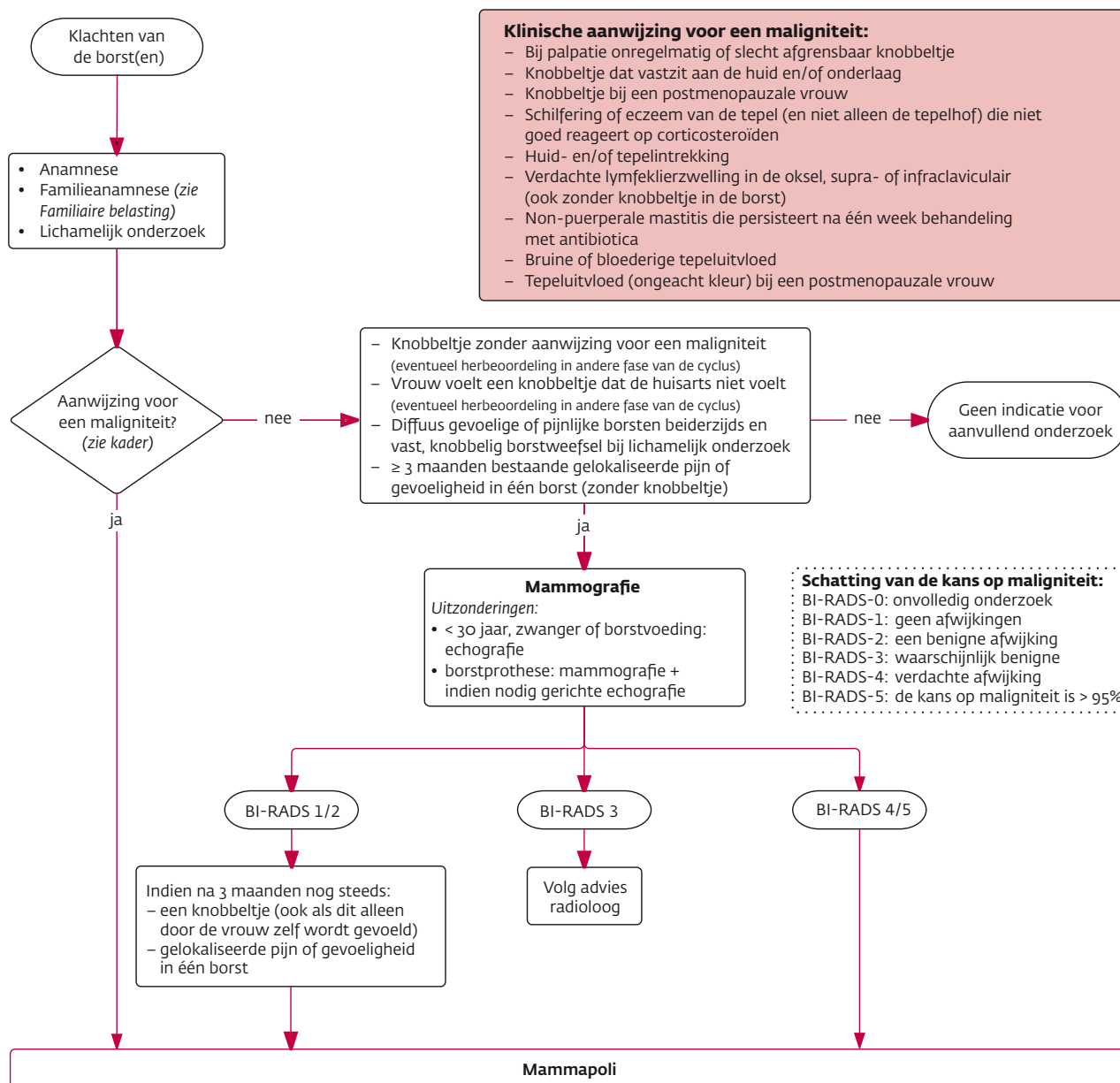
Een mammogram zonder afwijkingen (bevolkingsonderzoek of anderszins) sluit borstkanker niet uit.¹² Bij vrouwen met nieuwe, gelokaliseerde klachten is een recent als niet-afwijkend beoordeeld mammogram daarom geen reden om van de richtlijnen diagnostiek en beleid af te wijken. Zie voor een schematisch overzicht van de richtlijnen diagnostiek en het verwijlsbeleid [stroomdiagram 1].

Anamnese

De huisarts besteedt aandacht aan:

- de aard van de klacht of afwijking (pijn, knobbeltje of tepeluitvloed) en de lokalisatie;
- het tijdstip van ontdekking, invloed van de cyclus;
- de voorgeschiedenis van borstklachten of borstkanker;
- een eventuele thoraxbestraling (bijvoorbeeld voor Hodgkinlymfoom);
- de familiale belasting: het voorkomen van borst-, eierstok-, eileider- en prostaatkanker bij eerste- en tweede-graads familieleden aan zowel ma-

Stroomdiagram 1 Diagnostiek en verwijlsbeleid bij klachten van de borst(en)



ternale als paternale zijde, leeftijd ten tijde van diagnose en eventueel bilateraal of multifocaal karakter van de borstkanker (voor interpretatie en beleid zie Familiaire belasting; indicaties voor screening en verwijzing naar een klinisch geneticus);

- de emoties die de klacht bij de vrouw oproept.

Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek (met steeds links-rechtsvergelijking):

- Inspecteer borsten, tepels en tepelhof terwijl de patiënt zit of staat, met de armen hangend langs het lichaam. Let daarbij op:
 - borsten: vorm, symmetrie, zwelling;
 - huid: kleur, versterkte unilaterale venetekening, intrekkingen, sinaasappelhuid (*peau d'orange*), ulceraties, ec-

zeem, verhevenheden;

- tepels en tepelhof: kleur, vorm, zwellingen, afscheiding, tekenen van ontsteking, lokale huidafwijkingen.

Laat de patiënt achtereenvolgens de armen naast het hoofd heffen en de handen onder aanspanning van de mm. *pectorales majores* in de zij plaatsen. Let daarbij op veranderingen in contouren en symmetrie van de borsten en op intrekkingen van huid en tepels.

Herhaal dit zo nodig, terwijl de patiënt op de rug ligt.

- Palpeer borsten, tepels en tepelhof, terwijl de patiënt ligt. Let daarbij op:
 - pijn;
 - consistentie van het borstweefsel;
 - tumoren: lokalisatie, grootte (geschat in centimeters), vorm, consistentie, oppervlak, afgrensbaarheid van omgeving, beweeglijkheid ten opzichte van huid en onderlaag;
 - tepeluitvloed bij circulaire druk op de tepelhof.

Vraag vrouwen met grote borsten de handen onder het hoofd te leggen bij palpatie van de buitenkwadranten.

- Onderzoek of er palpabele lymfeklieren zijn. Palpeer terwijl de patiënt zit of ligt, met de armen losjes tegen het lichaam, de:
 - supra- en infraclaviculaire ruimten;
 - okselholtes, palpeer met licht gekromde vingers de ribben en de intercostale ruimtes van boven naar beneden;
 - voorste en achterste okselplooi.
 Palpabele klieren worden beoordeeld op grootte, consistentie en beweeglijkheid.

Alarmsymptomen

Verwijs naar de mammapoli bij klinische aanwijzingen voor een maligniteit (zie [tabel 1]).¹²

Aanvullend onderzoek

Indicaties voor aanvullend onderzoek door de huisarts:

- Knobbeltje zonder aanwijzing voor een maligniteit (eventueel de vrouw eerst na twee of zes weken terugzien om te beoordelen of de afwijking in een andere fase van de cyclus spontaan is verdwenen).
- Vrouw voelt een knobbeltje dat de huisarts niet voelt (eventueel de vrouw eerst na twee of zes weken terugzien om te beoordelen of de afwijking in een andere fase van de cyclus spontaan is verdwenen).
- Diffuus gevoelige of pijnlijke borsten beiderzijds in combinatie met vast, knobbelig borstweefsel bij lichamelijk onderzoek.
- Langer dan drie maanden bestaande

Tabel 1 Klinische aanwijzingen voor een maligniteit

• Een bij palpatie onregelmatig of slecht afgrensbaar knobbeltje.
• Een knobbeltje dat vastzit aan de huid en/of onderlaag.
• Een knobbeltje bij een postmenopauzale vrouw.
• Schilfering of eczeem van de tepel (en niet alleen de tepelhof) die niet goed reageert op corticosteroiden. ¹⁰
• Huid- en/of tepelintrekking.
• Verdachte lymfeklierzwellen in de oksel, supra- of infraclaviculair (ook zonder knobbeltje in de borst).
• Non-puerperale mastitis die persisteert na één week behandeling met antibiotica. ¹¹
• Bruine of bloederige tepeluitvloed. ¹³
• Tepeluitvloed (ongeacht kleur) bij een postmenopauzale vrouw. ¹³

gelokaliseerde pijn of gevoeligheid in één borst (zonder knobbeltje).¹⁴ Als de pijnklachten cyclusafhankelijk zijn, kan het mammogram buiten de pijnlijke periode worden gemaakt.

Situaties waarin verwijzing of aanvullend onderzoek niet geïndiceerd is:

- Diffuus gevoelige of pijnlijke borsten beiderzijds en geen vast, knobbelig borstweefsel bij lichamelijk onderzoek: er is geen reden om aan borstkanker te denken.
- Premenopauzaal enkel- of dubbelzijdige, melkachtige of heldere tepeluitvloed. Er is geen reden voor ongerustheid over de aanwezigheid van borstkanker. Differentiaal diagnostisch houdt de huisarts rekening met een melkgangfistel uitmondend op de rand van de tepelhof¹⁵, een melkgangpapilloom of andere oorzaken, zoals hyperprolactinemie (zie de NHG-Standaard Amenorroe).

Aanvullend onderzoek van eerste keus:

- vrouwen ≥ 30 jaar: mammografie;¹⁶
- vrouwen < 30 jaar en vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven: echografie;^{16,17}
- vrouwen met siliconenprothesen: mammografie en indien nodig gericht echografie.¹⁸

Vermeld op de aanvraag de klachten, de bevindingen bij lichamelijk onderzoek (vermeld duidelijk de locatie van een knobbeltje) en de familieanamnese. Als de bevindingen bij mammografie niet duidelijk zijn, beoordeelt de radioloog of aanvullend echografisch onderzoek en een punctie van de afwijking geïndiceerd zijn. De uitslag van het beeldvor-

mend onderzoek wordt gegeven aan de hand van de ACR BI-RADS-classificatie (zie [tabel 2]). De radioloog maakt een schatting van de kans op maligniteit en vermeldt de mate van densiteit van het borstweefsel.^{19,20} Het verslag van de radioloog wordt afgesloten met een advies over het te voeren vervolgbeleid.¹⁹

Evaluatie

- Er is sprake van een *hoge verdenking op maligniteit*. Verwijzing mammapoli is geïndiceerd bij:
 - klinische aanwijzingen voor een maligniteit (zie [tabel 1]);
 - BI-RADS 4 of 5.
- Er is een *lage verdenking op maligniteit* bij:
 - afwezigheid van een knobbeltje;
 - BI-RADS 1, 2 of 3.

De implicaties voor het beleid bij vrouwen met dens klierweefsel (ACR c of d) zijn nog niet duidelijk.

RICHTLIJNEN BELEID BIJ KLACHTEN VAN DE BORST(EN)

Voorlichting

- *Niet-afwijkend mammo-/echogram* (BI-RADS 1 of 2): dit sluit de aanwezigheid van borstkanker niet uit. Adviseer om terug te komen op het spreekuur indien drie maanden na de uitslag BI-RADS 1 of 2 nog steeds sprake is van een knobbeltje of gelokaliseerde pijn of gevoeligheid in één borst. Benadruk dat het nodig blijft om ook nieuwe klachten of afwijkingen te melden.
- Stel een vrouw met diffuus pijnlijke of gevoelige borsten beiderzijds met een niet-afwijkend mammo-/echogram (BI-RADS 1 of 2) en mammografisch weinig dicht klierweefsel (ACR a of b) gerust. Er is geen reden om aan borst-

Tabel 2 ACR BI-RADS-classificatie (Bron: ACR BI-RADS® Atlas 2013)

Schatting van de kans op maligniteit:
BI-RADS-0: onvolledig onderzoek
BI-RADS-1: geen afwijkingen
BI-RADS-2: een benigne afwijking
BI-RADS-3: waarschijnlijk benigne
BI-RADS-4: verdachte afwijking
BI-RADS-5: de kans op maligniteit is groter dan 95%
Mate van densiteit van het borstweefsel:
ACR-a: voornamelijk vetweefsel, goed beoordeelbaar
ACR-b: verspreid gebieden met klierweefsel, goed beoordeelbaar
ACR-c: heterogeen dens klierweefsel, matig beoordeelbaar
ACR-d: zeer dens klierweefsel, slecht beoordeelbaar

kanker te denken. Uitleg over mastopathie en begrip voor de hinder die de patiënt kan ondervinden zijn daarbij van belang.²¹

- Leg een vrouw met diffuus pijnlijke of gevoelige borsten beiderzijds met een niet-afwijkend mammo-/echogram (BI-RADS 1 of 2) en mammografisch *dicht klierweefsel* (ACR c of d) uit dat door het dichte borstklierweefsel het mammo-/echogram lastiger te beoordelen is, maar dat er geen aanwijzingen zijn gevonden voor een afwijking die verder onderzoek vereist.
- *Periodiek borstzelfonderzoek*: periodiek borstzelfonderzoek leidt niet tot vermindering van de sterfte aan borstkanker of verbetering van de prognose. Het kan wel leiden tot overdiagnostiek.²² Raad periodiek borstzelfonderzoek bij vrouwen zonder borstkanker in de voorgeschiedenis dan ook niet actief aan. Adviseer de patiënt wel om bij klachten of veranderingen aan de borst die na de menstruatie niet verdwijnen contact met de huisarts op te nemen.
- *Tepeluitvloed*: massage van borsten of tepels kan tepeluitvloed onderhouden.

Consultatie en verwijzing

Verwijs naar de mammapoli:

- bij klinische aanwijzingen voor een maligniteit (zie [tabel 1]);
- bij BI-RADS 4 of 5;
- indien er drie maanden na een niet-afwijkend mammo-gram (BI-RADS 1 of 2) nog steeds sprake is van:
 - een knobbeltje (ook als dit alleen door de vrouw zelf wordt gevoeld);
 - gelokaliseerde pijn of gevoeligheid in één borst.

Volg bij een uitslag BI-RADS 3 het advies van de radioloog.

Het kan zijn dat een vrouw met *diffuus gevoelige of pijnlijke borsten* beiderzijds en een niet-afwijkend mammo- of echogram (BI-RADS 1 of 2) in combinatie met *mammografisch dicht borstklierweefsel* (ACR c of d) ongerust blijft en opnieuw met klachten van diffuus gevoelige of pijnlijke borsten op het spreekuur komt. Overleg dan met de radioloog of verwijs naar

de mammapoli (afhankelijk van lokale onderzoeksfaciliteiten en afspraken).

ROL HUISARTS BIJ VERWIJZING NAAR MAMMAPOLI

Aandachtspunten bij verwijzing zijn:

- bespreek met de patiënt of zij het wenselijk vindt om contact te houden tijdens het (verdere) diagnostische en behandeltraject;
- zo ja, vraag de patiënt een afspraak te maken voor een vervolgconsult of telefonisch contact op te nemen bij een diagnose met belangrijke consequenties.

Dit vervolgcontact biedt de gelegenheid om in geval van borstkanker:

- samen stil te staan bij de ingrijpende en vaak plotselinge diagnose van kanker en de consequenties daarvan;
- de patiënt te wijzen op het bestaan van de Monitor Borstkankerszorg (monitorborstkankerszorg.nl) en voorlichtingsmateriaal (zie kader Informatieve websites);

Informatieve websites

Informeer vrouwen over het bestaan van een patiëntenvereniging en informatieve websites:

- Borstkankervereniging Nederland; vereniging voor borstkankerpatiënten en mensen met erfelijke aanleg voor borstkanker.
De vereniging onderhoudt verschillende websites:
 - www.borstkanker.nl: website van Borstkankervereniging Nederland; informatie over borstkanker, erfelijke belasting en lotgenotencontact.
 - www.b-bewust.nl: op deze website vinden borstkankerpatiënten hulp bij het voorbereiden van gesprekken met de huisarts en medisch specialisten.
 - www.monitorborstkankerszorg.nl: de Monitor Borstkankerszorg combineert ervaringen van patiënten met informatie over het zorgaanbod van ziekenhuizen. Op basis van postcode en patiëntvoorkeuren kan een gemotiveerde keuze worden gemaakt voor een ziekenhuis.
 - www.de-amazones.nl: website voor jonge vrouwen met borstkanker.
 - www.brca.nl en www.oncogen.nl: website voor mensen die (mogelijk) belast zijn met erfelijke borst- en eierstokkanker.
- www.kanker.nl: informatie, ervaringskennis, lotgenotencontact en het ondersteuningsaanbod rond kanker; een initiatief van KWF Kankerbestrijding, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK) en IKNL (kenniscentrum voor zorgverleners in de oncologie).
- www.thuisarts.nl: patiëntinformatie op basis van de NHG-Standaard Borstkanker.
- www.mammarosa.nl: website en app met informatie over borstkanker voor migranten vrouwen en laaggeletterde vrouwen. Zij bieden voorlichtingsmateriaal in twaalf talen en lotgenotencontact.
- www.erfelijkheid.nl: informatie over erfelijkheid, erfelijke aandoeningen en genetisch onderzoek. Erfelijkheid.nl is een site van het Erfocentrum, het Nationaal Informatiecentrum Erfelijkheid.
- www.seksualiteit.nl (zoek op borstkanker), www.borstkanker.nl/seksualiteit, www.de-amazones.nl/seksualiteit-na-borstkanker: informatie over seksualiteit na borstkanker.
- www.kankerspoken.nl: website voor kinderen en jongeren met een vader of moeder met kanker.

Voor psycho-oncologische ondersteuning en zorg kunnen patiënten en hun naasten terecht bij psycho-oncologische centra en inloophuizen. Zie www.ipso.nl en www.verwijsgidskanker.nl. Ook zijn er verschillende bedrijven gespecialiseerd in arbeidsreintegratie en kanker. Zie www.verwijsgidskanker.nl.

- na te gaan of de patiënt de informatie van het ziekenhuis heeft begrepen en desgewenst ondersteuning te bieden bij eventuele keuzes die gemaakt moeten worden, ingaand op de wensen, mogelijkheden en motivatie van de patiënt;
- desgewenst de patiënt te helpen bij haar voorbereiding op een vervolgconsult met de specialist over het behandelplan (waarover de huisarts zich in overleg met de patiënt zo nodig nader informeert via de specialist). Wijs de patiënt eventueel op de B-bewustvragenlijsten op www.b-bewust.nl die speciaal zijn ontwikkeld ter voorbereiding op gesprekken met zorgverleners.

FOLLOW-UP NA BEHANDELING

De follow-up van patiënten behandeld voor borstkanker bestaat uit nacontroles en nazorg:

- *nacontrole* betreft het gepland medisch onderzoek om signalen van eventuele terugkeer of nieuwe vormen van kanker op te sporen;
- *nazorg* richt zich op het beperken van de ziektelast, revalidatie en het signaleren, begeleiden en behandelen van (late) gevolgen van (de behandeling van) kanker.

De nacontroles vinden in de tweede lijn plaats, maar in sommige situaties kan de patiënt voor de nacontroles worden terugverwezen naar de huisarts (zie paragraaf Nacontrole). De nazorg vindt zowel in de eerste als tweede lijn plaats.

Nacontrole

Na de behandeling voor borstkanker komen patiënten in een programma van follow-up door de tweede lijn.¹ Het belangrijkste doel is het vroegtijdig ontdekken van recidieven en tweede primaire tumoren om dan opnieuw een in opzet curatieve behandeling te kunnen starten.²³ Vrouwen met borstkanker in de voorgeschiedenis worden doorgaans geruime tijd begeleid en periodiek gecontroleerd in de tweede lijn.

Als er meer dan vijf jaar verstreken zijn na de primaire, in opzet curatieve, behandeling van de borstkanker en de patiënt inmiddels ouder is dan 60 jaar, is controle in de tweede lijn doorgaans niet

langer noodzakelijk. In dat geval kan de patiënt, afhankelijk van het type operatie, voor de verdere nacontrole worden terugverwezen naar het bevolkingsonderzoek of de huisarts.¹ Regionaal kunnen er afspraken worden gemaakt over (verdere) substitutie van de nacontroles van de tweede naar de eerste lijn indien overeenstemming wordt bereikt over de bijbehorende randvoorwaarden.

Terugverwijzing naar bevolkingsonderzoek of huisarts:

- Patiënten die een mastectomie hebben ondergaan en inmiddels ouder zijn dan 60 jaar, kunnen doorgaans vijf jaar na de primaire behandeling door de behandelend specialist terugverwezen worden naar het bevolkingsonderzoek.
- Patiënten die een borstsparende operatie hebben ondergaan en inmiddels ouder zijn dan 60 jaar, kunnen doorgaans vijf jaar na de primaire behandeling door de behandelend specialist worden terugverwezen naar de huisarts. De huisarts heeft dan de regie over de nacontrole. Deze bestaat uit jaarlijkse palpatie en om de twee jaar een mammogram. Dit mammogram wordt bij voorkeur gemaakt in het ziekenhuis waar de controles plaatsvonden. In tegenstelling tot screening bij vrouwen met een verhoogd risico zonder borstkanker in de voorgeschiedenis, wordt palpatie hier wel aanbevolen.²⁴

Meer dan de helft van de nieuwe, primaire borstkankers en lokale recidieven wordt door de vrouw zelf ontdekt. Borstzelfonderzoek wordt daarom bij vrouwen die behandeld zijn voor borstkanker wel aanbevolen.⁴

Nazorg

Vrouwen behandeld voor borstkanker bezoeken hun huisarts in de eerste jaren na de primaire behandeling vaker dan leeftijdsgenoten.²⁵ Klachten en vragen waarmee vrouwen naar het spreekuur komen zijn divers, en zowel van algemene aard als borstkankerspecifiek. Borstkankerspecifieke klachten zijn bijvoorbeeld lymfoedeem en schouderklachten, langetermijneffecten van (de behandeling van) borstkanker en bij-

werkingen van medicatie (bijvoorbeeld antihormonale therapie). Algemene kankergerelateerde klachten en vragen zijn bijvoorbeeld: psychosociale problemen (emotionele klachten, seksuele en relatieproblemen, bezorgdheid/angst), vermoeidheid (slaapproblemen, conditieproblemen) en vragen over de terugkeer naar werk.

In de tweede lijn wordt in samenwerking met de patiënt een nazorgplan opgesteld waarin onder meer staat welke behandeling(en) de patiënt heeft gehad en wat de patiënt in de toekomst kan verwachten ten aanzien van bijwerkingen van medicatie en late gevolgen van de (behandeling van) borstkanker en wat er dan kan worden gedaan. Dit nazorgplan wordt aan de huisarts gestuurd als overdracht en met de huisarts afgestemd.

Het is aan te bevelen regionale afspraken te maken ten aanzien van de terugkoppeling door de tweede lijn en de taakverdeling tussen eerste en tweede lijn rondom de nazorg.

Stem indien nodig onderstaand beleid af met de casemanager in de tweede lijn (meestal een verpleegkundig specialist of mammacareverpleegkundige).

Lymfoedeem en schouderklachten

Lymfoedeem en schouderklachten kunnen optreden na een borstoperatie, okselkliertoilet en/of bestraling van de borst of de oksellymfeklieren. Lymfoedeem kan voorkomen aan de arm, maar ook aan de borst/flank en rugzijde. De kans op lymfoedeem is afhankelijk van de behandeling: ongeveer 5% bij een schildwachtkliertprocedure, 25% bij een okselklierdissectie en ongeveer 15% bij radiotherapie van de oksel.²⁶ Meestal treedt lymfoedeem binnen twee jaar na de operatie op, maar het kan ook later nog ontstaan. Symptomen van lymfoedeem zijn een zwaar, gespannen of moe gevoel, zwelling, functieverlies of bewegingsbeperking, pijn en/of tintelingen. Postoperatieve of bestralingsschouderklachten uiten zich vaak in bewegingsbeperking, functieverlies en pijn.

Beleid:

- Wees alert op een infectie (zie NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties) of trombose.

- Indien er geen sprake is van een infectie of trombose:
 - Verwijs bij twijfel of het lymfoedeem wordt veroorzaakt door tumorrecidief naar de mammapoli.
 - Verwijs een patiënt met klachten van lymfoedeem naar een oedeemtherapeut (fysiotherapeut gespecialiseerd in oedeem of een huidtherapeut). De oedeemtherapeut zal het volumeverschil tussen links en rechts vaststellen en het stadium van oedeem/fibrosering. Oedeem(fysio)therapie bestaat uit manuele lymfedrainage, compressietherapie (zwachtelen, elastische kous of hemd), oefentherapie en voorlichting over een actieve leefstijl en een gezond gewicht.²⁷
 - Verwijs bij schouderklachten (postoperatief of na bestraling) naar een oncologie- of oedeemfysiotherapeut.

Zie de Digitale Verwijsgids Oncologie (www.verwijsgidskanker.nl) voor een oedeem(fysio)therapeut of oncologiefysiotherapeut in de buurt.

Bijwerkingen antihormonale therapie

Vrouwen met hormoongevoelige borstkanker starten tegen het einde van de primaire behandeling vaak met antihormonale therapie, zoals tamoxifen of een aromataseremmer (bijvoorbeeld anastrozol of letrozol). Deze adjuvante behandeling duurt meestal vijf jaar, maar er is een tendens naar langduriger behandeling tot wel tien jaar. Bij vrouwen die nog niet in de overgang zijn, wordt door de antihormonale therapie (en ook chemotherapie) door uitschakeling van de ovariële functie veelal de overgang in gang gezet.

Regelmatig voorkomende klachten bij antihormonale therapie:

- Opvliegers en andere overgangsklachten. Zie de NHG-Standaard De overgang.
- Gewrichtsklachten.
- Vooral aan het begin van de behandeling met tamoxifen: trombo-embolische complicaties (bij 1 tot 10% van de vrouwen). Zie de NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie. Overleg met of verwijs naar de behandelend specialist.

- Vaginale droogheid: dit kan lokaal behandeld worden met *zelfzorgmiddelen* zoals niet-hormonale vochtinbrengende crèmes en glijmiddel.
- Langdurig gebruik van tamoxifen geeft een licht verhoogde kans op baarmoederkanker. Wees daarom bij vrouwen die langdurig tamoxifen gebruiken alert bij vaginaal bloedverlies. Zie de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies.
- Osteoporose is een bijwerking van aromataseremmers.

Vermoeidheid

(Ernstige) vermoeidheid komt vaak voor na behandeling van borstkanker (met name na bestraling en systeemtherapie). In het eerste jaar na de behandelingen staat emotioneel en fysiek herstel centraal. Bij vrouwen die een jaar na de behandeling nog steeds moe zijn, is sprake van langdurige vermoeidheid. De vermoeidheid wordt vaak als extreem ervaren en lijkt op uitputting. Het is er plotseling, zonder waarschuwing, en meestal niet als gevolg van inspanning. De herstelperiode is langer dan bij normale vermoeidheid.

Wees bij vermoeidheid alert op hartklachten/-falen als mogelijke bijwerking van eerdere antracycline-bevattende chemotherapie en/of behandeling met immunotherapie. Behandeling van kankergerelateerde vermoeidheid die niet berust op andere oorzaken kan bestaan uit cognitieve gedragstherapie, bewegingstherapie of een combinatie van beide.²⁸

Zie voor behandelmogelijkheden in de buurt de Digitale Verwijsgids Oncologie (www.verwijsgidskanker.nl).

Gewichtstoename

Veel vrouwen komen in gewicht aan na de diagnose borstkanker. De meeste gewichtstoename treedt op in het eerste jaar na de diagnose, maar kan ook langer aanhouden. De oorzaak van deze gewichtsstijging en ongunstige lichaamssamenstelling (toename vetmassa en afname spiermassa bij gelijkblijvend gewicht) is niet geheel duidelijk. Leefstijlveranderingen (minder lichaamsbeweging en een hogere

energie-inname) en het intreden van de menopauze door antihormonale therapie of chemotherapie lijken een rol te spelen. Adviseer de patiënt zo goed mogelijk het normale leven weer op te pakken en lichamelijk actief te zijn door (weer) aan sport te doen en in beweging te zijn. Zie verder de NHG-Zorgmodules Leefstijl.

Zie voor beweegprogramma's of een diëtist in de buurt de Digitale Verwijsgids Oncologie (www.verwijsgidskanker.nl).

Hormoontherapie en anticonceptie

Bij vrouwen met borstkanker in de voorgeschiedenis wordt hormoontherapie voor overgangsklachten ontraden, gezien het de kans op een recidief verhoogt.²⁹ Zie verder de NHG-Standaard De overgang.

Schrijf vrouwen met borstkanker in de voorgeschiedenis geen hormonale anticonceptie voor (zie de NHG-Standaard Anticonceptie). Bij hormoonreceptor negatieve tumoren kan eventueel in overleg met de internist-oncoloog een levonorgestrelhoudende spiraal worden overwogen.

Seksualiteit

Ongeveer een kwart van de vrouwen met borstkanker ervaart problemen met seksualiteit, zowel direct na de diagnose als vijf tot vijftien jaren erna. Veelvoorkomende problemen zijn, mede afhankelijk van de behandeling, verminderde seksuele interesse en opwindingsproblemen, dyspareunie en orgasme problemen. De huisarts kan vrouwen en hun partners helpen het onderwerp bespreekbaar te maken en voorlichting geven. Veelal zal (tijdelijke) aanpassing van de bestaande manier van vrijen nodig zijn.³⁰ Zie verder de NHG-Standaard Seksuele klachten en de diverse voorlichtingssites (zie kader Informatieve websites).

Terugkeer naar werk

Veel (ex-)kankerpatiënten ondervinden problemen met de terugkeer naar werk. Er zijn diverse mogelijkheden om arbeidsreïntegratie te ondersteunen:

- Sinds 2012 zijn er bedrijfsarts consulenten oncologie (BACO), bedrijfsart-

sen die gespecialiseerd zijn in de begeleiding van patiënten met kanker. Zij zijn onder meer werkzaam in oncologische centra, revalidatiecentra en bij arbodiensten. Zij kennen de verschillende therapeutische mogelijkheden voor (ex-)kankerpatiënten die beperkingen ervaren in hun werk. Zij adviseren de huisarts en andere zorgverleners in zowel de eerste als tweede lijn over de terugkeer naar werk en de optimale begeleiding van (ex-)kankerpatiënten. Zie voor een actueel overzicht van bedrijfsartsconsulenten oncologie de website <http://www.nvka.nl/baco>. Patiënten kunnen samen met de consulent bespreken wat in hun situatie het beste past.

- Daarnaast bestaan er ambassadeurs van de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK). Deze ervaringsdeskundigen bieden laagdrempelige ondersteuning wanneer een werknemer te maken krijgt met kanker en wil (blijven) werken. De ambassadeurs kunnen worden geconsulteerd door werknemers, werkgevers en zorgprofessionals. Zie <http://kankerenwerk.nl/coach/>.

FAMILIAIRE BELASTING: INDICATIES VOOR SCREENING EN VERWIJZING NAAR EEN KLINISCH GENETICUS

Indien een patiënt de huisarts bezoekt met klachten van de borst(en) of ongerustheid over het bestaan van borstkanker in de familie, wordt de familiale belasting in kaart gebracht. Ook kan het moment van inschrijving als nieuwe patiënt in de praktijk een goede gelegenheid zijn om de familiale belasting te inventariseren.

Risicoschatting op basis van familieanamnese

De huisarts informeert naar het voorkomen van borst-, eierstok-, eileider-, en prostaatkanker bij eerste- en tweedegraads familieleden aan maternale en paternale zijde, hun leeftijd ten tijde van de diagnose en het eventueel bilaterale of multifocale karakter van de borstkanker. Eerstegraads familieleden zijn: kinderen, ouders, broers en zussen.

Tweedegraads familieleden zijn: kinderen van broers en zussen, halfbroers en halfzussen, grootouders, ooms en tantes.

Het te volgen beleid bij een vrouw of man zonder borstkanker in de voorgeschiedenis volgt uit **[stroomdiagram 2]**.³¹ Maak in het HIS een episode met de ICPC-code A29.02 (mammacarcinoom in de familie) aan bij een patiënt met een indicatie voor screening buiten het bevolkingsonderzoek of een indicatie voor verwijzing naar de klinisch geneticus. Personen van Asjkenazi Joodse afkomst hebben een kans van 1 op 40 om drager van een BRCA-genmutatie te zijn, waardoor deze groep in aanmerking komt voor verwijzing naar de klinisch geneticus, ook als niet aan alle voorwaarden in **[stroomdiagram 2]** is voldaan.³² Het kan zijn dat een vrouw familiair is belast via de paternale lijn en dat haar vader geen borstkanker heeft gekregen. In dat geval kan in **[stroomdiagram 2]** de vader worden overgeslagen bij de risicoschatting (voor de paternale lijn kan eerstegraads gelezen worden als tweedegraads).

Screening buiten het bevolkingsonderzoek

Indien er op basis van **[stroomdiagram 2]** een indicatie bestaat voor screening buiten het bevolkingsonderzoek, is de leeftijd van de vrouw van belang:

- Jonger dan 40 jaar: jaarlijkse mammografie is weinig zinvol. Geadviseerd wordt hiermee te wachten tot de leeftijd van 40 jaar is bereikt, tenzij de klinisch geneticus op basis van eerder familieonderzoek anders heeft geadviseerd.
- 40 tot 50 jaar: jaarlijkse mammografie via de huisarts.³³ Als er geen klachten van de borst(en) zijn, is het niet nodig om klinisch borstonderzoek uit te voeren, omdat dit nauwelijks tot geen toegevoegde waarde heeft.³⁴ Op basis van de codering in het HIS (ICPC-code A29.02) kan de huisarts de patiënten tussen de 40 en 50 jaar selecteren die in aanmerking komen voor een jaarlijks mammogram. De huisarts kan dan als service aanbieden om deze vrouwen een herinnering te sturen. De verantwoordelijkheid voor de uitvoe-

ring van de jaarlijkse screening ligt bij de patiënt, maar een actieve houding van de huisarts kan het screeningsadvies ondersteunen. Op de aanvraag van het mammogram noteert de huisarts de reden van het onderzoek (screening), eventuele bevindingen bij het lichamelijk onderzoek en de familieanamnese.

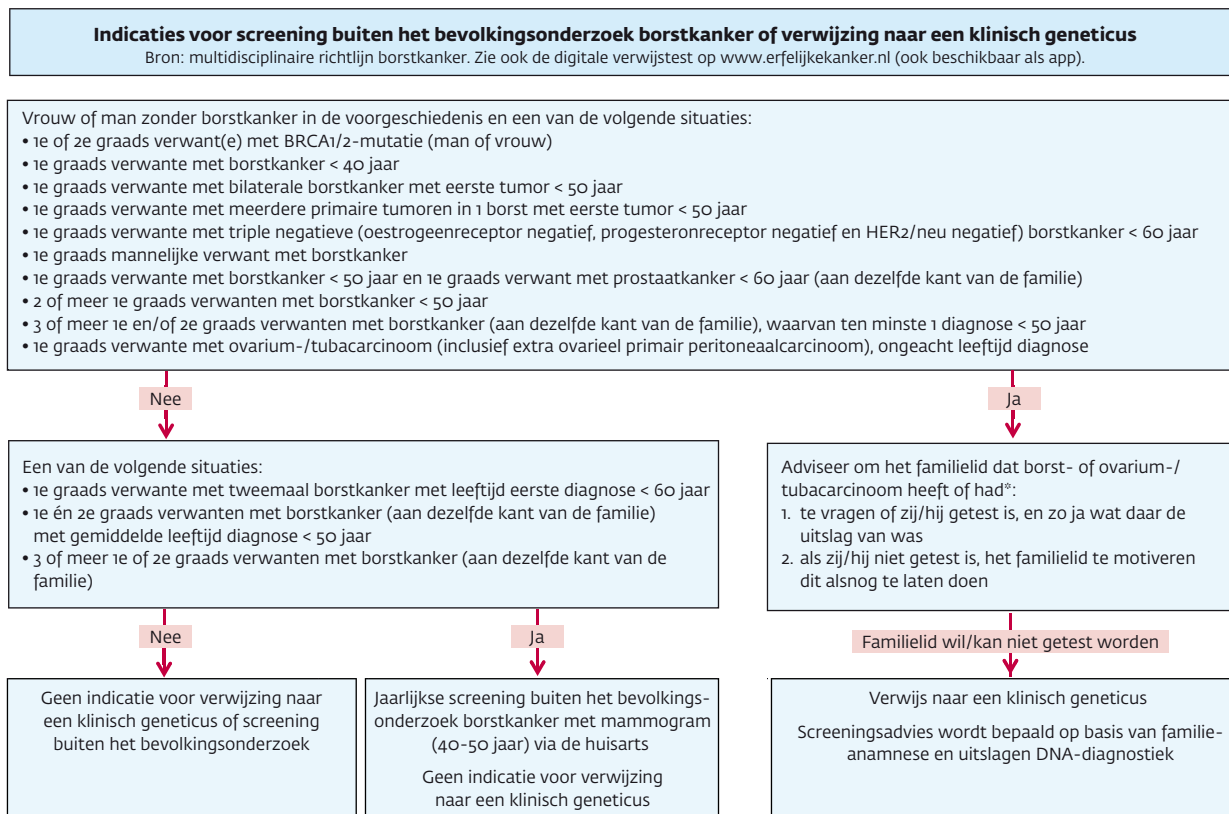
- 50 tot 75 jaar: tweejaarlijks mammogram via het bevolkingsonderzoek borstkanker.
- Vanaf 75 jaar: geen indicatie meer voor screening.

Verwijzing naar een klinisch geneticus

Indien er op basis van **[stroomdiagram 2]** een indicatie bestaat voor verwijzing naar een klinisch geneticus, bespreekt de huisarts de mogelijke implicaties van erfelijkheidsonderzoek. Genetisch onderzoek/DNA-diagnostiek kan binnen een familie duidelijk maken of en welke familieleden een verhoogd risico op kanker hebben.³⁵ Genmutatiedragers kan vervolgens gerichte zorg worden aangeboden; kennis over dragerschap betekent immers dat dragers moeten leren leven met een sterk verhoogd risico op kanker en te maken krijgen met periodieke controles en de mogelijkheid van preventieve chirurgie. Voor degenen zonder genmutatie kan dit onderzoek leiden tot het wegnemen van onnodige ongerustheid en het stopzetten van onnodig periodiek onderzoek.

Het is goed om ook rekening te houden met emotionele reacties bij familieleden (die hier niet altijd van willen weten). Sommige patiënten willen geen genetisch onderzoek, omdat zij bang zijn dat dit problemen geeft bij het afsluiten van verzekeringen. In de praktijk blijkt dit zelden voor te komen, onder meer omdat de verzekeraars in Nederland de afspraak hanteren dat onder bepaalde verzekeringsbedragen niet naar genetisch onderzoek gevraagd mag worden.

De huisarts gaat samen met de patiënt deze afwegingen na en biedt zo nodig een vervolgconsult aan om dit verder te bespreken. Als de patiënt niet verwezen wil worden, kan de huisarts overleggen met de klinisch geneticus om

Stroomdiagram 2 Indicaties voor screening buiten het bevolkingsonderzoek borstkanker of voor verwijzing naar een klinisch geneticus¹

1e graads: kinderen, ouders, broers en zussen

2e graads: kinderen van broers en zussen, halfbroers en halfzussen, grootouders, ooms en tantes

Wees alert op combinatie borstkanker in de familie en Asjkenazi Joodse afkomst in verband met een grotere kans op een BRCA1/2-mutatie.

* Bij een 1e of 2e graads verwant(e) met BRCA1/2-mutatie kan deze stap worden overgeslagen, verwijs direct naar een klinisch geneticus.

een precieze risico-inschatting en bijbehorend screeningsadvies te krijgen.

De klinisch geneticus brengt de familieanamnese aan zowel maternale als paternale zijde in kaart en kan DNA-diagnostiek bij de familieleden met borst- en/of eierstok- of eileiderkanker inzetten. Indien een vrouw of man zonder borstkanker in de voorgeschiedenis wordt verwezen zal bij haar/hem pas DNA-onderzoek worden gedaan indien bij het familielid met borst- en/of eierstok- of eileiderkanker een genmutatie wordt aangetoond. In de regel zal bij een vrouw of man zonder borstkanker in de voorgeschiedenis daarom geen DNA-onderzoek worden gedaan. Bij ongeveer 10% van de families die verwezen wordt, wordt een mutatie gevonden. In circa 90% van de belaste families is (nog) geen genmutatie aantoonbaar.³⁵

Beleid indien genmutatie is aangetoond (of 50% kans op dragerschap)

De kans dat een vrouw met een mutatie in het BRCA1- of BRCA2-gen voor het 80e levensjaar borstkanker ontwikkelt, is ongeveer 60 tot 80%. De kans op eierstok- of eileiderkanker voor het 70e levensjaar is bij een BRCA1-mutatie 35 tot 45% en bij een BRCA2-mutatie 10 tot 20%.⁷ Vrouwen met een aangetoonde BRCA-mutatie komen vanaf de leeftijd van 25 jaar in aanmerking voor jaarlijkse screening van de borsten op een polikliniek erfelijke tumoren.^{8,36} Daar wordt ook de mogelijkheid van preventieve bilaterale mastectomie in combinatie met (directe) borstreconstructie besproken. Na preventieve bilaterale mastectomie is er geen indicatie meer voor screening.

Screening van de eierstokken en eileiders blijkt niet effectief om morbiditeit of mortaliteit te reduceren en wordt

daarom niet geadviseerd. In plaats daarvan wordt profylactische verwijdering van eierstokken plus eileiders geadviseerd; tussen 35 en 40 jaar voor BRCA1-mutatiedraagsters en tussen 40 en 45 jaar voor BRCA2-mutatiedraagsters.

Dochters van moeders of vaders met een mutatie in het BRCA1- of BRCA2-gen hebben 50% kans op dragerschap. Zij kunnen door DNA-diagnostiek uitsluitel krijgen over hun dragerschap. Zij kunnen om moverende redenen vooralsnog afzien van dragerschapsonderzoek. Zij komen in dat geval net als aangetoonde genmutatiedraagsters vanaf 25 jaar in aanmerking voor jaarlijkse screening van de borsten.⁸

Bij andere aangetoonde mutaties (bijvoorbeeld CHEK2, PTEN, TP53, NF1) geeft de klinisch geneticus een individueel screeningsadvies.

Zonen van moeders of vaders met

een mutatie in het BRCA1- of BRCA2-gen hebben eveneens 50% kans op drager-schap en kunnen de genmutatie doorgeven aan hun kinderen. De kans dat een man met een BRCA1-genmutatie voor het 80e levensjaar borstkanker ontwikkelt, is ongeveer 1%, bij een BRCA2-genmutatie is dat 7%.⁷ Mannen met een aangetoonde BRCA-mutatie komen niet in aanmerking voor screening.

Consulteer of verwijz naar een klinisch geneticus wanneer vrouwen of mannen met een aangetoonde genmutatie (of 50% kans hierop) vragen hebben over kindwens, het informeren van familieleden en/of psychosociale ondersteuning.

Beleid indien genmutatie niet is aangetoond

Wanneer geen genmutatie kan worden aangetoond, maakt de klinisch geneticus een inschatting van het risico op borstkanker op basis van de familie-anamnese en adviseert dan over het algemeen:

- bij een matig verhoogd risico: terugverwijzing naar de huisarts (zie Screening buiten het bevolkingsonderzoek)
- bij sterk verhoogd risico:
 - van 35 tot 60 jaar: verwijzing naar specialist voor jaarlijkse mammografie en lichamelijk onderzoek;
 - van 60 tot 75 jaar: deelname aan het bevolkingsonderzoek borstkanker;
 - vanaf 75 jaar: geen indicatie meer voor screening.

Heroverweging verwijzing naar een klinisch geneticus

Bij personen zonder borstkanker in de voorgeschiedenis, maar ook bij patiënten die borstkanker hebben gehad, kan de familiale belasting in de loop van de tijd veranderen. Daardoor kan er een indicatie voor verwijzing naar de klinisch geneticus ontstaan, terwijl die indicatie eerder niet bestond. Adviseer daarom om terug te komen op het spreekuur als een eerste- of tweedegraads familielid borstkanker (jonger dan 50 jaar), eierstok-/eileiderkanker (ongeacht leeftijd) of prostaatkanker (jonger dan 60 jaar) krijgt. Zie [stroomdiagram 2] voor de verwijzingsindicaties voor vrouwen

en mannen zonder borstkanker in de voorgeschiedenis en zie noot 37 voor de verwijzingsindicaties voor patiënten die borstkanker hebben gehad.³⁷

De mogelijkheden van DNA-diagnostiek nemen snel toe. Als een patiënt uit een sterk belaste familie komt maar er bij eerder DNA-onderzoek geen genmutatie is aangetoond, kan in overleg met de klinisch geneticus worden besloten om de patiënt nogmaals te verwijzen voor erfelijkheidsonderzoek.

Meer informatie over genetica: www.huisartsengenetica.nl.

BEVOLKINGSONDERZOEK BORSTKANKER

Het bevolkingsonderzoek borstkanker in Nederland is gericht op vrouwen tussen de 50 en 75 jaar oud. Elke twee jaar worden vrouwen in deze leeftijdsgroep uitgenodigd om een mammogram te laten maken. De landelijke regie van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker wordt verzorgd door het RIVM. De regionale uitvoering en coördinatie van de borstkankerscreening is in handen van vijf regionale screeningsorganisaties.³⁸ Sinds juni 2010 worden er in het kader van het bevolkingsonderzoek uitsluitend digitale mammogrammen gemaakt.³⁹

In 2012 was de deelnamegraad 80%; er werden iets meer dan één miljoen vrouwen gescreend. Het totale detectiecijfer voor invasieve borstkanker en ductaal carcinoom in situ (DCIS) samen was 6,6 per 1000 gescreende vrouwen.⁴⁰ Hiervan was ongeveer 20% een DCIS, de rest een invasief carcinoom. De huisarts ontvangt alleen de uitslagen van de vrouwen die verwezen moeten worden (ongeveer 2% van het totaal aantal uitslagen). Deze uitslagen zijn globaal als volgt verdeeld: 50% BI-RADS 0 (onvolledig onderzoek), 40% BI-RADS 4 en 10% BI-RADS 5. De kans op borstkanker bij een uitslag BI-RADS 0 in het bevolkingsonderzoek is ongeveer 10%; bij BI-RADS 4 is de kans ongeveer 40% en bij BI-RADS 5 is de kans ongeveer 95%.⁴¹

De sensitiviteit van het screeningsmammogram in het bevolkingsonderzoek wordt geschat op 71%. Dit betekent dat zeven van de tien gevallen van borst-

kanker worden ontdekt via het bevolkingsonderzoek.⁴⁰ De overige tumoren worden ontdekt tussen twee screeningsrondes in (zogenaamde intervalcarcinomen). Het gaat hierbij om gemiste borstkankers en snelle groeiers. Deze intervalcarcinomen worden vooral ontdekt doordat vrouwen met klachten van de borst(en) zich melden bij de huisarts.

Hoewel de borstkankersterfte sinds de invoering van het bevolkingsonderzoek daalt, is deze daling niet alleen toe te schrijven aan het bevolkingsonderzoek. Ook een toegenomen kankerbewustzijn en verbeterde behandelingsmogelijkheden spelen hierbij een rol.⁴²

Screening van vrouwen van 75 jaar en ouder wordt niet geadviseerd.⁴³ Op basis van de hoge prevalentie van comorbiditeit en daaraan gerelateerde sterfte voldoet screening in deze groep niet aan de eis van een belangrijke sterftereductie met behoud van een redelijke balans tussen de voor- en nadelen. Screening van vrouwen tussen de 40 en 50 jaar wordt op dit moment evenmin geadviseerd.⁴⁴ Ondanks een trend naar sterftereductie is er teveel onzekerheid over de nadelige effecten, zoals onterechte geruststelling, fout-positieve onderzoeksuitslagen en tumorinductie door straling.^{45,46}

Er is internationaal discussie over het bevolkingsonderzoek borstkanker. Wijs vrouwen met vragen over de voor- en nadelen van het bevolkingsonderzoek borstkanker op de situatie 'Ik ben uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek borstkanker' op Thuisarts.nl.

De rol van de huisarts bij het bevolkingsonderzoek borstkanker

De vrouw ontvangt de uitslag binnen tien werkdagen na het maken van het mammogram. De uitslag wordt weergegeven via de BI-RADS-classificatie (zie [tabel 2]). Als vervolgonderzoek is aangewezen, ontvangt de huisarts de uitslag eerder dan de vrouw, tenzij de vrouw daartegen van tevoren bezwaar heeft gemaakt. Dit geeft de huisarts de gelegenheid het initiatief te nemen om de uitslag persoonlijk met de vrouw te bespreken. Voor vrouwen met een uit-

slag BI-RADS 4/5 is in de uitslagbrief informatie opgenomen over de Monitor Borstkankerzorg. De vrouw en de huisarts kunnen gebruikmaken van de informatie op deze website om te beslissen naar welk ziekenhuis de vrouw gaat voor vervolgonderzoek. Het ziekenhuis heeft digitaal toegang tot de mammogrammen uit het bevolkingsonderzoek.

Verantwoordelijkheden van de huisarts bij een afwijking op het mammogram (BI-RADS 4 of 5) of bij onvolledig onderzoek (BI-RADS 0):

- contact opnemen met de vrouw, bij voorkeur voordat zij de uitslagbrief ontvangt;
- de vrouw voorlichten over de uitslag en de te volgen procedure;
- bij een uitslag BI-RADS 0 (onvolledig onderzoek): zorgdragen voor verwijzing naar een afdeling radiologie van een ziekenhuis waar ook een mammopoli is. Daar wordt een echo gemaakt, en de mammografie eventueel uitgebreid (vermeld in de verwijsbrief relevante anamnestiche gegevens en voeg een kopie van de uitslagbrief toe). Leg de vrouw uit dat bij een uitslag BI-RADS 0 aanvullend beeldvormend onderzoek nodig is en dat de uitslag niet betekent dat er een afwijking is

gevonden. De radioloog communiceert de uitslag aan de patiënt. Indien een (vermoeden van een) afwijking wordt gevonden, zal de radioloog direct doorverwijzen naar de mammopoli;

- bij een uitslag BI-RADS 4 of 5 (verdachte of zeer verdachte afwijking): zorg dragen voor verwijzing naar een mammopoli (vermeld in de verwijsbrief relevante anamnestiche gegevens en voeg een kopie van de uitslagbrief toe);
- de verwijzing (zowel BI-RADS 0 als BI-RADS 4 of 5) melden aan de screeningsorganisatie;
- bespreek met de patiënt of zij het wenselijk vindt om contact te houden tijdens het (verdere) diagnostische en behandeltraject (zie Rol huisarts bij verwijzing naar mammopoli).

Bijzondere situaties

Vrouwen die vanwege een lichamelijke handicap eventueel niet in de mobiele units van het bevolkingsonderzoek kunnen worden gescreend, kunnen terecht op de vaste units van de screeningsorganisaties en bij uitzondering op de röntgenafdelingen van ziekenhuizen.

Vrouwen met borstprothesen kunnen deelnemen aan het bevolkings-

onderzoek. Ondanks het grote aantal borstvergrotingsoperaties wereldwijd zijn er in de literatuur nauwelijks recente gevallen beschreven van het scheuren van een prothese door mammografie. Desgewenst kan de laborante de mate van compressie aanpassen. Bijna altijd is een goede beoordeling mogelijk omdat er voldoende borstweefsel wordt afgebeeld. Mocht dit niet zo zijn, dan krijgen de vrouw en haar huisarts een brief waarin staat dat de röntgenfoto's te weinig borstweefsel laten zien om deze goed te kunnen beoordelen. Preventief beeldvormend onderzoek met MRI of echografie wordt niet geadviseerd.

Vrouwen met een implanteerbare cardioverter defibrillator (ICD), pacemaker, hartritmemonitor of een porta-cath kunnen meedoen aan het bevolkingsonderzoek. Ook vrouwen met een subcutane ICD (S-ICD) kunnen meedoen, maar niet in een mobiele of vaste unit van de screeningsorganisatie. Door de locatie van de elektrode vlak onder de huid kan de S-ICD beschadigen bij het maken van een mammogram. Na de mammografie moet de S-ICD daarom gecontroleerd kunnen worden. Binnen de units van de screeningsorganisatie kan dit niet. Vrouwen met een S-ICD ontvangen daarom een brief waarin wordt geadviseerd een afspraak te maken voor een mammogram in het ziekenhuis waar de S-ICD is geplaatst of in een ander ziekenhuis met S-ICD specialisatie.⁴⁷

Erratum NHG-Standaard Kinderen met koorts

In de tekst van de herziene NHG-Standaard Kinderen met koorts die vorige maand in H&W verscheen, is bij de evaluatie een stukje tekst weggevalen op pagina 487, middelste kolom. In de webversie is dit inmiddels gecorrigeerd.

De juiste tekst is:

Zeer hoog risico op een onderliggende ernstige infectie of gecompliceerd beloop

- alle kinderen met alarmsymptomen (zie kader Alarmsymptomen) of met uitval of instabiele ABCDE;
- alle kinderen jonger dan één maand met koorts: symptomen die wijzen op een ernstige infectie zijn bij deze kinderen specifiek of ontbreken. Omdat de vaccinaties bij kinderen jonger dan drie maanden nog onvoldoende bescherming bieden, is het risico op bacteriële verwekkers, zoals *Haemophilus influenzae* en de pneumokok, verhoogd. Door het immature immuunsysteem is de kans op een gecompliceerd beloop verhoogd;
- alle kinderen jonger dan drie maanden met koorts zonder focus.

NHG-Werkgroep Kinderen met koorts. NHG-Standaard Kinderen met koorts (derde herziening). Huisarts Wet 2016;59(11):484-91.

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

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

NOTEN EN LITERATUUR

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

© 2016 Nederlands Huisartsen Genootschap

Wratten

INLEIDING

Een derde van alle basisschoolkinderen heeft één of meer wratten.¹ Wratten horen tot de twintig meest gestelde diagnoses in de huisartsenpraktijk met een incidentie van 32,3 per 1000 patiënten per jaar voor alle leeftijden, waarbij de incidentie het hoogst is voor de leeftijd van 5 tot 9 jaar met 101,3 per 1000 kinderen per jaar.² De wratten op volwassen leeftijd kunnen echter erg hardnekkig zijn.

In de huisartsenpraktijk wordt in de meeste gevallen behandeling aangeboden.³ De Cochrane-review uit 2003 concludeerde dat naar de effectiviteit van de meest toegepaste behandelingen geen gedegen onderzoek was gedaan.⁴ Dankzij de financiering door het programma Alledaagse Ziekten van ZonMW is in twee onderzoeksprojecten de effectiviteit van stikstoftherapie, salicylzuurbehandeling en monochloorazijnzuur voor de Nederlandse huisartsenpraktijk opgehelderd. De resultaten uit dit onderzoek en andere recente literatuur zijn in dit artikel samengevat.⁵

ACHTERGROND

Definitie

Wratten zijn kleine, goedaardige tumoren van de huid, huidkleurig tot geelgrijs met een bloemkoolachtig aspect. De grootte varieert van enkele millimeters tot een conglomeraat van centimeters.⁶

Er zijn verschillende soorten wratten, onderverdeeld naar klinische morfologie en presentatie. De meest voorkomende wratten zijn de gewone wratten (*verrucae vulgares*), die vooral op de handen, maar over het gehele lichaam voor kunnen komen. Voetzoolwratten (*verruca plantaris*) liggen door de druk van het lopen in (het eelt van) de voetzool verzonken. Confluerende groepjes voetzoolwratten naast elkaar worden mozaïekwratten genoemd. *Verucae planae* (platte wratten) komen minder vaak voor, zijn klein en plat en zijn vaak multipel op de handrug of het gezicht aanwezig. Andere 'wratten', zoals waterwratten (*mollusca contagiosa*), genitale wratten (*condylomata acuminata*) en ouderdomswratten (*verrucae seborrhoica*), hebben een andere etiologie en vallen buiten het kader van dit artikel.

Etiologie

Wratten worden veroorzaakt door een infectie met het huumaan papillomavirus (HPV). Via kleine wondjes in de huid infecteert het virus eerst de basale cellen van de epitheel-laag. Om de geïnfecteerde cellen heen kan als reactie een aggregatie van keratine ontstaan. Het virus veroorzaakt op deze

manier een onregelmatige hyperplasie van de epidermis met hyperkeratose.⁷ Op basis van DNA-sequenties zijn er momenteel meer dan 120 verschillende typen HPV geïdentificeerd, waarvan er minstens 15 worden geassocieerd met gewone wratten.⁸ De door HPV 1 veroorzaakte wratten vertonen een gunstige spontane genezing, maar de overige typen (vooral HPV 2, 27 en 57) zijn vaak hardnekkig en therapieresistent.¹⁰ HPV-overdracht vindt meestal plaats in het gezin of in de klas, en in mindere mate via de vloeren van zwembaden en gymzalen.⁹ Het ontstaan en in stand blijven van wratten wordt vooral tegengegaan door de celgemedieerde immuniteit. Wratten in immuuncompetente patiënten ontaarden nooit maligne.¹¹ Differentiaaldiagnostisch kan worden gedacht aan andere goedaardige huidtumoren, epitheelcysten, likdoorns of andere callusvorming.

DIAGNOSTIEK

Bij de anamnese informeert de huisarts hoeveel wratten er op welke plaatsen zitten, hoe lang de wratten al aanwezig zijn, wat men zelf al heeft gedaan aan de wratten en welke hinder de wrat veroorzaakt: pijn, ongemak of cosmetische klachten. De mate van hinder weegt immers mee in de beslissing om af te wachten of te behandelen. Wanneer een patiënt veel wratten heeft, informeert de huisarts naar vatbaarheid voor andere infecties (immuunstoornis) en gebruik van immuunsuppressiva.

Bij onderzoek heeft een wrat van boven een bloemkoolachtig aspect. Een wrat voelt harder aan dan de omringende huid ten gevolge van de hyperkeratose. Op de voetzolen ligt de wrat door de druk van het lopen vaak in het eelt verzonken. De huidlijnen zijn onderbroken en getromboseerde capillairen kunnen als kleine zwarte puntjes in de wrat zichtbaar zijn.

Veelgebruikte therapie

Wegens het goedaardig natuurlijk beloop kan er altijd worden gekozen voor een afwachtend beleid. Twee derde van alle wratten verdwijnt binnen twee jaar zonder behandeling.¹² Wratten bij volwassenen, wratten die al lange tijd bestaan en wratten bij immuungecompromiteerde patiënten verdwijnen minder snel spontaan en zijn ook minder gevoelig voor behandeling. De beschikbare behandelingen in de huisartsenpraktijk werken op basis van destructie van de met HPV besmette huidcellen. Dit stimuleert lokaal het immuunsysteem om de wratten te genezen.¹¹

Stikstoftherapie. De meest toegepaste behandeling is het aanstippen met vloeibare stikstof.³ Een stokje met een losgedraaide wat met stevige punt wordt in de stikstof (temperatuur van -196 °C) gedoopt. Met de druppel vloeibare stikstof, die in de punt van de wat hangt, wordt de wrat bevroren tot een zone van 1 à 2 mm huid rond de wrat wit is (tijd van aanstippen: 5-20 seconden). De weefselbeschadiging vernietigt de

LUMC, afdeling Public health & Eerstelijns geneeskunde, Postzone VO-P, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog; dr. S. Bruggink, huisarts; dr. A. Knuijsingh Neven, huisarts-epidemioloog; dr. M. Scherptong-Engbers, waarnemend huisarts Gezondheidscentrum Merenwijk • Correspondentie: j.a.h.eekhof@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: alle vier auteurs zijn redacteurs van de Kleine Kwalen boekenreeks.

cellen van de wrat en er ontstaat een blaar onder de wrat. Na indrogen laat het blaardak met de wrat erin los. Het beste interval om de wrat zo nodig opnieuw aan te stippen is twee à drie weken.¹³

Salicylzuurbehandeling. Salicylzuurzalf (20-50%) is een keratolyticum. Eerst dient de huid rondom de wrat te worden afgeschermd met een pleister om beschadiging van de gezonde huid te voorkomen. Met een tweede pleister wordt het salicylzuur op de wrat aangebracht. De volgende dag kunnen de pleisters worden verwijderd en kan met een vijl of rasp de verweekte huid worden verwijderd. Deze procedure kan dagelijks door de patiënt zelf worden herhaald. Bij irritatie van de huid moet de behandeling tijdelijk worden gestaakt. Bij hardnekkige voetzoolwratten die in een eeltlaag liggen verzonken, kan een combinatie van salicylzuurbehandeling en stikstoftherapie worden gebruikt.

Monochloorazijnzuur (MCA). MCA is een sterk werkend zuur dat de huisarts met een wattenstaafje aanbrengt na de omringende huid met vaseline te hebben beschermd. Een geregistreerd handelspreparaat is er niet, maar als apotheekbereiding kan een verzadigde oplossing van rond de 80% MCA worden gemaakt. De meeste apotheken maken dit niet zelf, maar kunnen het bestellen bij enkele ziekenhuisapotheken (onder andere Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht, kosten zijn ongeveer € 5,70 + € 20 orderkosten + € 15 transportkosten). MCA is ongeschikt voor thuisbehandeling door de patiënt zelf en is alleen geschikt voor de behandeling van minder dan tien wratten tegelijk. Bovendien moet MCA in kleine hoeveelheden (< 5 ml) worden bewaard om blootstelling aan grote hoeveelheden van het sterk werkende zuur te voorkomen.

Chirurgie. Wratten kunnen chirurgisch (cauterisator, scherpe lepel of mesje) worden verwijderd, maar daar wordt wegens littekens en de kans op recidief in het litteken vaak vanaf gezien.

METHODE

We zochten in augustus 2016 in Pubmed naar systematische literatuuronderzoeken en RCT's met de zoektermen 'warts' [MeSH] OR 'warts' [All Fields] OR 'wart' [All Fields] OR 'verruca' [All Fields] OR 'verrucae' [All Fields] OR 'verrucae' [All Fields] OR 'verrucae' [All Fields] NOT 'condylomata acuminata' [MeSH Terms] OR 'mouth diseases' [MeSH Terms] OR 'hiv' [MeSH Terms] AND 'humans' [MeSH Terms]. We selecteerden hieruit de meest recente Cochrane systematische review en de RCT's die het meest relevant zijn voor de Nederlandse huisartsenpraktijk.

KLINISCHE VRAGEN

Wat is het effect van het aanstippen met vloeibare stikstof of salicylzuurzalfbehandeling bij wratten?

Gunstig effect. Het bewijs voor de effectiviteit van stikstof- en salicylzuurbehandeling is tegenstrijdig. De Cochrane-review uit 2012 concludeert dat, hoewel het therapeutische effect klein is, het bewijs voor de effectiviteit van salicylzuur het

meest overtuigend is (RR 1,6; 95%-BI 1,2 tot 2,2).¹⁴ In een pragmatisch gerandomiseerd onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk was bij handwratten stikstof effectiever dan salicylzuur en een afwachtend beleid. Na drie maanden waren met stikstof alle wratten genezen bij 49% (95%-BI 34 tot 64) van de patiënten, versus 15% (95%-BI 7 tot 30) met salicylzuur en 8% (95%-BI 3 tot 21) bij een afwachtend beleid.¹⁵ Voor voetzoolwratten leken zowel monotherapie met stikstof als met salicylzuurzalf niet effectiever dan een afwachtend beleid. De patiënttevredenheid was hoger in de stikstofgroep (69%) dan in de salicylzuurgroep (24%) en de afwachtend beleidsgroep (22%).

Nadelig effect. Zowel bij de behandeling van handwratten als bij voetzoolwratten kent stikstof meer bijwerkingen dan salicylzuur. Stikstof geeft vaak pijn tijdens behandelen en blaren, terwijl salicylzuur vaker huidirritatie geeft. Dagelijkse salicylzuurbehandeling wordt door veel patiënten als arbeidsintensief ervaren.

Wat is het effect van de combinatie van salicylzuurzalf met het aanstippen met vloeibare stikstof bij wratten?

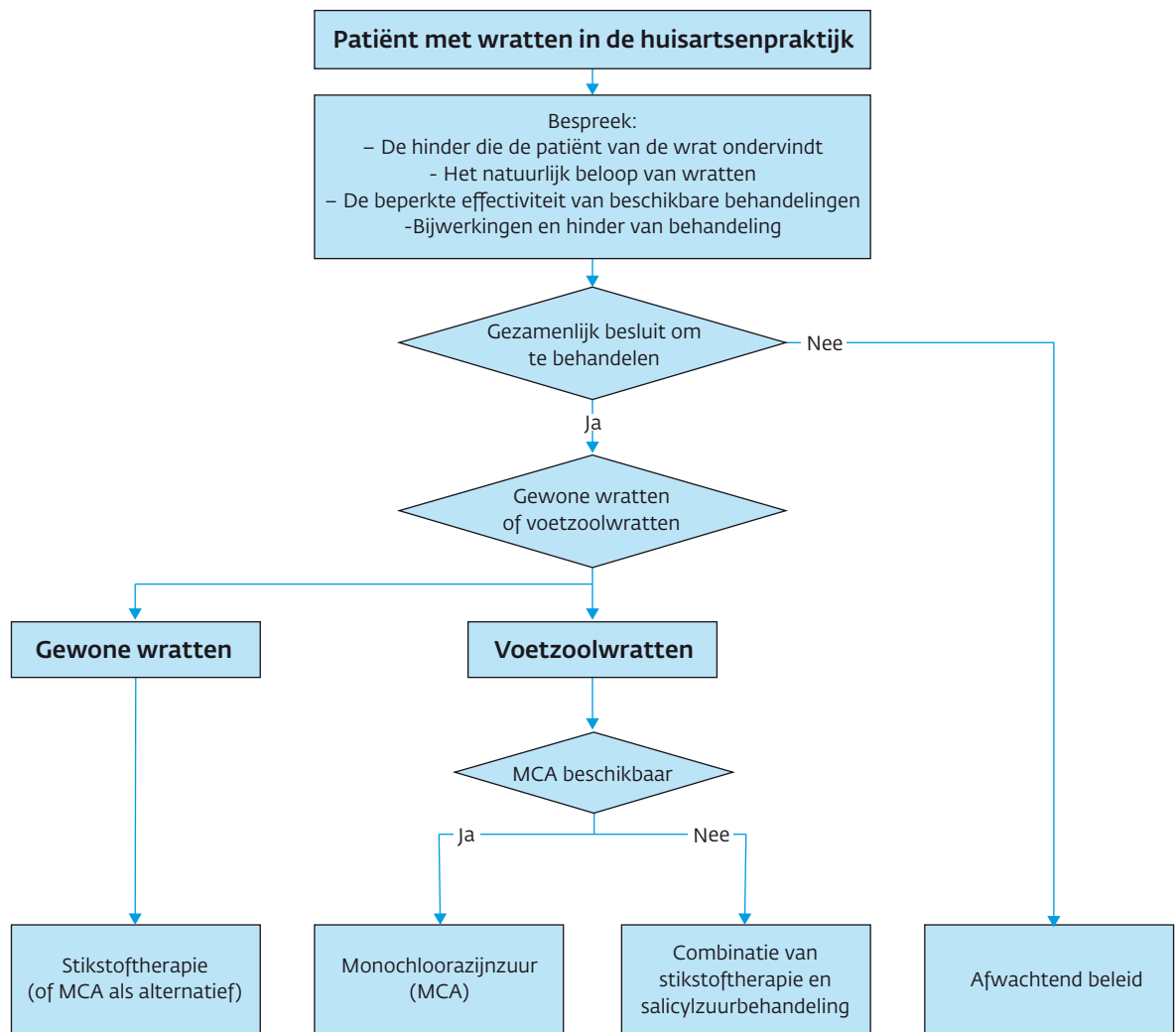
Gunstig effect. In een tweede pragmatisch gerandomiseerd onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk werden voor voetzoolwratten de uitkomsten van de combinatie van salicylzuur en stikstof vergeleken met monotherapie met stikstof en salicylzuurzalf en een afwachtend beleid.¹⁶ Bij voetzoolwratten werd een genezing gevonden van 39% (95%-BI 31 tot 48) ten opzichte van monotherapie met stikstof (30%, 95%-BI 17 tot 46) en salicylzuurzalf (33%, 95%-BI 20 tot 47) en een afwachtend beleid (23%, 95%-BI 13 tot 37).

Nadelig effect. De combinatietherapie heeft de bijwerkingen van zowel stikstoftherapie (pijn en blaren) als salicylzuurbehandeling (vooral huidirritatie). In combinatie met de arbeidsintensieve behandelvorm met de doktersbezoeken en het dagelijkse gedoe met zalf en pleisters leidt dit tot een matige therapietrouw.

Wat is het effect van monochloorazijnzuur (MCA) bij wratten?

Gunstig effect. Op basis van twee kleine ongepubliceerde onderzoeken uit Groningen leek MCA effectiever dan zowel stikstof als salicylzuur. De toename in MCA-gebruik bij huisartsen, die hierop volgde, was de aanleiding voor een grote gerandomiseerde trial naar de effectiviteit van MCA in de huisartsenpraktijk.¹⁶ Voor handwratten bleek MCA met 43% (95%-BI 33 tot 53) van de patiënten genezen van alle wratten na drie maanden vergelijkbaar effectief als stikstoftherapie. Voor voetwratten bleek MCA met 45% (95%-BI 35 tot 54) vergelijkbaar effectief als de combinatie van stikstof met salicylzuurzalf. Hierbij heeft MCA het voordeel dat het geen pijn tijdens behandeling geeft, wat vooral voor kinderen van belang is.

Nadelig effect. Een aantal uren na de behandeling ontstaat vaak een brandend gevoel, dat een dag kan aanhouden. MCA is een sterk werkend zuur dat bij onzorgvuldig gebruik chemische wonden kan veroorzaken. Als meer dan 5% van het totale huidoppervlak in aanraking komt met MCA, kan dat aanlei-

Figuur Stroomdiagram voor de behandeling van wratten in de huisartsenpraktijk⁵

ding geven tot ernstige systemische bijwerkingen. Bij de behandeling van minder dan tien wratten komt minder dan 0,5% van het huidoppervlak in aanraking met MCA.

Wat is het effect van trichloorazijnzuur (TCA) bij wratten?

Gunstig effect. De effectiviteit van trichloorazijnzuur (TCA) in de behandeling van wratten is nog grotendeels onbekend. In een recent Turks onderzoek bij patiënten met voetzoolwratten was aanstippen met TCA (40% oplossing, 33% van de patiënten genezen van meer dan driekwart van hun wratten) effectiever dan stikstoftherapie (7% van de patiënten genezen van meer dan driekwart van hun wratten).¹⁷ Op basis van dit kwalitatieve onderzoek lijkt TCA minder werkzaam bij voetzoolwratten dan MCA.¹⁷ Er bestaat geen vergelijkend onderzoek tussen TCA en MCA.

Nadelig effect. De potentiële lokale bijwerkingen van TCA zijn op theoretische gronden sterker dan die van MCA.¹⁸

Wat is het effect van vrij verkrijgbare middelen bij wratten?

Gunstig effect. Bij de drogist zijn diverse producten verkrijgbaar die zijn gebaseerd op dezelfde principes als behandelingen door de huisarts, alleen dan minder krachtig: bevriezing rond de -60 °C (bijvoorbeeld Wartner®), salicylzuurbehandeling < 20% (bijvoorbeeld Formule W®), MCA-oplossing van 50% (bijvoorbeeld Wratweg®). De effectiviteit en bijwerkingen van deze behandelingen is niet goed onderzocht. Behandeling met ducttape is in twee trials niet effectief gebleken.^{19,20}

Nadelig effect. De bijwerkingen van vrij verkrijgbare middelen zal milder zijn dan hun sterker werkende equivalenten, maar gedegen onderzoek ontbreekt.

CONCLUSIE

Een derde van de Nederlandse basisschoolkinderen heeft hand- of voetwratten. Twee derde van alle wratten verdwijnt spontaan binnen twee jaar. Op basis van het beschikbare

bewijs stellen we in de [figuur] een stroomdiagram voor de behandeling van wratten in de huisartsenpraktijk voor. Belangrijk in het gesprek met de patiënt is om samen een afweging te maken of er wel behandeling gewenst is; er kan ook altijd worden afgewacht. De hinder van de wrat moet worden afgewogen tegen het gunstige natuurlijk beloop en de betrekkelijke effectiviteit (ongeveer 50%) en bijwerkingen van behandeling.

Wanneer (de ouders van) de patiënt kiezen voor behandeling, heeft op basis van recent onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk aanstippen met stikstof de voorkeur voor handwratten. Voor voetzoolwratten heeft aanstippen met MCA de voorkeur boven de combinatie van stikstof en salicylzuur op basis van vergelijkbare effectiviteit, maar minder pijn en hinder van behandeling. ■

LITERATUUR

- 1 Van Haalen FM, Bruggink SC, Gussekloo J, Assendelft WJ, Eekhof JAH. Warts in primary school children: prevalence and relation with environmental factors. *Br J Dermatol* 2009;161:148-52.
- 2 Nielen MMJ, Spronk I, Davids R, Zwaanswijk M, Verheij RA, Korevaar JC. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de Nederlandse huisartsenpraktijk in 2014. Uit: NIVEL Zorgregistraties eerste lijn, 2015 [geraadpleegd op 04-04-2016]. www.nivel.nl/node/4309.
- 3 Bruggink SC, Waagmeester SC, Gussekloo J, Assendelft WJ, Eekhof JA. Current choices in the treatment of cutaneous warts: a survey among Dutch GPs. *Fam Pract* 2010;27:549-53.
- 4 Gibbs S, Harvey I. Topical treatments for cutaneous warts. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3:CD001781.
- 5 Bruggink SC. Proefschrift: Transmission and treatment of cutaneous warts in primary care. Leiden: Universiteit Leiden, 2013.
- 6 Androphy EJ, Lowy DR. Warts. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. USA: McGraw-Hill; 2008. p. 1914-23.
- 7 Jablonska S, Majewski S, Obalek S, Orth G. Cutaneous warts. *Clin Dermatol* 1997;15:309-19.
- 8 Bernard HU, Burk RD, Chen Z, van Doorslaer K, Hausen H, de Villiers EM. Classification of papillomaviruses (PVs) based on 189 PV types and proposal of taxonomic amendments. *Virology* 2010;401:70-9.
- 9 Bruggink SC, Eekhof JAH, Egberts PF, Blijswijk SCE, Assendelft WJ, Gussekloo J. Warts transmitted in families and schools: a prospective cohort. *Pediatrics* 2013;131:928-34.
- 10 Bruggink SC, Gussekloo J, de Koning M, Feltkamp M, Bouwes Bavinck JN, Quint W. HPV type in plantar warts predicts natural course and treatment response: secondary analysis of a randomized controlled trial: a randomised controlled trial. *J Clin Virol* 2013;57:227-32.
- 11 Sterling JC, Gibbs S, Haque Hussein SS, Mohd Mustapa MF, Handfield-Jones SE. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of cutaneous warts 2014. *Br J Dermatol* 2014;171:696-712.
- 12 Massing AM, Epstein WL. Natural history of warts. A two-year study. *Arch Dermatol* 1963;87:306-10.
- 13 Bunney MH, Nolan MW, Williams DA. An assessment of methods of treating viral warts by comparative treatment trials based on a standard design. *Br J Dermatol* 1976;94:667-79.
- 14 Kwok CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R. Topical treatments for cutaneous warts. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD001781.
- 15 Bruggink SC, Gussekloo J, Berger MY, Zaaijer K, Assendelft WJ, de Waal MW, et al. Cryotherapy with liquid nitrogen versus topical salicylic acid application for cutaneous warts in primary care: randomized controlled trial. *CMAJ* 2010;182:1624-30.
- 16 Bruggink SC, Gussekloo J, Egberts PF, Bouwes Bavinck JN, de Waal MWM, Assendelft WJ, Eekhof JAH. Monochloorazijnzuur als alternatief voor stikstoftherapie bij wratten. *Huisarts Wet* 2016;59:155-9.
- 17 Cengiz FP, Emiroglu N, Su O, Onsun N. Effectiveness and safety profile of 40% trichloroacetic acid and cryotherapy for plantar warts. *J Dermatol* 2016;43:1059-61.
- 18 Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie LNA Mededeling april 2015. Mono- en trichloorazijnzuur bij wratten.
- 19 Wenner R, Askari SK, Cham PM, Kedrowski DA, Liu A, Warshaw EM. Duct tape for the treatment of common warts in adults: a double-blind randomized controlled trial. *Arch Dermatol* 2007;143:309-13.
- 20 De Haen M, Spigt MG, van Uden CJ, van Neer P, Feron FJ, Knottnerus A. Efficacy of duct tape vs placebo in the treatment of verruca vulgaris (warts) in primary school children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:1121-5.

Deze bijdrage in de serie 'Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk' is een bewerking van het hoofdstuk 'Wratten' gepubliceerd in het boek *Kleine kwalen bij kinderen* onder redactie van J.A.H. Eekhof, A. Knuistingh Neven, S.C. Bruggink en M. Scherptong-Engbers. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 2016. Publicatie in *Huisarts en Wetenschap* gebeurt met toestemming van de uitgever.

Uw diagnose

Een vrouw van 71 jaar komt op het spreekuur met een acuut ontstane, vaste, elastische zwelling links in de hals. Een week geleden had zij wat keelpijn, nu heeft zij nog een rauw gevoel in haar keel en is iets benauwd. Zij heeft geen koorts en is niet ziek. Wat is uw diagnose?

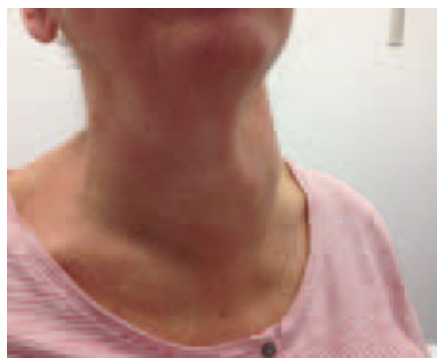


Foto: Margriet Folkeringa

Fotoquiz van de maand december

- a) Non-Hodgkin lymfoom
- b) M. Pfeiffer
- c) Kattenkrabziekte/*Bartonella Henselae*-infectie
- d) Bloeding uit schildkliernodus



Kijk voor het goede antwoord op www.henw.org.

Foto's gezocht

Ziet u een bijzondere aandoening op het spreekuur? Denk dan aan de H&W-fotoquiz Uw diagnose.

Maak een of meerdere goede en scherpe foto's, liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb) en zet er een duidelijke diagnose bij.

Mail foto en diagnose naar: redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'.

Ernstige rabdomyolyse na CrossFit

Casus

Een 22-jarige man werd naar de spoedeisende hulp verwezen in verband met langdurige heftige spierpijn. De patiënt had vier dagen tevoren excessief gesportt middels een CrossFit-training. Twee dagen hierna ontstond een bruine verkleuring van de urine, zonder dat er sprake was van dysurie of veranderingen in het mictiepatroon. De patiënt had het afgelopen jaar weinig gesport en was pas recentelijk weer gaan trainen. Er was geen sprake van medicatie- of middelenmisbruik.

Bij lichamelijk onderzoek waren de biceps en triceps beiderzijds gespannen en pijnlijk en was er drukpijn over de intercostale spieren. De flexie en extensie van de armen waren zowel actief als passief ernstig beperkt. Er waren geen aanwijzingen voor een compartimentsyndroom.

Het laboratoriumonderzoek toonde een sterk verhoogd creatininekinase (CK) van 189.948 U/L (normaal < 171 U/L). Ook was er een verhoging van het aspartaat aminotransferase 2.940 U/L (< 35), het alanine aminotransferase 622 U/L (< 45) en het lactaatdehydrogenase 5.232 U/L (< 250). De elektrolyten en het creatinine waren ongestoord. Kwalitatieve hemoglobinebepaling van de urine was positief, microscopisch werden geen erytrocyten gezien. Een urinescreening op drugs was negatief.

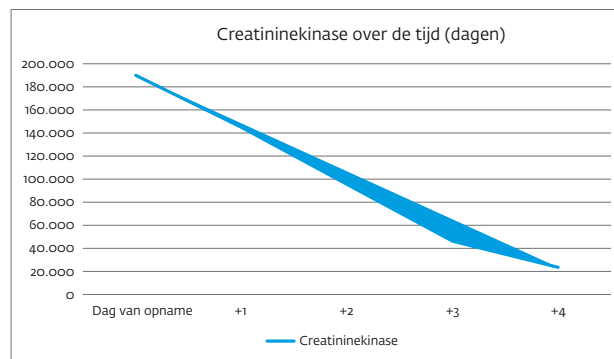
De patiënt werd opgenomen met verdenking op rabdomyolyse als gevolg van excessief sporten. Er werd zes liter isotone zoutoplossing per 24 uur gegeven. Een dag later was het creatininekinase gedaald naar 144.870 U/L en was de zwelling van biceps en triceps aanzienlijk afgenomen. Drie dagen na opname kon de patiënt zijn armen weer vrijwel volledig bewegen. De patiënt herstelde goed en kon vier dagen na opname worden ontslagen. Het creatininekinase was bij ontslag gedaald naar 23.496 U/L.

BESCHOUWING

Rabdomyolyse kenmerkt zich door een trias van myalgie, spierzwakte en donkere verkleuring van de urine.¹⁻³ Deze specifieke combinatie van symptomen is bij een minderheid van de patiënten aanwezig. Kenmerkend is een sterk verhoogd creatininekinase, hoger dan tien keer de bovengrens. De meest voorkomende oorzaken zijn middelenmisbruik, medicatie en trauma. Vooral bij terugkerende rabdomyolyse moet ook aan erfelijke oorzaken, zoals metabole myopathie, gedacht worden. De belangrijkste complicatie is acuut nierfalen als gevolg van tubulusobstructie door het vrijgekomen myoglobine. Door de myoglobulinurie zal urineonderzoek positief zijn voor hemoglobine, microscopisch zijn echter geen erytrocyten zichtbaar. Acuut nierfalen komt bij 14 tot 46% van de patiënten voor.¹ Andere complicaties zijn onder andere compartimentsyndroom, hyperkaliëmie, hypocalciëmie en leverfunctiestoornissen. De mortaliteit van rabdomyolyse ligt rond de 10%.^{1,3,5}

CrossFit is een vorm van *high intensity resistance training* die de afgelopen jaren flink aan populariteit heeft gewonnen. Het combineert aspecten van gewichtheffen, atletiek en gymnas-

Figuur Het creatininekinase van de patiënt



tiek met een hoge snelheid en intensiteit. In tegenstelling tot meer traditionele trainingen, waarbij de spieren vooral concentrisch belast worden, worden de spieren zowel concentrisch als ecentrisch belast. Er zijn aanwijzingen dat een ecentrische belasting meer micro-beschadigingen van spiercellen veroorzaakt.² Een verband tussen CrossFit en blessures, spierschade of rabdomyolyse wordt vaak gesuggereerd.^{2,4,5}

Een Amerikaans onderzoek onder 386 deelnemers aan CrossFit-trainingen liet zien dat 19,4% enige vorm van letsel heeft opgelopen, waarbij mannen een hoger risico hebben.⁶ Een ander onderzoek onder 2.371 patiënten met rabdomyolyse toonde dat dit in 2,6% het gevolg was van excessieve inspanning. De samengestelde uitkomst van mortaliteit of het ontstaan van acuut nierfalen bedroeg 3,2% in deze groep. Bij andere oorzaken van rabdomyolyse liep dit op tot 40%.³ Een onderzoek in IJsland liet zien dat van de 648 gevallen van rabdomyolyse dit in 8,3% het gevolg was van extreme inspanning.⁷ Slechts één patiënt ontwikkelde acuut nierfalen. ■

LITERATUUR

- 1 Zutt R, Van der Kooij AJ, Linthorst GE, Wanders RJA, De Visser M. Rhabdomyolysis: Review of the literature. *Neuromuscul Disord* 2014;24:651-9.
- 2 Huynh A, Leong K, Jones N, Crump N, Russell D, Anderson M, et al. Outcomes of exertional rhabdomyolysis following high intensity resistance training. *Intern Med J* 2016;46:602-8.
- 3 McMahon GM, Zeng X, Waikar SS. A risk prediction score for kidney failure or mortality in rhabdomyolysis. *JAMA Intern Med* 2013;173:1821-8.
- 4 Lozowska D, Liewluck T, Quan D, Ringel SP. Exertional rhabdomyolysis associated with high intensity exercise. *Muscle & Nerve* 2015;52:1134-5.
- 5 Bergeron ME, Nindl BC, Deuster PA, Baumgartner N, Kane SF, Kraemer WJ, et al. Consortium for health and military performance and American College of sports medicine consensus paper on extreme conditioning programs in military personnel. *Curr Sports Med Rep* 2011;10:383-9.
- 6 Weisenthal BM, Beck CA, Maloney MD, DeHaven KE, Giordano BD. Injury rate and patterns among CrossFit athletes. *Orthop J Sports Med* 2014;2:2325967114531177.
- 7 Halldórsson AB, Benediktsson E, Ólafsson Í, Mogensen B. Komur á bráðamót-töku Landspítala vegna áreynslurákvöðvarofs árin 2008-2012. *Lækna-bláðið The Icelandic Medical Journal*. 2016;102:131-5.



KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets gaat over één artikel in dit nummer van H&W, namelijk: Ottenheijm RPG. Echografie bij schouderpijn: doen of niet? Huisarts Wet 2016;59(12):551-3. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas en CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 580.

1. **Ottenheijm heeft zijn onderzoek naar de waarde van de echo bij schouderklachten opgezet vanwege een onderliggend probleem. Welk probleem was dit?**
 - a. Schouderklachten neigen tot chroniciteit.
 - b. Schouderklachten leiden tot functieverlies en arbeidsverzuim.
2. **Ottenheijm onderzocht de waarde van de echo bij patiënten met beginnende schouderpijn, met vermoedelijk een subacromiale aandoening. Ook hield hij bij hoe vaak de echo in staat is om bij deze groep een specifieke diagnose te stellen. Tendinitis, tendinitis calcarea en burstitis subacromialis waren de meestgestelde diagnoses. Wat was de waarde van de echo?**
 - a. De echo kon bij een minderheid een diagnose stellen en de diagnostiek was niet accuraat.
 - b. De echo kon bij een minderheid een diagnose stellen, maar de diagnostiek was wel accuraat.
 - c. De echo kon bij een meerderheid een diagnose stellen en de diagnostiek was accuraat.
3. **De NHG-Standaard Schouderklachten maakt bij schouderklachten een onderverdeling in drie categorieën. Op grond waarvan worden schouderklachten ingedeeld?**
 - a. Op grond van de locatie van de klachten.
 - b. Op grond van de bevindingen bij lichamelijk onderzoek.
 - c. Op grond van de gestelde diagnose.
4. **Eénentachtig procent van alle schouderklachten in de eerste lijn is gelokaliseerd in de subacromiale ruimte. In deze ruimte bevinden zich drie structuren. De bursa subacromialis en de pees van m. supraspinatus zijn twee van die structuren. Wat is de derde?**
 - a. De lange pees van de m. biceps.
 - b. De pees van de m. subscapularis.
 - c. Het coraco-acromiale ligament.
5. **Welk advies is het meest passend bij patiënten met schouderklachten?**
 - a. Neem strikte rust als kleine bewegingen schouderpijn veroorzaken.
 - b. Wacht bij het stapsgewijs uitbreiden van activiteiten eerst tot de pijn geheel verdwenen is.
 - c. Probeer door te gaan met de dagelijkse bezigheden.
6. **Ottenheijm onderzocht de waarde van echodiagnostiek bij schouderklachten in de eerste lijn. Welke conclusie trekt hij?**
 - a. Een echo is al zinvol in de beginfase van de eerste periode met schouderpijn.
 - b. Een echo is pas zinvol na de eerste periode, als de pijnklachten aanhouden.
 - c. Een echo heeft geen toevoegde waarde in de eerste lijn.
7. **De heer Van Aarden, 44 jaar, komt op het spreekuur in verband met pijn aan zijn linkerschouder. De klachten zijn een week geleden begonnen nadat hij een nieuwe laminaatvloer heeft gelegd. Er is geen sprake geweest van een trauma. De huisarts onderzoekt de schouder. Bij inspectie ziet hij geen afwijkingen. Welke actieve beweging dient onderzocht te worden?**
 - a. Actieve abductie.
 - b. Actieve elevatie.
 - c. Actieve exorotatie.
8. **Gijs, 17 jaar, heeft tijdens een uitje, waar hij moest sumoworstelen, zijn rechterschouder geluxeed. Hij heeft dit nooit eerder meegemaakt. Een aanwezige huisarts heeft de schouder direct gereponeerd en Gijs verwezen naar zijn eigen huisarts. Op dit moment heeft Gijs nog lichte pijn aan zijn schouder. Bij onderzoek zijn er geen afwijkingen. De huisarts laat een foto van de schouder vervaardigen, die geen afwijkingen laat zien. Wat is nu het eerst aangewezen beleid?**
 - a. Mobiliseren op geleide van de pijn.
 - b. Immobilisatie met een mitella gedurende een tot drie weken.
 - c. Verwijzing naar de fysiotherapeut voor proprioceptieve en spierversterkende oefeningen.

Effect neuraminidaseremmers bij influenza

INLEIDING

In 2002 bespraken we in dit tijdschrift de rol van neuraminidaseremmers bij de behandeling en profylaxe van influenza.¹ Die bleek zeer beperkt. In 2009 circuleerde een pandemie influenza A/H1N1, die bij vele regeringen leidde tot grootschalige inkoop van neuraminidaseremmers. Recent analyseerde het onderzoeksinstituut van de Britse NHS alle gegevens rond de neuraminidaseremmers opnieuw op basis van oorspronkelijke publicaties, waarbij verschillende verstoringen variabelen en selectiebias werden uitgesloten. Dit heeft geleid tot een zeer grondig en transparant rapport van ruim 200 pagina's met duidelijke aanbevelingen.

ONDERZOEK

Opzet In dit onderzoek werd een antwoord geformuleerd op de volgende twee vragen. Wat zijn de positieve en negatieve effecten van neuraminidaseremmers bij de behandeling en profylaxe van seizoensgriep op basis van klinische onderzoeken in al dan niet gepubliceerde gerandomiseerde, placebogecontroleerde onderzoeken en commentaren? En: wat is het effect van oseltamivir op de sterfte door influenza A/H1N1, gebaseerd op individuele patiëntengegevens?

De onderzoekers verzamelden in verschillende zoekmachines alle literatuur over neuraminidaseremmers en deden schriftelijk navraag bij de individuele onderzoekers en producenten over de oorspronkelijke gegevens en mogelijk niet gepubliceerde literatuur (twintig onderzoeken oseltamivir, 26 zanamivir). Ook de gegevens van patiënten die overleden waren aan influenza A/H1N1 werden opgevraagd (dertig artikelen, waarvan vier met alle patiëntengegevens). Als uitkomstmaten ging het om het tijdstip van (de reductie in het) optreden van griepsymptomen, het optreden van complicaties als pneumonie en sterfte, en de verschillende bijwerkingen.

Resultaten Oseltamivir verkort de symptomen van influenza met 16,8 uur (95%-BI 8,4 tot 25,1 uur), zanamivir reduceerde het optreden van symptomen met 0,60 dag (niet in uren uitgewerkt; 95%-BI 0,39 tot 0,81). Oseltamivir reduceerde het risico op (niet-bevestigde) pneumonie met 1% (95%-BI 0,2 tot 1,49%) en zanamivir deed dat in 0,32% (95%-BI 0,09 tot 0,41%). Er was geen verschil in ziekenhuisopnames. Bij gezonde kinderen hadden de medicijnen een vergelijkbaar effect, maar bij kinderen met astma was het effect ongunstiger. Dat wil zeggen dat zij een gemiddeld vijf uur langere ziekteduur hadden.

Bij de profylaxe bleek oseltamivir een risicoreductie op individuele besmetting met influenza te geven van 3,05% (95%-BI 1,83 tot 3,88%) en zanamivir van 1,98% (95%-BI 0,98 tot 2,54%). In

gezinnen zorgde oseltamivir voor een reductie van 13,6% (95%-BI 9,52 tot 15,47%) en zanamivir van 14,84% (95%-BI 12,18 tot 16,55%).

Conclusie van de auteurs De sterfte bij influenza A/H1N1 was ongewijzigd door behandeling met neuraminidaseremmers, maar bij de interpretatie van de gegevens bleek sprake van tijdgebonden bias en verschillende confounders. Oseltamivir had als bijwerkingen misselijkheid en braken (ongeveer 3%), het laatste vooral bij kinderen (ongeveer 5%). Hoofdpijn en psychiatrische symptomen (1%) werden eveneens als bijwerkingen vastgesteld.

INTERPRETATIE

Dit onderzoek, onder auspiciën van de NHS, geeft aan dat het effect van de neuraminidaseremmers zeer beperkt is: de winst bij seizoensgriep is ongeveer een halve dag minder ziek voor beide middelen. De kans op het optreden van pneumonie neemt met 1% af, maar wel zijn er de nodige bijwerkingen. In dit onderzoek werd geen effect gevonden op een ziekenhuisopname. Bij de profylaxe is er wel enig effect, maar het NNT geeft aan dat ruim dertig personen behandeld moeten worden om een ziektegeval te voorkomen. Voor gezinnen lag dat wat gunstiger.

De sterfte werd bij de (Mexicaanse) influenza A/H1N1 niet verminderd door deze medicatie, zoals de eerdere rapporten suggereerden. Dat leidde destijds tot grootschalige inkoop van griepremmers, die uiteindelijk nauwelijks gebruikt werden en gezien het beperkte effect een slechte investering zijn geweest. Lastig is dat ook bij dit rapport meerdere auteurs adviesfuncties bij de NHS hebben en daarnaast ook financiële banden met de farmaceutische industrie hebben.

In 2002 wezen we op het beperkte klinische belang van de neuraminidaseremmers voor de huisartsenpraktijk, maar ook het publieke belang van deze middelen tijdens de pandemie van 2009 was zeer beperkt. De terughoudendheid om neuraminidaseremmers toe te passen bij de behandeling en preventie van influenza die in 2002 werd aangegeven, blijkt op langere termijn sterker onderbouwd te zijn vanwege hun minimale effect. ■

LITERATUUR

- Boomsma LJ, Assendelft WJJ. Het effect van neuraminidaseremmers bij de behandeling en preventie van influenza is beperkt. Huisarts Wet 2002;45:729-32.
- Heneghan CJ, Onakpoya I, Jones MA, Doshi P, Del Mar CB, Hama R, et al. Neuraminidase inhibitors for influenza: a systematic review and meta-analysis of regulatory and mortality data. Health Technol Assess 2016;20(42):1-242.

Na een ICU-opname: wat doet de huisarts?

INLEIDING

Het aantal patiënten met sepsis neemt toe. Voor een deel komt dat omdat we ernstig zieke patiënten steeds beter kunnen behandelen. Veel mensen krijgen bijvoorbeeld chemotherapieën waardoor het afweersysteem deels onderdrukt is en de kans op een sepsis toeneemt. In Nederland heeft de huisarts geen duidelijke rol bij patiënten die ontslagen worden na een sepsis. Duitse onderzoekers bestudeerden de effecten van een eerste lijns interventie bij patiënten na ontslag van een intensive care unit (ICU) na een sepsis en/of septische shock. Het doel was om te evalueren of deze interventie door huisartsen met name de geestelijke gezondheid van deze patiëntengroep zou verbeteren.

ONDERZOEK

Opzet De setting was een gerandomiseerde klinische trial, uitgevoerd van 2011 tot 2015. De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten van 18 jaar of ouder die een sepsis overleefden, gerekruteerd uit negen ICU's in heel Duitsland. De patiënten werden gerandomiseerd naar gebruikelijke zorg of een twaalf maanden durende interventie. Deze bestond uit de volgende elementen: huisartsen en patiënten in de interventiegroep ontvingen een training over het proactief monitoren van zowel somatisch als psychisch welbevinden, een ICU-verpleegkundige begeleidde het proces thuis na ontslag en huisartsen kregen ondersteuning van intensivisten als zij tegen klinische problemen aanliepen of beslissingen moesten nemen. Huisartsen van patiënten uit de controlegroep leverden de gebruikelijke zorg; zij deden zo nodig consulten of visites, verwezen naar specialisten of de fysiotherapeut. De belangrijkste uitkomstmaat was een verandering in de kwaliteit van hun geestelijke gesteldheid, gemeten met de Mental Component Summary (MCS) van de 36-Item Short-Form Health Survey zes maanden na ontslag vergeleken met de score bij ontslag.

Resultaten Er werden 291 patiënten ingesloten: 143 in de controle- en 148 in de interventiegroep. De gemiddelde leeftijd was 61,6 jaar (SD 14,4); 66,2% (n = 192) was man en 84,4% (n = 244) had mechanische beademing nodig tijdens het ICU-verblijf (mediane duur beademing 12 dagen; range 0-134). Zes maanden na het ontslag van de ICU werd een follow-up bereikt voor 75,3% (n = 219; interventie: 112; controle: 107) en na 12 maanden 69,4% (n = 202; interventie: 107; controle: 95). De totale mortaliteit was 13,7% na 6 maanden (21 sterfgevallen in de interventie- en 19 in de controlegroep) en 18,2% na 12 maanden (27 in de interventie- en 26 in de controlegroep). Er bleek geen significant verschil in de verandering van de gemiddelde MCS-scores (interventiegroep: baseline gemiddelde 49,1; na 6 maanden 52,9; verandering 3,79; 95%-BI 1,05 tot 6,54 versus controlegroep: baseline gemiddelde 49,3; na 6 maanden 51,0; verandering 1,64; 95%-BI -1,22 tot 4,51).

Conclusie van de auteurs Zes maanden na het ontslag na een ICU-opname is de geestelijke gezondheid met de onderzochte interventie in de eerste lijn van de overlevenden van sepsis en septische shock niet beter dan die van patiënten die de gebruikelijke zorg kregen. De auteurs betwijfelen of de interventie wel voldoende intensief was en of iedere sepsispatiënt na ICU-opname wel extra begeleiding nodig heeft.

INTERPRETATIE

Patiënten hebben na een ICU-opname in verband met een sepsis mogelijk meer zorgbehoefte, met name wat betreft hun geestelijke gezondheid. Dit goed opgezette en uitgevoerde onderzoek bekeek een interventie die in Nederland waarschijnlijk ook zo zou worden vormgegeven, maar niet bleek te werken. Wat hebben wij als Nederlandse huisartsen aan dit onderzoek? We hebben geen duidelijke rol in de begeleiding van sepsispatiënten na een ICU-opname. Dat heeft zeker te maken met het feit dat het voor de huisarts een zelden voorkomend probleem is. Welke huisarts bezoekt standaard zijn patiënt na een ICU-opname? Of misschien nog beter: welke huisarts heeft tijdens de opname contact met zijn patiënt of overleg met de desbetreffende intensivist om te bekijken wat zijn patiënt nodig heeft na ontslag van de ICU? De huisarts kent zijn patiënt en weet bij welke patiënt hij zorgen moet hebben over hoe de emotionele ontwikkeling zal zijn na een dergelijke ingrijpende opname. Hij kan ook beoordelen hoe de genezing na de ICU-opname verder belooft, zowel op somatisch als psychisch gebied. Het lijkt me niet nodig om hierover speciale transmurale protocollen af te spreken: die hebben we immers al meer dan genoeg. Misschien moeten we gewoon maar eens beginnen met onze verantwoordelijkheid te nemen: de regie nemen in de nazorg van deze kwetsbare patiëntengroep. ■

LITERATUUR

- 1 Schmidt K, Worrack S, Von Korff M, et al. Effect of a primary care management intervention on mental health-related quality of life among survivors of sepsis: a randomized clinical trial. JAMA 2016;315:2703-11.



Vitex agnus castus bij premenstrueel syndroom?

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. Coördinatie: Marianne Dees en Annet Sollié • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Vraagstelling Bij een patiënte met een moeilijk behandelbaar premenstrueel syndroom (PMS) raadpleegden wij een gynaecoloog van een UMC. Deze stelde voor om de patiënte te behandelen met het natuurproduct Vitex agnus castus (VAC). Wij onderzochten de wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van VAC bij PMS.

Zoekstructuur In PubMed werd gezocht (03-03-2016) met de zoekopdracht: (Vitex agnus castus extract [Supplementary Concept]) OR (agnus castus [tw]). Filters: Clinical Trial, Controlled Clinical Trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Systematic Reviews. We zochten naar artikelen van de laatste vijftien jaar. Daarnaast zochten we in de Cochrane Library en in richtlijnen van beroepsverenigingen.

Resultaten Een NHG-Standaard over PMS ontbreekt. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie heeft een richtlijn over PMS, maar deze is verouderd (2011) en baseert haar aanbeveling over VAC op slechts één review. Zij concludeerden dat VAC met de beschikbare evidence niet aanbevolen kan worden. Een Cochrane-review over PMS is in ontwikkeling. Onze zoekstrategie in Pubmed leverde 27 artikelen op. Op basis van titel en abstract selecteerden wij veertien artikelen (drie systematische reviews, één open-labelonderzoek en tien clinical trials). Met behulp van de AMSTAR-checklist hebben wij de systematische reviews gescoord op kwaliteit. Eén systematische review bleek van voldoende kwaliteit met een score van 9 uit 11 (Van Die, et al.; uitgevoerde zoekstrategie tot 2012). Aanvullend beoordeelden we alle RCT's vanaf 2012 (1 RCT van Schellenberg et al.). Onze zoekstrategie resulteerde tevens in een publicatie over bijwerkingen bij VAC (Daniele et al.).

Bespreking Van Die et al. includeerden acht onderzoeken, waarvan zes placebogecontroleerde trials. De overige twee onderzoeken vergeleken respectievelijk VAC met vitamine B6 en magnesium. In vijf van de zes RCT's bleek VAC superieur aan placebo op zowel psychische als lichamelijke klachten. Vrijwel geen van de geïncludeerde onderzoeken geeft informatie over blinding van patiënten, behandelaars en beoordelaars. Tevens beschrijven de onderzoeken niet of de kwaliteit van het VAC-extract is getest. De auteurs concluderen dat VAC werkzaam lijkt te zijn, maar dat beter en transparanter onderzoek nodig is. Eén van de auteurs is medeoprichter en directeur van MediHerb, een bedrijf dat betrokken is bij de productie en distributie van Vitex agnus castus.

Schellenberg et al. vergeleken 20 mg VAC met placebo, 8 mg en 30 mg VAC. Honderdtweeënzestig vrouwen werden over vier gerandomiseerde groepen verdeeld. Bij de 20 mg VAC-groep was er sprake van significante klachtenreductie vergeleken met de placebogroep en de 8 mg VAC-groep. Er was geen significant verschil tussen de 20 mg en 30 mg VAC-groep. Het onderzoek kent een aantal tekortkomingen. Allereerst worden twintig van de 162 deelnemers niet meegenomen in de analyse, omdat bij hen geen nulmeting is verricht. Een beschrijving van deze twintig deelnemers ontbreekt. Verder wordt niet beschreven hoe de blinding van deelnemers, behandelaars en effectbeoordelaars is uitgevoerd. Ten slotte werd het onderzoek gefinancierd door een producent van VAC en zijn drie coauteurs werkzaam bij deze producent. Belangenverstrengeling en/of publicatiebias zijn hierdoor niet uit te sluiten.

Daniele et al. onderzochten in een systematische review de bijwerkingen van VAC. Zij includeerden 33 onderzoeken, waaronder 5 RCT's, 4 niet-gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken en 6 'fase IV-onderzoeken', ook wel Post marketing surveillance (PMS) genoemd. De meest voorkomende bijwerkingen waren hoofdpijn (68%), misselijkheid (50%), menstratiestoornissen (42%) en gewichtstoename (34%). De auteurs concluderen dat gebruik van VAC geen ernstige bijwerkingen geeft, maar dat schaarste aan goede onderzoeken verder onderzoek noodzakelijk maakt. Daarnaast raden zij het gebruik van VAC tijdens zwangerschap of lactatie af vanwege het ontbreken van voldoende gegevens. De kwaliteit van de geïncludeerde onderzoeken werd niet onderzocht.

Conclusie Zowel in de systematische review als in de RCT bleek VAC effectief bij de behandeling van PMS. De kwaliteit van de geïncludeerde onderzoeken is echter matig. Daarnaast is er een risico van belangenverstrengeling bij zowel de review als de RCT. Er werden geen levensbedreigende bijwerkingen beschreven, maar meer onderzoek is nodig. Ten slotte geeft deze CAT geen uitsluitsel over eventuele niet-gepubliceerde negatieve trials.

Betekenis Het effect van VAC bij PMS is vooralsnog onduidelijk gezien de matige kwaliteit van de onderzoeken. ■

LITERATUUR

- 1 Schellenberg R, Zimmermann C, Drewe J, Hoexter G, Zahner C. Dose-dependent efficacy of the Vitex agnus castus extract Ze 440 in patients suffering from premenstrual syndrome. *Phytomedicine* 2012;19:1325-1331.
- 2 Van Die MD, Burger H, Teede H, Bone K. Vitex agnus-castus extracts for female reproductive disorders: a systematic review of clinical trials. *Planeta Medica* 2013;79:562-575.
- 3 Daniele C, Coon JT, Pittler MH, Ernst E. Vitex agnus castus: systematic review of adverse events. *Drug Safety* 2005;28:319-32.

Mobiele telefoon effectief bij stoppen met roken

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

Context Het gebruik van mobiele telefonie is de laatste jaren exponentieel toegenomen. Mobiele telefonie wordt ook steeds vaker gebruikt om gezond gedrag te promoten en stimuleren. Het zou daarom een zeer geschikt hulpmiddel kunnen zijn voor mensen die proberen om te stoppen met roken. De voordelen zijn dat je tegen relatief lage kosten een grote groep mensen overal en op elk tijdstip kunt bereiken.

Klinische vraag Zijn interventies aangeboden via mobiele telefonie effectief om gemotiveerde rokers te helpen om te stoppen met roken?

Conclusie auteurs Deze update van de Cochrane-review uit 2012 over interventies gebaseerd op mobiele telefonie leverde zeven nieuwe onderzoeken op (totaal 12 onderzoeken; $n = 11.885$). De meeste interventies maakten gebruik van het versturen van sms-berichten en een aantal combineerde dit met telefoon-gesprekken (met of zonder video) of zelfs persoonlijk contact. De interventies werden vergeleken met standaardzorg, die per onderzoek extreem verschilde; van totaal geen support tot sms-berichtjes of zelfs een op maat gemaakte stoppen-met-rokenbehandeling. Een meta-analyse waarin al deze onderzoeken werden samengenomen, liet zien dat interventies aangeboden via de mobiele telefoon de langetermijncans (zes maanden) om te stoppen met roken vergrootten (RR 1,67; 95%-BI 1,46 tot 1,90; NNT 28).

Beperkingen Twee onderzoeken, gericht op een jongere doelgroep, hadden moeite om voldoende patiënten te includeren, waardoor de resultaten te weinig onderscheidend vermogen hadden. Alle onderzoeken waren uitgevoerd in welvarende landen en de resultaten zijn niet zonder meer te generaliseren naar andere contexten.

Commentaar In de eerste versie van deze review (2009) was er al bewijs dat interventies via mobiele telefonie op korte termijn het stoppen met roken bevorderen, en in de vorige versie (2012) werd duidelijk dat dit ook voor de lange termijn geldt. Dit wordt aan de hand van deze nieuwe update nog eens onderschreven en is dit keer gebaseerd op minder heterogene onderzoeksresultaten. Mobiele telefonie blijkt een effectief hulpmiddel om op de lange termijn gemotiveerde rokers te helpen om te stoppen met roken. De afzonderlijke onderzoeken verschilden echter nog steeds redelijk veel van elkaar, maar waren alle wel van redelijk goede kwaliteit. Een subgroepanalyse van onderzoeken met biochemisch gevalideerde uitkomstdata (RR 1,83, 95%-BI 1,54 tot 2,19; 6 onderzoeken) en een sensitiviteitsanalyse waarbij onderzoeken met zeer uitgebreide controle-interventies werden weggelaten (RR 1,66; 95%-BI 1,45 tot 1,91; 10 onderzoeken) lieten eenzelfde effect zien.

Opvallend is dat er in deze review geen onderzoeken waren in de effectiviteit van smartphone-apps werd getest, voldeden aan de inclusiecriteria. Het aanbod van deze apps wordt steeds groter, maar we kunnen dus nog niets zeggen over de effectiviteit hiervan. We kunnen ons goed voorstellen dat deze apps eenzelfde aanvullende ondersteunende waarde kunnen hebben bij het stoppen met roken. Bovendien worden ze vaak gratis aangeboden.

Tot op heden blijkt uit de literatuur dat je met een combinatie van farmacotherapie en een gedragsmatige interventie de hoogste kans hebt om te stoppen met roken. Hierop zijn de Nederlandse richtlijnen aangepast. In de NHG-Standaard Stoppen met roken wordt dan ook geadviseerd altijd een intensieve ondersteunende interventie aan te bieden en hier eventueel farmacotherapie aan toe te voegen. In de standaard wordt op dit moment geen aandacht besteed aan interventies gebaseerd op mobiele telefonie. Interventies via andere stoppen-met-rokenorganisaties lijken ook relatief weinig gebruik te maken van mobiele telefonie ter ondersteuning, terwijl er dus wel bewijs voor lijkt te zijn dat dit een effectief hulpmiddel is. Uiteindelijk is het belangrijk om alle bestaande behandelingsopties met iedere geïnteresseerde patiënt te bespreken, omdat onduidelijk blijft welke stoppen-met-rokenbehandeling de voorkeur heeft.

Het is duidelijk dat mobiele telefonie het effect van een stoppen-met-rokenbehandeling kan vergroten. De interventies die in deze Cochrane-review getest werden, worden echter nauwelijks aangeboden in Nederland. Voor de huisarts is het vooral van belang om zich te realiseren dat nazorg, in welke vorm dan ook, essentieel is om patiënten optimaal te ondersteunen bij hun stoppoging. ■

LITERATUUR

- 1 Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;CD006611.

Maastricht University, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; E. van Eerd, huisarts in opleiding en promovendus (aiotho); prof.dr. D. Kotz, klinisch epidemioloog • Correspondentie: eva.vaneerd@maastrichtuniversity.nl



Code of Practice Euthanasie nog weinig bekend

Weet u als huisarts hoe uw handelen bij euthanasie wordt beoordeeld? De Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE's) publiceerden hierover in april 2015 een *Code of Practice* (zie [kader]). Aanleiding voor het opstellen van deze code was de aanbeveling in de Tweede Evaluatie van de Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WTL) om de wijze waarop de RTE's de wettelijke zorgvuldigheidseisen interpreteren en toepassen inzichtelijk te maken voor artsen en voor de samenleving als geheel. De ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie alsmede de KNMG onderschreven deze aanbeveling.

Een jaar na het verschijnen is gekeken naar bekendheid en gebruik van en mening over de Code of Practice. Tussen 8 februari en 8 maart 2016 is een korte enquête met zeven vragen opgestuurd door RTE's naar uitvoerend artsen en SCEN-artsen die betrokken waren bij een euthanasie. De respons was hoog: 760 (68%) van de 1118 verzonden enquêtes. Opvallend is dat de meeste SCEN-consulenten (89%) de code kennen, terwijl de meeste uitvoerend artsen (79%) de code niet kennen. Dit verschil is mogelijk te verklaren doordat alle SCEN-artsen de code in hard copy of digitaal ontvangen hebben. Ook is er weinig publieke aandacht voor de code geweest en zijn SCEN-artsen frequenter betrokken bij een euthanasie dan uitvoerend artsen.

De code wordt vooral geraadpleegd als het gaat om de inhoudelijke vereisten van het lijden en het verzoek om euthanasie. Bij het vereiste van het lijden noemen artsen met name de volgende

drie actuele thema's: psychiatrische aandoening, dementie en 'klaar met leven'. Ook thema's die niet in de enquête stonden maar die wel door artsen werden genoemd, hebben een relatie met verzoek of lijden: wilsbekwaamheid, stapeling van ouderdomsklachten en de combinatie van somatische en psychiatrische aandoeningen.

Uit de enquête blijkt dat verschillende SCEN-artsen de code ter sprake brengen bij ingewikkelde casus. Zo geeft een SCEN-arts aan dat hij een uitvoerend arts met vragen over wilsbekwaamheid bij een patiënt met hersenmetastasen heeft gewezen op passages in de code, waarmee je beslissingen binnen de wettelijke kaders kunt plaatsen.

Steun en duidelijkheid bij beoordelen grensgevallen

Artsen geven aan dat zij in de Code of Practice over het algemeen een antwoord vinden op hun vragen. Daaruit blijkt dat de code zijn functie vervult. Een arts schrijft: 'Omdat euthanasie niet zo vaak voorkomt in een gemiddelde praktijk, is zorgvuldigheid goed te bereiken met de Code of Practice als leidraad.' Een andere arts meldt: 'Gezien het multifactoriële lijden bij een niet-maligne aandoening, zou ik zeker aanraden hoofdstuk 3,3 te lezen.'

Vrijwel alle artsen die de Code kennen zijn er (zeer) tevreden over en 99% van hen zou de code aanraden aan andere artsen. Kwalificaties die artsen gebruiken zijn: 'het zou voor iedere arts verplichte kost moeten worden', 'zou vaker aan de arts moeten worden gegeven bij nascholing', 'prima naslagwerk', 'handzaam', 'overzichtelijk', 'toegankelijk', 'vaak concreet', 'geweldige ondersteuning bij toelichting aan anderen', 'zeer verhelderend', 'geeft steun en duidelijkheid bij beoordelen van grensgevallen'. Enkele SCEN-artsen geven aan dat ze de code ook bij de SCEN-intervisie bespreken en gebruiken.

Uit de enquête blijkt dat er slechts enkele kritiekpunten zijn: 'ik mis een stuk over wilsbekwaamheid', 'stuk over ondraaglijkheid had wel wat uitgebreider gemogen', 'verwijzingen naar specifieke oordelen RTE zou aanvullend

Code of Practice

In de Code of Practice worden eerst kort het wettelijk kader en de werkwijze van de RTE's uiteengezet. Daarna worden de wettelijke zorgvuldigheidseisen besproken en aansluitend komen enkele bijzondere onderwerpen aan bod, waaronder de schriftelijke wilsverklaring, patiënten met dementie, 'klaar met leven'-problematiek en euthanasie bij verlaagd bewustzijn en coma. Daarmee geeft de Code of Practice een overzicht van de aspecten en overwegingen die relevant zijn met betrekking tot de wettelijke zorgvuldigheidseisen betreffende euthanasie.

De code is te downloaden via <http://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken/brochures/brochures/code-of-practice/1/code-of-practice>

zijn'. Deze en andere opmerkingen geven aanleiding om de Code de komende maanden te herzien. Ook zijn de RTE's van oordeel dat meer gedaan moet worden aan de bekendheid van de code onder uitvoerend artsen. Daarover zal de voorzitter van de RTE's contact zoeken met de KNMG. Aan- en opmerkingen over de Code zijn uiteraard zeer welkom. Zij kunnen worden gestuurd aan Nicole Visee, algemeen secretaris van de RTE's: N.Visee@toetscie.nl. ■

Rijksuniversiteit Groningen, Vakgroep Rechtstheorie, Postbus 716, 9700 AS Groningen; prof.mr.dr. A.R. Mackor, hoogleraar professie-ethiek, tevens lid-ethicus van een Regionale Toetsingscommissie Euthanasie, voorheen lid van de begeleidingscommissie van de Code of Practice van de RTE's en lid van de redactiecommissie voor de herziening van de Code of Practice; dr. H.A.M. Weyers, universitair docent rechtssociologie, tevens plaatsvervangend lid-ethicus van een Regionale Toetsingscommissie Euthanasie • Correspondentieadres: a.r.mackor@rug.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Het verbeteren van patiëntuitkomsten

Graag willen wij reageren op enkele punten uit het overigens mooie stuk van Hobma et al. in het oktobernummer van H&W.¹ De auteurs stellen dat het nodig is dat aan huisartsen pas verplichtingen worden opgelegd als deze bewezen effectief zijn en een meerwaarde hebben voor de patiënt. Dit lijkt ons te kort door de bocht. Kwaliteitsinterventies richten zich doorgaans op de processen in de veronderstelling dat daarmee ook de patiëntuitkomsten verbeteren.

Daarnaast spelen vele factoren een rol bij het verbeteren van patiëntuitkomsten. Naast het handelen van de huisarts zijn dat bijvoorbeeld het beloop van een aandoening en patiëntkenmerken, zoals woonsituatie, SES en therapietrouw. Het is om die reden niet eenvoudig om aan te tonen dat bij een interventie, zeker als deze is gericht op de zachtere kanten van het vak, een statistisch significant, klinisch relevant,

direct effect bestaat op patiëntuitkomsten.

Verder kunnen bekentenisvolle kwaliteitsinterventies zich ook richten op andere doelen, zoals verbetering van de arbeidsomstandigheden, veilig werken of bescherming van de privacy. Veel van deze verplichtingen komen voort uit maatschappelijke wensen, die door het parlement in de vorm van wetten zijn geaccordeerd.

Het visitatieprogramma voor huisartsen is ingezet als evaluatie van het individueel functioneren en kan leiden tot betere samenwerking met collega's binnen en buiten de praktijk, beter functioneren en beter welbevinden van de betrokkene zelf. Hetzelfde geldt voor interventies gericht op het verbeteren van het functioneren van het team. De procedure van Veilig Incidenten Melden staat grotendeels in het teken van 'willen leren van je fouten': een gedachte die juist een van de uitgangspunten vormt van Het Roer Moet Om.

Wij onderschrijven volledig dat het nodig is om de meerwaarde van in-

novaties, maar juist ook van al langer bestaande verplichte en facultatieve maatregelen regelmatig te evalueren. Dit gebeurt bij voorkeur kort-cyclisch om verbeteringen snel te kunnen oppakken, maar soms is meer gedegen wetenschappelijk onderzoek nodig om een keuze te maken voor invoering van een bepaalde innovatie. Het NHG heeft IQ healthcare gevraagd om binnenkort te starten met een evaluatie van het visitatieprogramma. We zullen naar de haalbaarheid en toepasbaarheid kijken en de effectiviteit op verschillende aspecten in beeld brengen. ■

Margriet Bouma,

huisarts, senior wetenschappelijk medewerker, NHG

Jozé Braspenning,

Universitair hoofddocent en senior onderzoeker bij de afdeling IQ healthcare, Radboudumc

LITERATUUR

- 1 Hobma, S, Verstappen W, Wensing W. Het roer is om, maar waar gaan we naartoe? Huisarts Wet 2016;59:447-450.

DOAC's op voorschrift van huisarts voortaan ook vergoed

Het eerste voorschrift van een DOAC uitgeschreven door huisartsen wordt nu ook vergoed. Zorgverzekeraars Nederland heeft op verzoek van het NHG de regelgeving aangepast.

REGELGEVING AANGEPAST

In het NHG-Standpunt over anticoagulantia dat verscheen in het septembernummer van H&W is de conclusie dat cumarinederivaten en DOAC's voortaan als gelijkwaardig beschouwd kunnen worden.¹ Praktisch probleem was dat DOAC's alleen vergoed werden als het gebruik ervan werd geïnitieerd door een arts uit de tweede of derde lijn. Daardoor moest de huisarts alle patiënten met een diepe veneuze trombose of atriumfibrilleren bij wie de voorkeur uitgaat naar een DOAC verwijzen. Het NHG

heeft daarom Zorgverzekeraars Nederland verzocht de regelgeving aan te passen. Zij hebben daarmee inmiddels ingestemd. Vanaf oktober kan het eerste voorschrift van een DOAC ook worden uitgeschreven door huisartsen.

HET ROER MOET OM

Het is voorsnag voor alle artsen in Nederland verplicht als bijlage bij het recept een aparte artsenverklaring in te vullen (zogenaamde Bijlage 2-geneesmiddel). De werkgroep Bureaucratie & Administratieve Lasten (waarin LHV, VPH, NHG en ZN zijn vertegenwoordigd) die naar aanleiding van het manifest *Het Roer moet Om in de eerste lijn* is opgericht, tracht ook deze verplichting vanuit het adagium 'recept is recept' te vereenvoudigen. ■

Tjerk Wiersma

Ondertussen op henw.org

N. van Spengen reageert op het artikel Bloedverdunning anno 2016 van Willemsen et al. (Huisarts Wet 2016;59(7):312-8) met de vraag hoe de auteurs tot de conclusie zijn gekomen dat er een hoger aantal tractus digestivus-bloedingen gerapporteerd zijn voor NOAC, met name dabigatran. Deze reactie en het antwoord van de auteurs kunt u terugvinden op <https://www.henw.org/archief/volledig/id12260-bloedverdunning-anno-2016.html>. Onderaan het artikel staan de reacties. ■

- 1 Van den Donk M, De Jong J, Geersing GJ, Wiersma Tj. Cumarinederivaten en DOAC's voortaan gelijkwaardig. Huisarts Wet 2016;59(9):406-9. <https://www.henw.org/archief/id12316-cumarinederivaten-en-doacsvoortaan-gelijkwaardig.html>

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1b

Ottenheim RPG. Echografie bij schouderpijn: doen of niet? Huisarts Wet 2016;59(12):551-3.

2c

Ottenheim RPG. Echografie bij schouderpijn: doen of niet? Huisarts Wet 2016;59(12):551-3.

3b

Winters JC, Van der Windt DAWM, Spinnewijn WEM, De Jongh AC, Van der Heijden GJMC, Buis PAJ, et al. NHG-Standaard Schouderklachten (tweede herziening). Huisarts Wet 2008;51(11):555-565.

4a

Winters JC, Van der Windt DAWM, Spinnewijn WEM, De Jongh AC, Van der Heijden GJMC, Buis PAJ, et al. NHG-Standaard Schouderklachten (tweede herziening). Huisarts Wet 2008;51(11):555-565.

5c

Winters JC, Van der Windt DAWM, Spinnewijn WEM, De Jongh AC, Van der Heijden GJMC, Buis PAJ, et al. NHG-Standaard Schouderklachten (tweede herziening). Huisarts Wet 2008;51(11):555-565.
www.thuisarts.nl

6b

Ottenheim RPG. Echografie bij schouderpijn: doen of niet? Huisarts Wet 2016;59(12):551-3.

NHG-werkgroep Standaard Kinderen met koorts. NHG-Standaard Kinderen met koorts. Huisarts Wet 2016;59(11):484-91.

7a

Winters JC, Van der Windt DAWM, Spinnewijn WEM, De Jongh AC, Van der Heijden GJMC, Buis PAJ, et al. NHG-Standaard Schouderklachten (tweede herziening). Huisarts Wet 2008;51(11):555-565.

8b

Baarveld F, Backx FJC, Voorn ThB. Sportgeneeskunde. Praktische huisartsgeneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009:211-5.
Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM. Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten/Utrecht: Prelum Uitgevers BV, Nederlands Huisartsen Genootschap, 2009:345-51.

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

Huisarts en Wetenschap

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

Redactie

Ivo Smeele, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, 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.
Auteursinformatie: www.henw.org/voorauteurs

Redactiesecretariaat

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

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Advertenties

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

Abonnementen

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

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

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

Voorwaarden

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

© 2016
ISSN 0018-7070



Bohn
Stafleu
van Loghum



Aannames

De zorg wordt alsmaar duurder. Het beeld bestaat dat dit komt door stijgende onderzoeks- en medicijnkosten. Een deel van de verklaring ligt in mijn beleving in de manier waarop we naar ziekte en gezondheid kijken. Er lijkt in onze maatschappij sprake te zijn van een aantal voor de hand liggende aannames, die tot onnodige zorgconsumptie en daarmee meer kosten kunnen leiden. Gilbert Welch beschrijft deze aannames en een paar daarvan houd ik graag eens tegen het licht.

De eerste aanname is dat alle risico's op ziekte verkleind kunnen worden door



diagnostiek of behandeling. Dat is lang niet altijd het geval. Bovendien kunnen diagnostiek en behandeling ook weer nieuwe risico's met zich mee-

brengen. Zo weten we van veel preventiecampagnes nog helemaal niet zo zeker hoe groot de opbrengst daadwerkelijk is. Een andere aanname is dat vroeg ingrijpen en nieuwe behandelmethodes altijd beter zijn. Bij een aantal aandoeningen is dat goed voor te stellen, zoals een melanoom of longkanker. Maar bij bijvoorbeeld prostaatcarcinoom heeft vroeg ingrijpen vaak geen voordelen. Bovendien kan te vroeg ingrijpen van mensen eerder dan nodig patiënten maken. Het bewijs voor de werking van het ouderwetse chloortalidon is nog niet geëvenaard door nieuwere middelen.

De derde aanname: het is altijd goed om veel informatie te geven. De oude man aan wie bij een ziekenhuisopname uitgebreid werd uitgelegd dat het verstandig was om een niet-reanimerenverklaring in te vullen, dacht vervolgens onterecht dat hij nog maar enkele dagen te leven had en hield zich niet meer bezig met de reden van opname. Het is belangrijk om de juiste informatie op het juiste moment te geven, zodat de belangrijkste boodschappen onthouden worden. Door dicht bij het spoor van de patiënt te blijven, voorkomen we dat we onze doelen voorbijschieten.

Rob Dijkstra

Nieuw! Blended learning over Kinderen met koorts

Het NHG biedt een nieuwe scholing aan in de vorm van een blended nascholing. Dat houdt in dat u na het maken van één of meer van de drie e-learningmodules (PIN's) toegang krijgt tot een praktijknascholing. Ieder afzonderlijk onderdeel is voor één uur geaccrediteerd, in totaal vier uur.

De inhoud van deze PIN's is gebaseerd op de recent herziene NHG-Standaard Kinderen met koorts. Het tijdig herkennen van symptomen die wijzen op een (potentieel) ernstig ziektebeloop, is belangrijker dan het stellen van een exacte diagnose. De drie modules van de PIN zijn afzonderlijk van elkaar te maken en vullen elkaar aan. Ze gaan dieper in op

kennis (3a), praktijksituaties (3b) en acute aanpak (3c).

De praktijknascholing bevat een draaiboek voor een bijeenkomst in de praktijk (één uur) voor huisartsen en praktijkassistenten, gericht op de implementatie van deze standaard in de praktijk.

Gratis praktijknascholing

De PIN-abonnee heeft direct toegang tot deze blended nascholing via de NHG-leeromgeving. Bent u geen PIN-abonnee? Dan kunt u deze scholing ook los aanschaffen via nhg.org/winkel. Als NHG-lid betaalt u per e-learningmodule € 16,75. De praktijknascholing is gekoppeld aan twee van de drie e-learningmodules (a of b), hiervoor betaalt u niets extra.



Vernieuwd bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Op 1 januari 2017 start het vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. In de overgangsfase tussen 1 december 2016 en 1 januari 2017 kunnen geen uitstrijkjes voor het bevolkingsonderzoek worden verwerkt. Vrouwen die hiervoor in deze maand contact zoeken, kunnen de screeningsorganisatie bellen en krijgen vervolgens in 2017 een nieuwe uitnodiging.

Wat verandert er?

De grootste verandering in het ver-

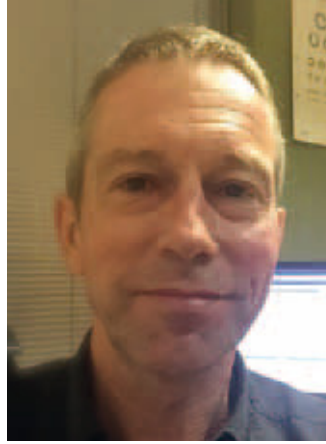
nieuwde bevolkingsonderzoek is dat het uitstrijkje eerst op hrHPV getest wordt. Is hrHPV aanwezig, dan gebeurt in hetzelfde uitstrijkje een cytologische beoordeling. Door deze nieuwe manier van testen is het eerder duidelijk of vrouwen risico lopen op baarmoederhalskanker.

Meer informatie: dossier Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker op www.nhg.org.

‘Het visitatieprogramma dwingt je om na te denken over je goede en minder goede kanten’



Hilde de Jong



Theo Boogert

Hoe blijf je een goede dokter voor je patiënten? Onder meer door het eigen functioneren periodiek kritisch onder de loep te nemen. Daarom is vanaf 2016 de visitatie een verplicht onderdeel van de herregistratie. Hilde de Jong, hida in Nieuwegein, en Theo Boogert, waarnemend huisarts, vertellen over hun ervaringen met het doorlopen van het visitatieprogramma.

Hoe verliep het verzamelen van feedback van patiënten?

Hilde de Jong: “Ik werk al zeven jaar in dezelfde praktijk en daar is de bereidwilligheid groot om aan de enquêtes mee te werken. De praktische uitvoering had nog wel wat voeten in de aarde, want ik heb te maken met een patiëntenpopulatie die weinig ervaring heeft met internet. Het online invullen van de enquêtes bleek daardoor echt een struikelblok. Daarna heb ik er in overleg met het Bureau Visitatie Huisartsen voor gezorgd dat mijn patiënten de enquête op papier konden invullen, waarmee de grootste hobbel genomen was. Het viel me trouwens op dat patiënten de enquêtes heel eerlijk en met uitgebreide toelichtingen invullen. Ik heb daar echt bruikbare feedback uit verzameld, zowel medisch-inhoudelijk, organisatorisch als persoonlijk.”

Theo Boogert: “Voor waarnemers ligt dat echt anders. Ik werk al twintig jaar als huisarts, maar als waarnemer bleek het heel lastig om voldoende respondenten onder de patiënten te krij-

gen. Daarnaast vind ik dat de vragenlijst best lastig is om online in te vullen en denk ik dat er door de omvang van de vragenlijst veel respondenten afhaken. Belangrijker nog vind ik de vraag: wat is de beoordeling waard van mensen die mij vaak eenmalig zien? Zijn zij in staat om mij kritisch te beoordelen? Met een vaste patiëntengroep en collega's om je heen is dat natuurlijk een heel ander verhaal.”

Na het verzamelen van alle input moesten jullie zelf met de feedback aan de slag.

De Jong: “Zelf had ik niet eerder zo gestructureerd en uitgebreid, vanuit verschillende hoeken, feedback verzameld. Ik vond het erg leerzaam en leuk om op deze manier naar mijn eigen functioneren te kijken. Het programma dwingt je om na te denken over je goede en minder goede kanten. Ik vond het nuttig om aan de hand hiervan een ontwikkelplan voor de komende periode op te stellen en dit met de gespreksleider te bespreken. Wel vereist het een gedegen voorbereiding van beide partijen.”

Boogert: “De gespreksleider wist goed

door te vragen en stelde kritische vragen waarom ik bepaalde punten er juist wel of niet uitgelicht had als verbeterpunten voor de komende vijf jaar. Het doorvragen over die prioriteitsstelling heeft me geholpen om keuzes te maken, dus hier ben ik zeker wel mee opgeschoten. Wel vond ik de tijds- en kosteninvestering heel groot en had ik graag van tevoren geweten dat de tarieven van gespreksleiders onderling erg uiteen kunnen lopen.”

De Jong: “Daar ben ik het volledig mee eens. Een groot deel van mijn schoolingsbudget is hieraan opgegaan. En de tijdsinvestering is fors. Volgens mij ligt hier een belangrijke taak van het NHG om breder voor het voetlicht te brengen in welk kader de gehele visitatieprocedure gezien moet worden en hoe je hier als huisarts mee aan de slag kunt gaan.”

Het doorlopen van het programma geeft inzicht in wat goed gaat en wat beter kan in je werk als huisarts.

Boogert: “Ik denk dat het heel goed is om jezelf te confronteren met je goede en minder goede kanten en hiermee aan de slag te gaan. Toetsing en aandacht voor de kwaliteit van de zorg zijn belangrijk. Wel vind ik het rendement voor mij als waarnemer op dit moment te laag. Een voorwaarde om het nuttig te laten zijn, is om er een uitgebreidere follow-up aan te geven. Want wie bekijkt nu ooit nog of ik daadwerkelijk aan mijn verbeterpunten gewerkt heb?”

Hoe zou de visitatie meer kunnen bijdragen aan de kwaliteitsverbetering in de zorg?

Boogert: “Het komt maar zelden voor dat je bij een collega in de spreekkamer zit en echt ziet hoe hij/zij het doet. Bij waarnemers is dat al helemaal niet het geval. Natuurlijk vraag ik me ook af of ik het goed doe en hoe anderen bepaalde zaken aanpakken. Ik zou er daarom

een voorstander van zijn om echt eens een kijkje in de keuken van een ander te nemen, zoals medisch specialisten dat ook al doen als onderdeel van hun visitatieprogramma. Volgens mij levert dit meer en inhoudelijk waardevollere feedback op.”

De Jong: “Ik kan me goed voorstellen dat de feedbackrapportages of het persoonlijk ontwikkelplan op dit moment bij veel waarnemers in een la verdwijnen. Velen zien het als los zand en dat is zonde. Bij mij is dat niet het geval. Wij zijn als praktijk bezig met de praktijk-accreditering en als onderdeel daarvan heb ik de gegevens sowieso met de rest gedeeld. Ook heb ik de uitkomsten met mijn werkgever gedeeld voor mijn persoonlijk ontwikkelingsplan. Ik wil hier-

Meer weten over het visitatieprogramma?

Kijk dan op www.mijnvisitatie.nl. Ook kunt u een visitatievoorlichter uitnodigen die een groep huisartsen gericht kan informeren en vragen kan beantwoorden. U hoeft de voorlichter geen vergoeding te betalen.

Het NHG gaat het huidige visitatieprogramma evalueren. Samen met een groep huisartsen zal onder andere worden gekeken naar haalbaarheid, toepasbaarheid en effectiviteit van het programma. De geschiktheid voor waarnemers krijgt daarbij extra aandacht.

Heeft u vragen? Stuur een e-mail naar info@mijnvisitatie.nl.



bij benadrukken dat ik het mijn eigen verantwoordelijkheid en die van onze beroepsgroep als geheel vind om zelf met de uitkomsten aan de slag te gaan. Het NHG kan hierin vanzelfsprekend

wel een belangrijke faciliterende rol spelen, zodat het in de toekomst meer wordt ingebed in de dagelijkse praktijkvoering.”

Judith Mulder

Nieuwe set NHG-Behandelrichtlijnen gepubliceerd

In november en december worden de NHG-Behandelrichtlijnen over wratten, scabiës en acute epididymitis bij volwassenen op www.nhg.org gepubliceerd.

In de loop van 2017 en 2018 publiceert het NHG verschillende behandelrichtlijnen. Deze vervangen de vroegere Farmacotherapeutische richtlijnen. Er verschijnen ook NHG-Behandelrichtlijnen over nieuwe onderwerpen, bijvoorbeeld over traumatische (bijt)wonden.

Aanbevelingen

De belangrijkste aanbevelingen uit de in november en december gepubliceerde NHG-Behandelrichtlijnen zijn:

Wratten

- Wratten genezen over het algemeen spontaan zonder littekenvorming.
- Behandel alleen wratten waarvan de patiënt aanzienlijke hinder ondervindt.
- Behandel in samenspraak met de patiënt met salicylzuur-zalf, cryotherapie of een combinatie van beide.
- Behandeling met monochloorazijnzuur (MCA) wordt niet aangeraden, vanwege de veiligheidsrisico's voor patiënten, huisartsen en schoonmaakpersoneel. Er is casuïstiek beschreven van derdegraads brandwonden en necrose na behandeling van voet- en handwratten met MCA.

Scabiës

- Behandel een patiënt met scabiës bij voorkeur lokaal met permetrine (benzylbenzoaat is eerste keus bij kinderen ≤ twee maanden, maar tweede keus bij overige patiënten).

Herhaal na zeven tot veertien dagen.

- Behandel seksuele partners, huisgenoten en logées (indien meer dan vijftien minuten huid-op-huidcontact) éénmalig, gelijktijdig met de eerste behandeling van de patiënt. Behandel alleen op indicatie met oraal ivermectine, bijvoorbeeld als lokale therapie op onoverkomelijke praktische bezwaren stuit of therapietrouw niet te verwachten is of bij falen van of bewezen allergie of contra-indicatie voor lokale therapie.
- Persisterende of verergerende jeuk kan zeker nog veertien dagen na de behandeling optreden en hoeft in die periode dus niet te worden beschouwd als uiting van falende therapie.
- Voor een solitair geval van scabiës bestaat geen meldingsplicht. Scabiës in zorginstellingen moet worden gemeld bij de afdeling Infectieziekten-bestrijding van de GGD.

Acute epididymitis bij volwassenen

- Epididymitis ontstaat meestal door een secundaire infectie bij een urineweginfectie of soa.
- De belangrijkste differentiaal diagnostische overweging bij acute epididymitis is torsio testis. Het onderscheid tussen beide aandoeningen is moeilijk.
- De medicamenteuze behandeling bij infectieuze epididymitis bestaat uit antibiotica en pijnstilling.
- De voorkeur gaat uit naar een behandeling met chinolonen omdat deze zowel werkzaam zijn bij een epididymitis op basis van een urineweginfectie, als een epididymitis op basis van de meest voorkomende soa's.
- Levofloxacin en ofloxacin zijn vergelijkbaar effectief, maar vanwege het gebruiksgemak en de kosten gaat de voorkeur uit naar levofloxacin.

Weefseldonatie onbekend terrein voor huisarts

Weefseldonatie komt nauwelijks voor in de huisartsenwereld, terwijl in het ziekenhuis het volgen van de weefsel- en orgaandonatieprocedure vanzelfsprekend is. Waarnemend huisarts Nienke Kessels verwonderde zich hierover en is in Oost-Brabant een pilot gestart om weefseldonatie in de eerste lijn op de kaart te zetten. Kessels: “Hopelijk wordt weefseldonatie een normaal onderwerp van gesprek bij overlijden.”

Van 1 november 2016 tot 1 februari 2017 loopt in Oost-Brabant de pilot *Weefseldonatie in de 1^e lijn – Ja!*. Deze pilot is een samenwerkingsverband van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS), InEen en het NHG. Doel van de pilot is bewustwording creëren voor de mogelijkheden van weefseldonatie in de eerste lijn en praktische ondersteuning te bieden bij het bespreken van donatie bij overlijden. Nienke Kessels, initiatiefneemster: “Bij overlijden thuis stellen huisartsen zelden de ‘donatievraag’, waardoor de wilsbeschikking van de overleden patiënt niet wordt nageleefd en er een groot potentieel aan weefseldonoren verloren gaat. Als de huisarts er niet naar vraagt, gebeurt er dus niets mee.”

Laatste wilsbeschikking

Uit onderzoek blijkt dat onbekendheid, praktische bezwaren en een tijdrovende procedure redenen zijn om donatie niet te bespreken thuis. Kessels licht toe: “Mijn moeder heeft een donorcodicil. Ik kan het haar niet uitleggen, dat als ze thuis overlijdt er niets gebeurt met haar donorschap. Nabestaanden bellen ook naar de NTS hierover. De overlede-

ne droeg een donorcodicil met trots. Net na het overlijden denken nabestaanden vaak niet aan donatie. En als ze zich dan na een paar weken afvragen hoe het zit, is het te laat. Een weefseldonatie moet binnen 24 uur gebeuren. Het is ook daarom belangrijk dat de huisarts donatie bespreekbaar maakt. Mijn drijfveer is om de laatste wilsbeschikking van de overledenen te respecteren en om de wachtlijsten van weefseldonatie te verkorten. In Nederland doen we alles om de registratiegraad in het donorregister te verbeteren. Laten we beginnen bij de reeds geregistreerden. Daar valt al een wereld te winnen. Overigens is het volgen van de donatieprocedure niet verplicht. Afzien van donatie is prima, zolang het een bewuste afweging is.”

'Gedoe'

Veel huisartsen vinden het regelen van weefseldonatie een 'gedoe' en veel tijd kosten, stelt Kessels. “Het project beoogt deze bezwaren weg te nemen: er komt onder andere een schouwenvelop voor de huisartsenposten waarin naast de overlijdens- en doodsoorzakenverklaring ook de procedure rond weefseldo-

'Pakketje schouw'

- A- en B-formulier.
- C-formulier: dit formulier vult de huisarts in bij een donatie en wordt achtergelaten samen met de A- en B-formulieren. De begrafenisondernemer en NTS regelen de verdere afhandeling.
- Vragenlijst bij het aanmelden van een donor: dit formulier dient als ondersteuning van het gesprek door de huisarts met de nabestaanden.
- Stappenplan: praktisch schema met procedure in de 1^e lijn.
- Folder voor nabestaanden: deze geeft de huisarts aan de nabestaanden na het gesprek en kan de huisarts ook gebruiken als spiekbriefje.

natie een praktische vorm krijgt. Doel is dat alle overlijdenspapieren in één enveloppe zitten. Zodra de A- en B-formulieren digitaal voorhanden zijn, zullen we ook de donatiepapieren digitaal beschikbaar stellen.”

Ambassadeurs

De pilot loopt tot 1 februari 2017. In het voorjaar start een tweede pilot in een andere regio in Nederland. In de zomer wordt bekeken of landelijke implementatie volgt. Vier huisartsambassadeurs zorgen voor de verbinding tussen het project en het werkveld.

Als onderdeel van de pilot wordt er in Oost-Brabant een geaccrediteerde, twee uur durende nascholing Weefseldonatie in de 1^e lijn aangeboden. Thuisarts.nl maakt bijbehorende publieksteksten over het onderwerp donatie. Ook volgt er een handreiking over ‘Weefseldonatie in de 1^e lijn’. En onlangs publiceerde het NHG een herziening van de PIN Weefseldonatie.



Foto: Arno Massee

Redactie NHG-nieuws
Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Judith Mulder, eindredacteur
Linda Tolsma

Colofon

Contact
Judith Mulder
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: j.mulder@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