

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Astma voorspellen bij peuters en kleuters

ONDERZOEK

Uitsluiten van DVT met een klinische beslisregel

NHG-STANDAARD

Problematisch alcoholgebruik

- 622** **ONDERZOEK** Astma voorspellen bij peuters en kleuters
Lonneke van der Mark, Karina van Wonderen, Jacob Mohrs, Wim van Aalderen, Gerben ter Riet, Patrick Bindels
- 626** Uitsluiten van DVT met een klinische beslisregel
Geert-Jan Geersing, Peter Zuithoff, Clive Kearon, David Anderson, Arina ten Cate-Hoek, Johan Elf, Shannon Bates, Arno Hoes, Roderick Kraaijenhagen, Ruud Oudega, Roger Schutgens, Scott Stevens, Scott Woller, Phil Wells, Karel Moons
- 630** **BESCHOUWING** Diagnosetraject bij dementie op jonge leeftijd
Deliane van Vliet, Marjolein de Vugt, NeedYD-projectteam
- 633** Zorgbehoeften bij dementie op jonge leeftijd
Christian Bakker, Joany Millenaar, NeedYD-projectteam
- 636** **COMMENTAAR** Wie zorgt er voor de huisarts?
Ad Bolhuis

NHG-STANDAARD

- 638** Problematisch alcoholgebruik (derde herziening)
Louwrens Boomsma, Bella Drost, Inger Larsen, Han Luijckx, Gert-Jan Meerkerk, Nynke Valken, Monique Verduijn, Jako Burgers, Gerda van der Weele, Martijn Sijbom
- 648** Otitis media acuta bij kinderen (derde herziening)
Roger Damoiseaux, Roderick Venekamp, Just Eekhof, Florine Bennebroek Gravenhorst, Adriaan Schoch, Jako Burgers, Margriet Bouma, Jolanda Wittenberg
- 649** Otitis media met effusie bij kinderen (derde herziening)
Roderick Venekamp, Roger Damoiseaux, Adriaan Schoch, Florine Bennebroek Gravenhorst, Just Eekhof, Jako Burgers, Margriet Bouma, Jolanda Wittenberg

- 647** **HUISARTSENZORG IN CIJFERS** Psychische problematiek bij kinderen en jongeren
Renée Welling, Dorine Slaats-Willemse, Henk Schers, Floris van de Laar
- 650** **NASCHOLING** Advance Care Planning bij kwetsbare ouderen
Brenda Ott, Ghislaine van Thiel, Hans van Delden
- 653** **(VER)STAND VAN ZAKEN** Asymptotisch atriumfibrilleren opsporen
Steven Uittenbogaart
- 654** **KLINISCHE LES** Chikungunya: uitbraak in de Caraïben
Jan Gootjes
- 662** **IMPORT** Hypertensie en cardiovasculair risico
Max Rubens
- 663** Drukker door triage
Sjoerd Hobma, Luc Ruers, Jochen Cals
- 664** **CATS** Zuivel en acne vulgaris bij jong-volwassenen
Morijntje Schröder, Antonette Smelt
- 665** **PEARLS** Antibiotica voorkomen exacerbaties bij COPD
Lidewij Broekhuizen

Groot, grijs dier met slurf: een olifant?

Soms is het gemakkelijk een diagnose te stellen. De leeftijd, het klachtenpatroon, het beloop; bij elkaar genomen leidt het eigenlijk vanzelf tot de diagnose. Zo ligt bij ouderen die steeds vergeetachtiger worden de diagnose dementie voor de hand. Een groot, grijs dier met een slurf is immers een olifant tot het tegendeel wordt bewezen?



Tien jaar geleden kwam mevrouw Zoet op het spreekuur vanwege haar man. Koos is 44 jaar oud en komt uit een familie waar dementie op jonge leeftijd veel voorkomt. Bij zijn oudere broer is de ziekte van Pick vastgesteld, een vorm van frontotemporale dementie die op relatief jonge leeftijd begint en waarbij in 40% een erfelijke factor een rol speelt. Zijn vrouw denkt dat Koos het ook heeft. Hij toont veel minder initiatief dan vroeger, er gaan vaak dingen mis en hij is snel aangebrand. Wanneer Koos zich laat testen blijkt dat zij gelijk heeft. Ze krijgen een casemanager. Het gaat geleidelijk slechter maar zij wil graag dat hij thuisblijft. Een half jaar na het stellen van de diagnose gaat het mis, Koos raakt in de war als een man van de gemeente de meterstanden wil opmeten. Er ontstaat een woordenwisseling, Koos wordt agressief en de ambtenaar voelt zich ernstig bedreigd. Zijn vrouw ziet in dat het thuis niet langer gaat en Koos wordt opgenomen in een huis voor jong dementerenden. Hij belandt na enkele maanden in een rolstoel en kan na een jaar niet meer spreken. Uiteindelijk sterft hij in zijn slaap op 49-jarige leeftijd, vijf jaar nadat de diagnose is gesteld. Er is een grote kans dat hun zoon de ziekte ook heeft. Hij wil zich (nog) niet laten testen.

Toen Koos zich anders ging gedragen werd al snel aan dementie gedacht, omdat de aandoening in zijn familie voorkwam. Als dat niet het geval is denk je bij een jong iemand met afwijkend gedrag niet zo snel aan dementie. In dit nummer staan twee onderzoeksartikelen over mensen die op jonge leeftijd dementie krijgen. Van Vliet et al. laten zien dat het bij jonge mensen circa twee jaar langer duurt voordat de diagnose wordt gesteld. Bakker et al. hebben de zorgbehoeften en ervaringen in kaart gebracht van mensen bij wie op jonge leeftijd de diagnose dementie is gesteld. Het eerder stellen van de diagnose neemt veel onzekerheid weg en is van belang om eerder hulp en zorg voor patiënt en mantelzorgers te kunnen regelen.

Dementie op jonge leeftijd is een zeer ingrijpende diagnose voor de patiënt, de partner en het gezin. Het denken aan de diagnose dementie bij een veertiger vraagt creativiteit van de huisarts. Een 45-jarige patiënt die zich afwijkend gedraagt, bij wie dingen misgaan en die niet meer alles kan onthouden: het is aan de huisarts om bij dit niet erg grijze of grote dier met een aanhangsel dat een staart, hangoor of slurf kan zijn, toch aan dementie te denken. Lees de twee artikelen, wie weet of u er in de toekomst uw voordeel mee kunt doen. ■

Just Eekhof

An apple a day...

Het eten van groente en fruit wordt al enige tijd aanbevolen als belangrijk onderdeel van een gezond voedingspatroon. Hoewel sommige onderzoeken elkaar tegenspreken, lijkt de consumptie van groente en fruit inderdaad een wezenlijke bijdrage te leveren aan de sterftedaling, ongeacht de oorzaak. De risicoreductie kan maar liefst oplopen tot 25%, zoals Xia Wan et al. onlangs publiceerden.

Wan et al. deden een meta-analyse, waarbij ze uiteindelijk 16 onderzoeken uit de literatuur extraheerden. Het waren allemaal prospectieve follow-uponderzoeken met in totaal meer dan 800.000 deelnemers die 5 tot 25 jaar gevolgd werden. De dagelijkse consumptie van groente en fruit gaf een significante daling te zien van de totale sterfte, in het bijzonder door een cardiovasculaire oorzaak. De afgenomen sterfte door kanker was niet statistisch significant. Naarmate de deelnemers meer porties groente of fruit per dag aten, nam de risicodaling toe tot maximaal 25% bij vijf porties per dag. Meer dan vijf porties gaven geen extra vermindering. Alle verschillen werden gemeten ten opzichte van deelnemers die aangaven minder dan

één portie groente of fruit per dag te gebruiken.

Cardiovasculaire sterfte wordt dus gunstig beïnvloed door het eten van groente en fruit. Helaas vermeldt het artikel niet hoe groot een portie moet zijn en of de gunstige werking direct veroorzaakt wordt door het eten van groente en fruit of door het minder eten van vet en vlees. Mogelijk spelen nog andere factoren, aan- of juist afwezig bij personen die graag groente en fruit eten, een rol in het cardiovasculair risicoprofiel. Dat weten we niet, want

cohortonderzoeken geven geen antwoord op de vraag of er sprake is van een causaal verband. Wel moge duidelijk zijn dat dieetadviezen bijdragen aan een gezonde levensstijl en daarmee niet onderdoen voor een medicamenteuze aanpak van cardiovasculaire sterfte. ■

Bèr Pleumeekers

Xia Wan, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. BMJ 2014;349:g4490.



Foto: Gpointstudio/Shutterstock

Wratten bij schoolkinderen

Dat wratten bij schoolkinderen veel voorkomen, is bekend. Anders dan verwacht op basis van eerder onderzoek, laat een (beperkt) Nederlands onderzoek onder die doelgroep zien dat het hebben van wratten niet samenhangt met dragerschap van bepaalde HPV-typen die wratten kunnen veroorzaken.

De Koning et al. namen monsters van zowel wratten als gezonde huid in drie schoolklassen (gemiddelde leeftijd 11 jaar, range 10-12 jaar) met in totaal 71 kinderen. Van de kinderen had 44% wratten, in totaal 69 stuks; 56% was

wratloos. Ze bekeken de monsters op aanwezigheid van 23 HPV-typen, waarvan bekend is dat zij wratten kunnen veroorzaken. In de monsters, genomen door met een bevochtigd wattenstaafje stevig over de wratten te wrijven, werd bij 95% HPV-DNA gevonden. De HPV-typen 2, 27 en 57 kwamen het meest voor, waarbij meestal maar één type HPV werd gevonden (51 van de 69 wratten). In tegenstelling tot resultaten in de literatuur werd HPV-1 in dit onderzoek maar in 2 wratten aangetroffen (3%).

Van ieder kind is ook de gezonde huid onderzocht, waarbij monsters werden genomen met een wattenstaafje van het voorhoofd, de rug van de linkerhand en van de linkervoetzool. Maar liefst 80% van de kinderen (met of

zonder wratten) had een HPV-positief monster. Vreemd genoeg werd HPV-1 gevonden bij 59% van de kinderen, terwijl dit dus in maar 3% van de wrattenmonsters voorkwam. De onderzoekers concluderen dan ook dat dragerschap van wratveroorzakende HPV-typen veel voorkomt bij schoolkinderen maar dat dit niet correleert met de HPV-typen die in wratten bij dezelfde schoolkinderen voorkomen. ■

Annet Sollie

De Koning MN, et al. High prevalence of cutaneous warts in elementary school children and ubiquitous presence of wart-associated HPV on clinically normal skin. Br J Dermatol 2014;doi:10.1111/bjd.13216 [Epub ahead of print].

Generieke middelen effectiever dan merkmiddelen

Sommige patiënten hechten aan merkgeneesmiddelen, omdat ze menen dat goedkopere generieke middelen minder goed werken of meer bijwerkingen hebben. Artsen daarentegen geloven doorgaans dat beide soorten uitwisselbaar zijn. Die gedachte ligt ten grondslag aan het preferentiebeleid, waarbij de voorkeur uitgaat naar het middel met de laagste prijs. Amerikaanse onderzoekers toonden aan dat het voorschrijven van generieke middelen ook klinische voordelen heeft.

Gagne et al. identificeerden ruim 90.000 Medicare-verzekerden ≥ 65 jaar die tussen 2006 en 2008 startten met simvastatine, pravastatine of lovastatine. Prescripties van atorvastatine en

rosuvastatine werden niet meegenomen, omdat van die middelen indertijd geen generieke varianten op de markt waren. Eindpunten waren de berekende adherentie aan de medicatie, in het eerste jaar na start van de medicatie (uitgedrukt in percentage dagen dat het voorgeschreven middel was ingenomen) en ziekenhuisopname in verband met een acuut coronair syndroom (ACS) of beroerte, vermeerderd met sterfte (ongeacht de oorzaak).

Van de geïdentificeerde patiënten blijkt 93% een generiek middel en 7% een merkmiddel te krijgen. De adherentie bedraagt 7% in de eerste en 71% in de tweede groep ($p < 0,001$). Het klinisch eindpunt van ziekenhuisopname voor ACS of beroerte vermeerderd met sterfte ligt 8% lager in de generieke groep (95%-BI 0,86 tot 0,99), hetgeen correspondeert met 1,53 minder gevallen van deze narigheid per 100 patiëntjaren (95%-BI 0,19 tot 2,69).

De onderzoekers schrijven hun bevindingen toe aan prijsverschillen en het feit dat patiënten voor merkmiddelen meer bijbetalen. Vraag is uiteraard of de resultaten generaliseerbaar zijn voor de Nederlandse situatie. De prijsverschillen tussen statines van het oorspronkelijke merk en generieke varianten zijn de afgelopen jaren aanzienlijk afgenomen. Anderzijds zijn ze niet geheel verdwenen en komen geneesmiddelenkosten bij ons voor rekening van het steeds hoger eigen risico. Voor wie op safe wil spelen, luidt het advies dan ook: goedkoop is beslist geen duurkoop. ■

Tjerk Wiersma

Gagne JJ, et al. Comparative effectiveness of generic and brand-name statins on patient outcomes. A cohort study. *Ann Intern Med* 2014;161:400-7.

Nicotinevaccin werkt niet

Een inenting om te stoppen met roken; het klinkt erg aantrekkelijk, maar werkt het ook? Helaas niet, luidt de conclusie van Nederlandse onderzoekers.

Hoogsteder et al. onderzochten of een nicotinevaccin (NicVAX®) de kans op succes bij stoppen met roken vergroot. Door toediening van het vaccin vormen zich nicotine-antilichamen die zich binden aan de nicotinemoleculen die tijdens het roken in het bloed komen. Dit nicotine-antilichaamcomplex is vervolgens te groot om de bloed-hersenbarrière te passeren, waardoor het beloningseffect van nicotine tijdens het roken theoretisch vermindert en stoppen makkelijker wordt. In totaal deden zo'n 558 rokers tussen de 18 en 65 mee aan een gerandomiseerd, dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek met dit nicotinevaccin. Alle rokers kregen varenicline en gedragsmatige ondersteuning, waarbij de helft van de proefpersonen 6 vaccinaties

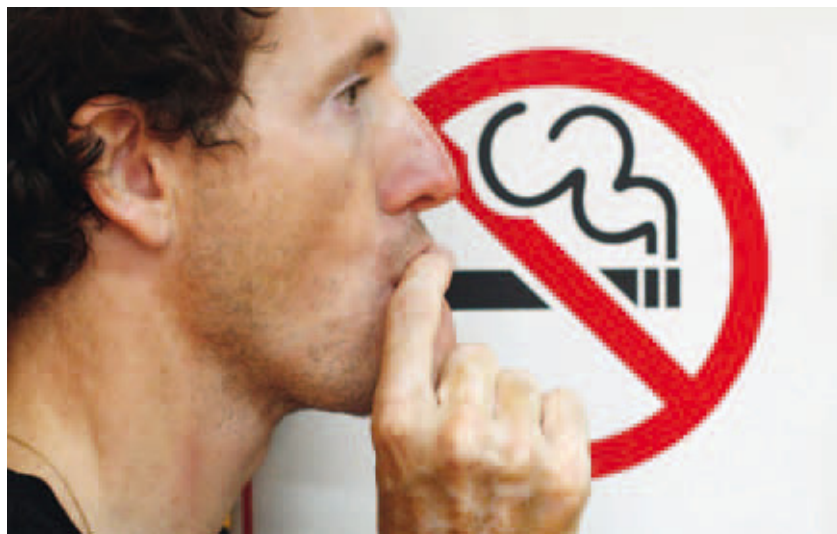


Foto: Paul Prescott/Shutterstock

tegen nicotine kreeg en de andere helft placebo-injecties. Relatief veel mensen waren in staat om te stoppen, maar een vaccinatie voegde hier niets aan toe: ongeveer eenderde van de rokers in zowel de vaccinatie- als de controlegroep was tussen week 37 en 52 gestopt.

Een oplossing die te mooi klinkt om waar te zijn, is dat vaak ook. Stoppen met roken blijft een moeilijk proces dat niet

makkelijker wordt door vaccinatie. ■

Linda Bröker

Hoogsteder PHJ, et al. Efficacy of the nicotine vaccine 3'-AmNic-rEPA (NicVAX) co-administered with varenicline and counselling for smoking cessation: a randomized placebo-controlled trial. *Addiction* 2014;109:1252-9.

De enkel-armindex: beste beentje voor

De enkel-armindex bepalen is een gecompliceerde protocollaire handeling. Het blijkt dat 28% procent van de ondervraagde praktijken in Wales de bepaling verkeerd uitvoert. Fouten in deze bepaling kunnen leiden tot onder- of overbehandeling van perifeer arterieel vaatlijden. Aangezien iemand met deze aandoening behandeld dient te worden als hij aan hart- en vaatziekten lijdt, kan dit de nodige consequenties hebben.

Jane Davies et al. voerden een grote enquête uit onder huisartsen in Wales. Hieruit bleek dat slecht 39% van de praktijken de enkel-armindex (EAI) goed bepaalde, 28% dit niet correct deed en dat in 27% van de praktijken geen EAI bepaald werd. Opvallend is dat de resultaten in eerder – onder meer Nederlands – onderzoek niet positiever zijn. De meeste fouten werden gemaakt bij het onvoldoende rust nemen voor de meting, meestal uit tijdgebrek maar ook door gebrek aan kennis over de invloed van rust op de meting. Daarnaast



Foto: Image Point Fr/Shutterstock

kwamen verkeerde apparatuur en het verkeerd delen van de gemeten waarden veel voor.

Niet geheel onverwacht komen verpleegkundigen beter uit de bus dan de huisartsen zelf. Tussen de soorten verpleegkundigen waren wel verschillen, mede bepaald door het aantal metingen per maand. Slechts in 27% van de praktijken werd de EAI vaker dan viermaal per maand uitgevoerd. Training van verpleegkundigen speelt een grote rol: bij uitgebreide training wordt de meting stukken betrouwbaarder.

Hoe kunnen wij onze EAI betrouwbaarder maken? De auteurs komen met tips: plan voldoende tijd in. Laat de metingen uitvoeren door één persoon in de praktijk, zodat er ervaring opgebouwd wordt, en zorg voor goed geschoold personeel. ■

Jurgen Damen

Davies JH, et al. Current utility of the ankle-brachial index (ABI) in general practice: implications for its use in cardiovascular disease screening BMC Fam Pract 2014;15:69.

Paracetamol nodig bij rugpijn?

Elk jaar melden zich rond de 800.000 patiënten bij de huisarts met nieuw ontstane rugpijn. Veel patiënten gebruiken in de acute fase paracetamol als pijnstiller. Maar is dit eigenlijk wel effectief? Nieuw onderzoek laat zien dat de afname van pijn en het herstel even snel verlopen met placebotabletten.

Australische onderzoekers includeerden 1652 patiënten die zich bij hun huisarts meldden met rugpijn, al dan niet met uitstraling naar de benen. Patiënten werden willekeurig ingedeeld in drie groepen: paracetamol in een vaste dosis (4 gram per dag), zo nodig (tot 4 gram per dag), of placebo. Patiënten, huisartsen en onderzoekers wisten niet in welke groep ze waren ingedeeld.

Daarnaast kregen alle patiënten de gebruikelijke niet-medicamenteuze adviezen en voorlichting. Gedurende 12 weken werden hun pijnscore en herstel bijgehouden. Herstel was gedefinieerd als een pijnscore van 0 of 1 (op een schaal van 0-10) gedurende 7 dagen.

De patiënten met paracetamol herstelden even snel als patiënten met placebo: na 3 maanden was 85% hersteld. Gedurende het onderzoek daalde de pijnscore van patiënten in alle groepen even snel. In de placebogroep gebruikten patiënten niet méér alternatieve pijnstillers (NSAID's of opioïden). Evenmin maakte het iets uit of paracetamol op vaste tijden in een vaste dosis werd ingenomen of alleen zo nodig.

Moeten huisartsen nu stoppen met het advies om paracetamol te gebruiken bij rugpijn? Een groot nadeel van dit onderzoek is dat er geen groep was die geen

enkele tablet (paracetamol noch placebo) kreeg, maar uitsluitend uitleg en advies. Dat had beter aangesloten bij de dagelijkse praktijk, waarin helaas geen placebotabletten kunnen worden voorgeschreven. Misschien moet dit onderzoek daarom maar worden gezien als bewijs van de kracht van het placebo-effect, ook bij behandeling van lage rugpijn. ■

Tobias Bonten

Williams CM, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. The Lancet 2014;doi:10.1016/S0140-6736(14)60805-9 [Epub ahead of print].

Erratum

Tot onze spijt staat bij de fotoquiz van november (H&W 11, pagina 600) een onjuiste naam bij de foto vermeld. De fotograaf is Rik van Dijk, huisarts te Arnhem. Onze excuses voor het ongemak.

De redactie



Astma voorspellen bij peuters en kleuters

Samenvatting

Van der Mark LB, Van Wonderen KE, Mohrs J, Van Aalderen WM, Ter Riet G, Bindels PJ. Astma voorspellen bij peuters en kleuters. *Huisarts Wet* 2014;57(12):622-5.

ACHTERGROND Er is in de huisartsenpraktijk behoefte aan een voorspellend model voor astma voor kleuters met piepende ademhaling en/of kortademigheid, aangezien de bestaande modellen voornamelijk gebaseerd zijn op de algemene bevolking. Wij stelden ons ten doel een zo informatief mogelijke en toch praktisch bruikbare set risicofactoren te vinden waarmee de huisarts de kans op astma kan bepalen bij kleuters die met klachten op het spreekuur komen.

METHODE In dit prospectieve onderzoek volgden wij 438 Nederlandse kleuters met een hoog risico op astma tot zij 6 jaar oud waren. Met behulp van gevalideerde vragenlijsten verzamelden wij gegevens over de astmasymptomen en de leefomstandigheden, en we maten de concentratie specifiek IgE. Als een kind 6 jaar was, beoordeelden wij aan de hand van symptomen, medicatie en bronchiale hyperreactiviteit of het astma had. Op basis van deze gegevens ontwikkelden wij met behulp van gebootstrapte multivariabele regressie een klinische astmavoorspellende score, de CAPS.

RESULTATEN We volgden 438 kinderen (56,8%) tot zij 6 jaar waren, 187 (42,7%) hadden op dat moment astma. Vijf klinische kenmerken bleken astma optimaal te voorspellen: leeftijd waarop de klachten begonnen, astma of allergie in de familie, door piepende ademhaling geïnduceerde slaapstoornissen, piepende ademhaling in afwezigheid van griep of verkoudheid en specifiek IgE, vormen de grondslag voor de CAPS. Een CAPS < 3 (op een schaal van 0 tot 11) heeft een negatief voorspellende waarde van 78,4%, een CAPS-score ≥ 7 heeft een positief voorspellende waarde van 74,3%.

CONCLUSIE De CAPS is een binnen de eerstelijnsgezondheidszorg makkelijk toepasbare methode om op basis van klinische kenmerken te voorspellen of peuters en kleuters die symptomen van astma hebben, ook daadwerkelijk astma zullen ontwikkelen. De CAPS kan helpen bij de besluitvorming over medische of niet-medische interventies op maat.

INLEIDING

Astma bij kinderen begint meestal tijdens de peutertijd, maar het is tot op heden niet mogelijk gebleken om op deze leeftijd de diagnose eenvoudig te bevestigen en in het

natuurlijke beloop in te grijpen.^{1,2} Astma op peuter- en kleuterleeftijd wordt daarom zowel onder- als overgediagnosticeerd. Een voorspellend model waarmee de kans op astma vroegtijdig vastgesteld kan worden, is waardevol omdat het de kans biedt eerder in te grijpen en bijdraagt aan de kwaliteit van leven.³ Als ouders weten dat de kans groot is dat hun jonge kind op 6-jarige leeftijd astma zal ontwikkelen, zullen zij de symptomen beter begrijpen en kunnen zij zo nodig de leefstijl aanpassen. Is daarentegen bekend dat die kans laag is, dan kan dat eventuele zorgen wegnemen.^{3,4} Er zijn meerdere voorspellende modellen voor astma bij jonge kinderen ontwikkeld, maar de meeste zijn gebaseerd op vragenlijstonderzoek bij de algemene bevolking.⁵⁻¹⁰ Hun klinische waarde binnen de eerstelijnsgezondheidszorg, waar de meeste kinderen met respiratoire symptomen worden behandeld, is beperkt.

In 2004 zijn we gestart met een prospectief cohortonderzoek bij jonge kinderen met een hoog risico op het ontwikkelen van astma. Het doel was een klinisch model te construeren voor het voorspellen van astma bij jonge kinderen met een hoog risico op astma. We beschrijven de ontwikkeling en de resultaten van deze *clinical asthma prediction score* (CAPS).

METHODEN

Design en deelnemende kinderen

De deelnemende kinderen aan het prospectief cohortonderzoek Airway Complaints and Asthma Development (ARCADE) waren 1 tot 5 jaar oud bij inclusie en presenteerden zich in

Wat is bekend?

- Astma bij kinderen begint meestal tijdens de peutertijd.
- Bij kinderen jonger dan 6 jaar kan de diagnose astma echter niet met zekerheid gesteld worden.
- De meeste voorspellende modellen voor astma bij peuters en kleuters zijn ontwikkeld voor de algemene bevolking en niet zonder meer geschikt voor een eerstelijns populatie.

Wat is nieuw?

- Bij peuters die met astmatische klachten naar de huisarts komen, hebben leeftijd, astma en/of allergie in de familie, door piepen geïnduceerde slaapstoornissen, piepen in afwezigheid van griep of verkoudheid en een positieve sIgE-test voorspellende waarde voor de diagnose astma op 6-jarige leeftijd.
- Deze vijf klinische kenmerken zijn verwerkt in CAPS, een scoremodel dat de kans aangeeft op een elfpuntsschaal: bij een score lager dan 3 is de kans op astma klein, bij een score van 7 of hoger is die kans groot.
- CAPS biedt de huisarts een eenvoudig en praktisch instrument om bij peuters en kleuters die mogelijk astma hebben te kiezen tussen (waakzaam) afwachten of ingrijpen.

AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 22700, 1100 DE Amsterdam; dr. L.B. van der Mark, huisarts-onderzoeker; K.E. van Wonderen, onderzoeker (thans senior inspecteur klinisch onderzoek, Inspectie voor de Gezondheidszorg); J. Mohrs, senior wetenschappelijk programmeur; dr. G. ter Riet, hoofdonderzoeker AMC, Emma Kinderziekenhuis, afdeling Kinderziekten en Allergie, Amsterdam; prof. dr. W.M.C. van Aalderen, kinderlongarts, Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam; prof. dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: lvdmark@gmail.com • Mogelijke belangenversterving: het onderzoek werd financieel ondersteund door het Nederlands Astma Fonds (3.4.06.078) en de Stichting Astma Bestrijding (2008/027).

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Van der Mark LB, Van Wonderen KE, Mohrs J, Van Aalderen WM, Ter Riet G, Bindels PJ. Predicting asthma in preschool children at high risk presenting in primary care: development of a clinical asthma prediction score. *Prim Care Respir J* 2014;23:52-9. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

de 12 maanden daaraan voorafgaand bij één van de veertien deelnemende huisartsenpraktijken met recidiverend hoesten, piepende ademhaling en/of kortademigheid. ARCADE werd goedgekeurd door de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO/Po4.0098C). De onderzoekers verkregen voorafgaand aan alle metingen schriftelijk toestemming van de ouders. De details van het onderzoek zijn elders gepubliceerd.^{11,12}

Het verzamelen van gegevens

Bij inclusie en op 6-jarige leeftijd verzamelden we gegevens over de demografische achtergrond en de voorgeschiedenis van het kind met behulp van vragenlijsten afgeleid van de gevalideerde vragenlijst van de International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC).¹³ Bij inclusie werden ook het totaal immunoglobuline E (IgE) en het specifiek IgE (sIgE) tegen kat, hond en huisstofmijt bepaald met de radio-allergosorbenttest (RAST).

Op 6-jarige leeftijd ondergingen de kinderen die in het afgelopen jaar persisterende symptomen hadden gerapporteerd (piepende ademhaling en/of kortademigheid en/of recidiverende hoest) of astmamedicatie hadden gebruikt (bèta-2-agonisten en/of inhalatiecorticosteroiden) spirome-

trie en een metacholineprovocatietest. Indien een provocatietest niet uit te voeren was, bijvoorbeeld vanwege dyspneu, werd de reversibiliteit gemeten.¹⁴ De diagnose astma werd gesteld bij een positieve provocatietest of bij aanwezigheid van reversibiliteit (> 10% toename van het geforceerd respiratoir volume (FEV₁) na toediening van een kortwerkende bèta-2-agonist).^{11,12}

Kinderen die in het voorafgaande jaar geen persisterende symptomen hadden of geen astma-medicatie gebruikten, werden beschouwd als niet-astmatisch.

Statistische analyse

Details van de statistische analyse zijn elders gepubliceerd.¹¹ Kort samengevat gebruikten we multiple imputatie om eventuele vervelende gevolgen van ontbrekende gegevens te beperken.¹⁶ Deskundigen selecteerden de kandidaatvoorspellers uit alle beschikbare gegevens [tabel 1]. Met behulp van *backward selection* met *bootstrap* (herhaalde trekking met teruglegging) selecteerden we de risicofactoren voor het model, waarna we het kalibreerden en het discriminatievermogen testten.¹⁷ Als laatste stap is *shrinkage* (krimping) van de geselecteerde risicofactoren toegepast ter interne validatie. Alle statistische analyses werden uitgevoerd in Stata/SE, versie 10.1.

Tabel 1 Kandidaatpredictoren bij peuters & kleuters voor astma op 6-jarige leeftijd

Kandidaatvariabelen	Diagnose astma op 6-jarige leeftijd		
	Nee (n = 251)	Ja (n = 187)	Allen (n = 438)
Gemiddelde leeftijd bij inclusie, jaren (SD)	2,71 (1,23)	3,39 (1,26)	3,00 (1,29)
Vrouwelijk geslacht	110 (44%)	79 (42%)	189 (43%)
Borstvoeding > 3 maanden (2 ontbrekend)	107 (43%)	86 (46%)	193 (44%)
Persisterende nachtelijke productieve hoest of slijm zonder griep of verkoudheid* (5 ontbrekend)	78 (31%)	85 (46%)	163 (38%)
Nachtelijke droge hoest zonder griep of verkoudheid* (6 ontbrekend)	112 (45%)	109 (59%)	221 (51%)
Hoestepisod $\geq$ 1 maand* (4 ontbrekend)	31 (12%)	41 (22%)	72 (17%)
Piepen	133 (53%)	126 (67%)	259 (59%)
Frequentie van aanvallen met piepen* (1 ontbrekend)			
■ 0 keer	117 (47%)	61 (33%)	178 (41%)
■ 1-3 keer	103 (41%)	78 (42%)	181 (41%)
■ $\geq$ 4 keer	30 (12%)	48 (25%)	78 (18%)
Door piepen geïnduceerde slaapstoornis (3 ontbrekend)	61 (25%)	82 (44%)	143 (33%)
Piepen met of zonder griep of verkoudheid (3 ontbrekend)			
■ nee	121 (49%)	62 (33%)	183 (42%)
■ ja, bij griep of verkoudheid	100 (40%)	80 (43%)	180 (41%)
■ ja, zonder griep/verkoudheid	28 (11%)	44 (24%)	72 (17%)
Jeuk of eczeem (3 ontbrekend)	78 (31%)	74 (40%)	152 (35%)
Diagnose allergie ooit gesteld* (2 ontbrekend)	31 (12%)	45 (24%)	76 (17%)
Specifiek IgE tegen kat, hond of huisstofmijt (96 ontbrekend)	23 (12%)	65 (41%)	88 (26%)
Roken door ouders in aanwezigheid van kind (3 ontbrekend)	33 (13%)	30 (16%)	63 (14%)
Oudere broer of zus	132 (53%)	96 (51%)	228 (52%)
Astma, bij ouders en/of broer of zus (3 ontbrekend)	76 (31%)	80 (43%)	156 (36%)
Allergie, bij ouders en/of broer of zus (3 ontbrekend)	98 (28%)	93 (33%)	191 (31%)

Alle waarden weergegeven als n (%), tenzij anders vermeld.

* Variabele niet gebruikt in bootstrapped backward selection.

Kans op astma op 6-jarige leeftijd

Aan de hand van de geselecteerde voorspellers en bijbehorende regressiecoëfficiënten ontwikkelden we een punten-score, de CAPS.¹⁵ Op basis van inschattingen door experts bepaalden we voor de score een ondergrens waarbij de kans op astma $\leq 30\%$ is, ervan uitgaande dat huisartsen bij die kans zullen kiezen voor afwachtend beleid. Als bovengrens namen we de score waarbij de kans op astma $\geq 60\%$ is, waarbij de huisarts naar verwachting voor een 'proactief beleid' zal kiezen. Bij scores die een kans van 30-60% aangeven, is een beleid van waakzaam afwachten verdedigbaar.

RESULTATEN

Voor 438 (56,8%) van de 771 kinderen beschikten we over alle informatie betreffende de uitgangssituatie en de diagnose op 6-jarige leeftijd. Die diagnose werd gesteld bij 187 van deze 438 kinderen (42,7%). [Tabel 1] toont de univariate frequenties van de vooraf gekozen risicofactoren. Er waren geen sterke aanwijzingen voor selectieve uitval.¹¹

[Tabel 2] toont de vijf risicofactoren die de diagnose astma het best voorspelden: leeftijd waarop de klachten begonnen, astma en/of allergie in de familie, door piepende ademhaling geïnduceerde slaapstoornissen, piepende ademhaling in afwezigheid van griep of verkoudheid en een positieve sIgE-test. De discriminatie van het model, uitgedrukt in *area under the curve* (AUC-ROC), en de kalibratie waren goed.¹¹

Op basis van deze vijf factoren ontwikkelden wij de CAPS, een voorspellende score van 0 tot 11 punten. De positief voorspellende waarde van een CAPS ≥ 7 punten (kans op astma $\geq 60\%$) was in ons onderzoek 74,3%, de negatief voorspellende waarde van een CAPS < 3 punten (kans op astma $\leq 30\%$) was 78,4%, [tabel 3] en [figuur].

DISCUSSIE

Het scoremodel dat wij ontwikkelden in dit prospectieve cohortonderzoek vergemakkelijkt de risicostratificatie van peuters en kleuters die zich bij de huisarts presenteren met piepende ademhaling, kortademigheid of persisterend hoest.

Tabel 2 Klinische kenmerken geassocieerd met de clinical asthma prediction score (CAPS)

Risicofactor	Score
Leeftijd	
■ 2-3 jaar	1 punt
■ 3-4 jaar	2 punten
■ 4-5 jaar	3 punten
■ > 5 jaar	4 punten
sIgE	2 punten
Astma of allergie bij ouder, broer of zus	1 punt
Piepen, slaapverstoring	2 punten
Piepen zonder griep of verkoudheid	2 punten
Totaal	0-11 punten

Tabel 3 Risicoschatting voor de diagnose 'astma op 6-jarige leeftijd' op basis van de CAPS

CAPS	Gemiddelde kans (95%-BI)
0	13,5 (8,8 tot 20,3)
1	19,0 (13,3 tot 26,3)
2	24,4 (17,0 tot 33,8)
3	32,3 (22,7 tot 43,6)
4	41,1 (30,3 tot 52,9)
5	50,4 (37,5 tot 63,2)
6	59,1 (45,5 tot 71,4)
7	67,6 (54,1 tot 78,7)
8	76,7 (64,1 tot 85,9)
9	82,2 (69,9 tot 90,2)
10	87,1 (76,9 tot 93,2)
11	89,7 (80,4 tot 94,9)

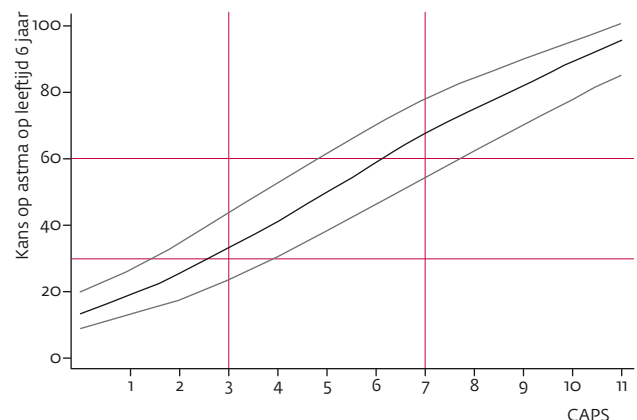
95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval.

CAPS = clinical asthma prediction score.

ten. De CAPS omvat vijf risicofactoren die de huisarts in de praktijk gemakkelijk kan bepalen: leeftijd, familieanamnese van astma en/of allergie, door piepen geïnduceerde slaapstoornissen, piepen in afwezigheid van griep/verkoudheid en sIgE tegen inhalatieallergenen.

Zowel voor de huisarts als voor de ouders is het aantrekkelijk deze eenvoudige risicoscore in de dagelijkse praktijk te gebruiken. De CAPS kan de huisarts helpen onderscheid te maken tussen kinderen bij wie de kans op astma klein is ($< 13,5\%$) en kinderen bij wie die kans groot is (tot 89,7%). Door het risico op astma te kwantificeren kan de CAPS bij kinderen met een gering risico onnodige behandelingen en onzekerheid voorkomen. Bij kinderen met een hoog risico kan de CAPS helpen de last van astma te reduceren doordat de symptoomcontrole verbetert en het aantal exacerbaties en ziekenhuisopnames kan worden teruggedrongen. Voor peu-

Figuur Waarschijnlijkheid van het hebben van astma op de leeftijd van 6 jaar, inclusief 95%-betrouwbaarheidsintervallen, in relatie met CAPS



ters en kleuters met een matig risico op astma (CAPS 3-7) verandert de CAPS niet veel aan de situatie: in deze groep lijkt waakzaam afwachten gerechtvaardigd.

Beperkingen

We zien een aantal beperkingen aan ons werk. Ten eerste is het model nog niet extern gevalideerd. De statistische technieken die we hebben toegepast, verkleinen echter de kans op overoptimisme van het model, waardoor de dataset geschikt is voor extrapolatie naar een andere populatie.^{16,17}

Ten tweede was de uitval hoog. Bij nadere analyse bleek uitval iets hoger onder kinderen met rokende ouders (OR = 1,88) en onder kinderen die bij inclusie langer dan een maand hoestklachten hadden (OR = 1,62). Roken zou een selectieve oorzaak voor uitval kunnen zijn, omdat rokende ouders zich wellicht schuldig voelen over de negatieve invloed van roken op de fysieke conditie van het kind. Van persisterend hoesten hebben we aangenomen dat dit een toevalsbevinding was als oorzaak van de uitval. Een andere verklaring voor de hoge uitval is mogelijk de verlenging van de follow-up, waardoor deelnemers hun informed consent expliciet moesten vernieuwen.

Een derde beperking is dat voor bijna 58% van de kinderen in onze populatie de voorspelde achterafkans in het intermediaire gebied lag (30-60%). Andere afkappunten zouden leiden tot andere resultaten. Voor zover wij weten, is er in de bestaande literatuur geen evidence-based advies te vinden over afkappunten voor dit soort besluitvorming over astma. We nemen aan dat onze afkappunten dicht bij de grenzen liggen die huisartsen in de dagelijkse praktijk intuïtief gebruiken.¹⁹

Relatie tot eerder gepubliceerd onderzoek

Er zijn in de afgelopen jaren verschillende voorspellende modellen voor kleuters gepubliceerd.^{5-9,20-23} Toonaangevend is de *asthma predictive index* (API), die astma voorspelt bij kinderen uit de algemene bevolking op basis van persisterend piepen.⁵ De API is ontwikkeld in een geboortecohort in de Amerikaanse stad Tucson en extern gevalideerd in andere populaties.²⁴

Het merendeel van de bestaande modellen, waaronder de API, is ontwikkeld bij populaties die afwijken van de populatie in de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit zou hun relevantie sterk kunnen beperken, maar de meeste modellen zijn eveneens prospectief ontwikkeld en de geselecteerde risicofactoren komen redelijk overeen met de CAPS: familieanamnese van atopie of astma, persisterende luchtwegklachten (voornamelijk piepen), eczeem, allergische rinitis en met bloed-



Foto: freemages/jason kingsbeer

onderzoek aangetoonde allergie. Een belangrijk verschil met de meeste modellen is het eindpunt: een strikte definitie van astma. Wij vonden slechts één index met een vergelijkbare uitkomst die in een eerstelijns populatie was ontwikkeld.²¹ De andere modellen gebruiken verschillende definities van de diagnose astma, waaronder persisterend piepen op een bepaalde leeftijd (variërend van 6 tot 13 jaar),^{5-9,23,25} al dan niet gedefinieerde 'astmasymptomen' of 'doktersdiagnose'.^{5,20,22,23} Zwakke en uiteenlopende definities veroorzaken verschillen in prevalentie en predictie, en staan generalisatie van onderzoeksresultaten in de weg.¹⁹

CONCLUSIES

We hebben een makkelijk te gebruiken klinische astmascore ontwikkeld voor peuters en kleuters die bij de huisarts komen met mogelijke klachten van astma. De CAPS kan bijdragen aan een op maat gesneden beleid bij deze groep kinderen.

DANKWOORD

Wij danken de deelnemende huisartsen van HAG-net-AMC, Zorggroep Almere en Prinsenhof, Leemhuis en Buitenhuis voor hun tijd en moeite. We danken ook alle ouders en kinderen die deelnamen aan het onderzoek. Pauline van Steenwijk, Machteld IJff, Carin Miedema, Alice Karsten en Albertien Buijs verleenden waardevolle hulp bij het verzamelen van gegevens en andere logistiek. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Onderzoek.



Geert-Jan Geersing, Peter Zuithoff, Clive Kearon, David Anderson, Arina ten Cate-Hoek, Johan Elf, Shannon Bates, Arno Hoes, Roderick Kraaijenhagen, Ruud Oudega, Roger Schutgens, Scott Stevens, Scott Woller, Phil Wells, Karel Moons

Uitsluiten van DVT met een klinische beslisregel

Samenvatting

Geersing G-J, Zuithoff P, Kearon C, Anderson D, Ten Cate-Hoek A, Elf J, et al. Uitsluiten van DVT met een klinische beslisregel. *Huisarts Wet* 2014;57(12):626-8.

ACHTERGROND Huisartsen zien geregeld patiënten die mogelijk een trombosebeen hebben. De symptomen van een trombosebeen zijn vaak weinig specifiek. Een groot deel van de patiënten bij wie de huisarts aan trombose denkt heeft geen trombosebeen. Om die reden zijn er beslisregels ontwikkeld, die in combinatie met een D-dimeertest, bij een groot deel van de patiënten een trombose kunnen uitsluiten. De veiligheid van deze strategie is bewezen voor de meeste patiënten, maar er blijft onduidelijkheid bestaan over de veiligheid ervan in bijzondere patiëntengroepen.

METHODE Daarom hebben we individuele patiëntengegevens uit 13 onderzoeken (n = 10.002) gecombineerd en de veiligheid van een beslisregel (in dit geval de Wells-beslisregel) en een D-dimeertest onderzocht om een trombosebeen uit te sluiten bij bijzondere patiëntengroepen.

RESULTATEN Ons onderzoek laat zien dat de huisarts bij de meeste patiënten veilig en efficiënt een trombosebeen kan uitsluiten: in 29% van de gevallen (95%-BI 20 tot 40) scoort de patiënt laag op de beslisregel en is de D-dimeertest ook negatief; de kans op trombose is dan nog slechts 1,2% (95%-BI 0,7 tot 1,8). Bij patiënten bij wie tijdens een oncologische behandeling het vermoeden bestaat dat ze een trombosebeen hebben komt deze combinatie van een lage score op de beslisregel en een negatieve D-dimeertest slechts voor in 9% van de gevallen. Ook is de kans op trombose in die groep bijna twee keer zo groot (2,2%). Voor patiënten die eerder een trombose hebben doorgemaakt en bij wie sprake kan zijn van een recidief moet één punt worden opgeteld op de Wells-beslisregel om veilig een trombosebeen te kunnen uitsluiten.

CONCLUSIE De huisarts kan met een beslisregel en een D-dimeertest veilig een trombosebeen uitsluiten. Alleen is extra aandacht nodig bij oncologische patiënten met een verdenking op een trombosebeen en bij patiënten die eerder een trombosebeen hebben doorgemaakt. De Wells-beslisregel is in die gevallen respectievelijk minder efficiënt en minder veilig.

INLEIDING

Huisartsen zien geregeld patiënten met klachten aan het been (pijn en/of een zwelling). Een klein deel van deze patiënten heeft een diepe veneuze trombose (DVT). Gezien de ernst daarvan en het risico op een potentieel fatale longembolie wil de huisarts die graag uitsluiten. Helaas is op grond van de vaak weinig specifieke klachten niet te bepalen om welke patiënten het gaat. Er is dus een relatief lage drempel om de mogelijkheid van een DVT te overwegen, zodat (slechts) bij circa 10 tot 15% van alle verdachte patiënten ook daadwerkelijk een DVT aanwezig is.

Om die onzekerheid te verminderen zijn klinische beslisregels ontwikkeld [tabel 1]. Een lage score op zo'n beslisregel, gecombineerd met een negatieve D-dimeertest, sluit DVT met voldoende zekerheid uit. De kans op een DVT daalt in deze groep tot onder de 2%.¹ Dit percentage van gemiste DVT geldt voor de grote groep van verdachte patiënten: 'de gemiddelde patiënt'. In de literatuur is echter discussie ontstaan over de veiligheid van het uitsluiten van DVT bij verschillende 'niet-gemiddelde patiënten' (subgroepen), bijvoorbeeld bij patiënten met een actieve maligniteit, maar ook bij mannen of patiënten die al eerder een DVT hebben gehad.²⁻⁵

Huisartsen zullen als geen ander erkennen dat 'gemiddelde patiënten' nauwelijks bestaan. De bovenstaande zorgen over de toepasbaarheid in verschillende subgroepen kan daarom een oorzaak zijn voor het beperkte gebruik van de klinische beslisregel voor DVT in de dagelijkse praktijk, ook al is deze in een NHG-Standaard opgenomen.⁶ Daarom hebben wij individuele patiëntengegevens van 10.002 patiënten met een verdenking op een DVT (afkomstig uit 13 onderzoeken) in één grote gegevensset gecombineerd, waardoor een zogenaamde meta-analyse van individuele patiëntengegevens (IPD) mogelijk is. Hiermee kunnen wij voor het eerst de veiligheid van een klinische beslisregel en

Wat is bekend?

- Er bestaan beslisregels die in combinatie met een D-dimeertest een trombosebeen kunnen uitsluiten.
- Ook in de NHG-Standaard Diepe veneuze trombose is een dergelijke beslisregel opgenomen.

Wat is nieuw?

- Huisartsen kunnen geen beslisregel en D-dimeertest gebruiken bij patiënten met een oncologische ziekte en bij wie er mogelijk sprake is van een diepe veneuze trombose. Bij deze patiënten kan de huisarts beter direct overleggen met de oncoloog.
- Om trombose veilig uit te sluiten bij patiënten die eerder een trombosebeen hebben gehad en bij wie nu mogelijk van een recidief sprake is, moet één punt worden opgeteld bij de Wells-beslisregel.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Heidelberglaan 100, 3584 CX Utrecht; dr. G-J. Geersing, huisarts; dr. P. Zuithoff, statisticus; prof.dr. A. Hoes, klinisch epidemioloog; dr. R. Oudega, huisarts; prof.dr. K. Moons, klinisch epidemioloog, Division of Haematology and Thromboembolism, Department of Medicine McMaster University Hamilton, Hamilton, Canada; C. Kearon, internist; S. Bates, internist, Division of Haematology, Department of Medicine Dalhousie University Halifax, Halifax, Canada; D. Anderson, internist, Divisie voor Interne Geneeskunde, Maastricht University Medical Center, Maastricht, Nederland; dr. A. ten Cate-Hoek, internist, Vascular Center, Skane University Hospital, Malmoe, Zweden; J. Elf, internist, AMC Amsterdam, Divisie voor Interne Geneeskunde; dr. R. Kraaijenhagen, internist, UMC Utrecht, Van Creveld Clinic; dr. R. Schutgens, internist, Thrombosis Clinic, Intermountain Medical Center Murray Utah, Verenigde Staten; S. Stevens, internist; S. Woller, internist, Department of Medicine Ottawa Hospital, University of Ottawa, Ottawa, Canada; Ph. Wells, internist • Correspondentie: g.j.geersing@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van: Geersing G-J, Zuithoff P, Kearon C, Anderson D, Ten Cate-Hoek A, Elf J, et al. Exclusion of deep vein thrombosis using the Wells rule in clinically important subgroups: individual patient data meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g1340. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

een D-dimeertest onderzoeken in verschillende klinisch relevante subgroepen.

METHODE

Onderzoeksselectie

Op basis van een eerder uitgevoerd literatuuronderzoek¹ en op basis van contacten met onderzoekers uit het veld van de DVT-diagnostiek, hebben we dertien artikelen geselecteerd.⁷⁻¹⁹ Een aanvullende zoekstrategie in PubMed leverde geen nieuwe onderzoeken op. We hebben de onderzoekers van deze dertien artikelen gevraagd om de oorspronkelijke individuele patiëntengegevens aan te leveren. Deze gegevens hebben we samengevoegd in één grote gegevensset. Alleen gegevens van de klinische beslisregel volgens Wells zijn beschikbaar voor alle 10.002 patiënten. Zie de oorspronkelijke publicatie voor een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksselectie.²⁰

Statistische methoden

We hebben de betrouwbaarheid van het uitsluiten van DVT aan de hand van de klinische beslisregel onderzocht door middel van multilevel logistische regressie, met de geobserveerde aan- of afwezigheid van DVT als uitkomst (met patiënten binnen een onderzoek als apart 'level').²¹ We hebben verschillende modellen opgesteld. Het eerste basismodel heeft alleen de score op de klinische beslisregel van Wells als variabele. Dit model is gebruikt om de kans op DVT te voorspellen voor elke score op de Wells-beslisregel (inclusief een 95%-betrouwbaarheidsinterval; BI). Vervolgens hebben we dit model uitgebreid met een variabele voor de (a priori bepaalde) subgroepen, plus een interactieterm voor deze subgroep. We hebben de volgende subgroepen vastgesteld: huisartsenpraktijk of ziekenhuis, aanwezigheid van een actieve maligniteit, geslacht en een verleden van DVT. Deze modellen hebben we gebruikt om de kans op DVT te voorspellen voor elke Wells-score in deze verschillende subgroepen (inclusief een 95%-BI). Tot slot hebben we het resultaat van de D-dimeertest toegevoegd, waardoor we de kans op DVT kunnen berekenen voor patiënten met een lage score op de Wells-beslisregel (score ≤ 1) in combinatie met een negatieve D-dimeertest en het aantal patiënten in deze groep.

Gedetailleerde informatie over de gebruikte statistische methoden is terug te vinden in de oorspronkelijke publicatie.²⁰ We hebben alle analyses uitgevoerd met het programma R, versie 2.10.0, in het bijzonder het *lme4*-pakket (zie www.R-project.org).

RESULTATEN

Ingesloten onderzoeken

De uiteindelijke gegevensset bestaat uit 10.002 patiënten met een verdenking op DVT, van wie bij 1864 een DVT is aangetoond. De gemiddelde leeftijd (voor de gehele gegevensset) is 59 jaar, en 62% is vrouw.

Accuratesse van de Wells-beslisregel

In de [webtabel] (zie de onlineversie van dit artikel) staan

Tabel 1 Klinische beslisregels bij een vermoeden op diepe veneuze trombose (DVT)

Beslisregel van Wells	Punten	
	Wells-beslisregel	Oudega-beslisregel
Variabele		
Maligniteit	1	1
Mannelijk geslacht	-	1
Gebruik orale anticonceptie	-	1
Paralyse, parese of gipsimmobilisatie been	1	-
Recente grote operatie (of immobilisatie ≥ 3 dagen)	1	1
Gelokaliseerde pijn over de diepe venen	1	-
Zwelling van het gehele been	1	-
Verskil in kuitomvang ≥ 3 cm	1	2
'Pitting' oedeem in het aangedane been	1	-
Uitgezette oppervlakkige venen	1	1
Alternatieve diagnose net zo waarschijnlijk als DVT	-2	-
Afwezigheid van trauma dat zwelling verklaart	-	1

Het afkappunt op de Wells-beslisregel ligt op ≤ 1 punten, op de Oudega-beslisregel is dit ≤ 3 punten. Onder dit afkappunt heeft de patiënt een beperkte kans op DVT en dient men aanvullend een D-dimeertest te gebruiken. Als de uitslag van deze test negatief is, dan is DVT met voldoende veiligheid uitgesloten.

de voorspelde kansen op DVT voor elke score met de Wells-beslisregel. Het oplopen van de Wells-score leidt ook tot een hogere kans op DVT, maar zelfs bij een Wells-score van -2 (de laagst mogelijke score) is de kans op DVT nog altijd rond de 5% (spreiding 2,0 tot 5,9%). Het is dus niet mogelijk om DVT alleen met een beslisregel uit te sluiten. Voor de subgroepen blijkt dat de voorspelde kans op DVT twee keer zo groot is bij mannen, bij patiënten met een actieve maligniteit en bij patiënten die al eerder een DVT hebben gehad. Boven een score van 1 is de toename minder duidelijk.

Uitsluiten van DVT

In [tabel 2] staat de kans op DVT bij een lage Wells-score (≤ 1) en een negatieve D-dimeertest. De kans op DVT is bij deze combinatie gemiddeld genomen zeer laag: 1,2% (95%-BI 0,7% tot 1,8%). Omdat zelfs een echo van het been (referentiestandaard) tot circa 2% van de DVT gevallen kan missen, beschouwt men een dergelijk lage kans als acceptabel. Deze drempel van 2% wordt alleen overschreden bij patiënten met een actieve maligniteit en bij patiënten die eerder een DVT hebben doorgemaakt. Uitsluiten van DVT is tevens zeer efficiënt omdat we DVT bij gemiddeld 1 op de 3 patiënten kunnen uitsluiten met behulp van de Wells-beslisregel en een D-dimeertest (spreiding 23 tot 43%). Alleen bij patiënten met een actieve maligniteit kunnen we DVT niet efficiënt uitsluiten (slechts bij 9,1%; 95%-BI 5,5 tot 14,7%).

BESCHOUWING

Al langer was bekend dat de huisarts met behulp van een beslisregel en een D-dimeertest een DVT kan uitsluiten. Dit onderzoek bevestigt die bevinding [tabel 2]. In de NHG-Standaard staat een iets afwijkende beslisregel [tabel 1]. Eerder onderzoek liet echter al zien dat deze beslisregel voor huisartsen ook veilig is bij het uitsluiten van DVT, zowel bij gebruik van een laboratorium-D-dimeertest, als bij gebruik van een sneltest.¹⁰

Tabel 2 Percentage gemiste DVT en efficiency bij gebruik van de Wells-beslisregel en D-dimeertest, met als doel om DVT uit te sluiten, in verschillende subgroepen

	Alle patiënten % (95%-BI)	Eerste lijn % (95%-BI)	Ziekenhuis % (95%-BI)	Maligniteit % (95%-BI)	Mannen % (95%-BI)	Vrouwen % (95%-BI)	Eerder DVT % (95%-BI)
Percentage gemiste DVT*	1,2 (0,7 tot 1,8)	1,4 (0,9 tot 2,3)	0,9 (0,0 tot 1,9)	2,2 (0,5 tot 8,6)	1,4 (0,8 tot 2,6)	1,0 (0,6 tot 1,8)	2,5 (1,2 tot 5,4)
Efficiency†	28,9 (20,3 tot 39,5)	32,8 (21,8 tot 46,1)	23,1 (12,8 tot 38,3)	9,1 (5,5 tot 14,7)	24,2 (16,5 tot 34,1)	32,0 (22,6 tot 43,2)	30,0 (20,2 tot 42,2)

BI = betrouwbaarheidsinterval; DVT = diepe veneuze trombose.

* Percentage gemiste DVT is de voorspelde kans op DVT bij een Wells-score ≤ 1 in combinatie met een negatieve D-dimeertest.

† Efficiency is de proportie patiënten in deze laagrisicogroep.

Een nieuwe bevinding uit dit onderzoek is dat de veiligheid om een DVT uit te sluiten afneemt bij patiënten die behandeld worden voor een maligniteit en bij patiënten die eerder een DVT hebben doorgemaakt. In de eerste groep is de kans dat de beslisregel en de D-dimeertest een lage kans afgeven erg klein (minder dan 10% van de patiënten). Huidig onderzoek richt zich erop om betere diagnostische methoden te ontwikkelen voor deze groep patiënten. Tot die tijd kan de huisarts beter direct overleggen met de behandelend oncoloog om de diagnostiek af te stemmen (als men een behandeling voor een mogelijke DVT tenminste nog overweegt).

Het blijkt dat de methode bij patiënten met een recidief DVT alleen veilig is als bij de score van de Wells-beslisregel een punt wordt opgeteld. Deze resultaten uit ons onderzoek zijn nieuw en nog niet opgenomen in de richtlijnen.

CONCLUSIE

Dit onderzoek onderstreept de rol van ontwikkelde en gevalideerde diagnostiek bij een verdenking op een DVT. De huisarts kan bij ruim eenderde tot de helft van de patiënten met een verdenking op een DVT de diagnose veilig zelf verwerpen door gebruik te maken van een beslisregel en een D-dimeertest. Bij patiënten met een actieve maligniteit kan de huisarts echter beter direct overleggen met de oncoloog. Als het gaat om patiënten die eerder een DVT hebben gehad, is de Wells-score veilig als men deze met één punt verhoogt. ■

LITERATUUR

- Wells PS, Owen C, Doucette S, Fergusson D, Tran H. Does this patient have deep vein thrombosis? *JAMA* 2006;295:199-207.
- Andreou ER, Koru-Sengul T, Linkins L, Bates SM, Ginsberg JS, Kearon C. Differences in clinical presentation of deep vein thrombosis in men and women. *J Thromb Haemost* 2008;6:1713-9.
- Bates SM, Jaeschke R, Stevens SM, Goodacre S, Wells PS, Stevenson MD, et al. Diagnosis of DVT: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141:e351S-418S.
- Lee A. VTE in patients with cancer – diagnosis, prevention, and treatment. *Thromb Res* 2008;123 Suppl 1:S50-4.
- Schutgens RE, Beckers MM, Haas FJ, Biesma DH. The predictive value of D-dimer measurement for cancer in patients with deep vein thrombosis. *Haematologica* 2005;90:214-9.
- Oudega R, Van Weert HC, Stoffers HE, Sival PPE, Schure RI, Delemarre J, et al. NHG-Standaard Diepe veneuze trombose. *Huisarts Wet* 2008;51:24-37.
- Anderson DR, Kovacs MJ, Kovacs G, Stiell I, Mitchell M, Khoury V, et al. Combined use of clinical assessment and d-dimer to improve the management of patients presenting to the emergency department with suspected deep vein thrombosis (the EDITED Study). *J Thromb Haemost* 2003;1:645-51.
- Anderson DR, Wells PS, Stiell I, MacLeod B, Simms M, Gray L, et al. Management of patients with suspected deep vein thrombosis in the emergency department: combining use of a clinical diagnosis model with D-dimer testing. *J Emerg Med* 2000;19:225-30.
- Bates SM, Kearon C, Crowther M, Linkins L, O'Donnell M, Douketis J, et al. A diagnostic strategy involving a quantitative latex D-dimer assay reliably excludes deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 2003;138:787-94.
- Buller HR, Ten Cate-Hoek AJ, Hoes AW, Joore MA, Moons KG, Oudega R, et al. Safely ruling out deep venous thrombosis in primary care. *Ann Intern Med* 2009;150:229-35.
- Elf JL, Strandberg K, Nilsson C, Svensson PJ. Clinical probability assessment and D-dimer determination in patients with suspected deep vein thrombosis, a prospective multicenter management study. *Thromb Res* 2009;123:612-6.
- Kearon C, Ginsberg JS, Douketis J, Crowther M, Brill-Edwards P, Weitz JI, et al. Management of suspected deep venous thrombosis in outpatients by using clinical assessment and D-dimer testing. *Ann Intern Med* 2001;135:108-11.
- Kearon C, Ginsberg JS, Douketis J, Crowther MA, Turpie AG, Bates SM, et al. A randomized trial of diagnostic strategies after normal proximal vein ultrasonography for suspected deep venous thrombosis: D-dimer testing compared with repeated ultrasonography. *Ann Intern Med* 2005;142:490-6.
- Kraaijenhagen RA, Piovella F, Bernardi E, Verlato F, Beckers EA, Koopman MM, et al. Simplification of the diagnostic management of suspected deep vein thrombosis. *Arch Intern Med* 2002;162:907-11.
- Oudega R, Hoes AW, Moons KG. The Wells rule does not adequately rule out deep venous thrombosis in primary care patients. *Ann Intern Med* 2005;143:100-7.
- Schutgens RE, Ackermans P, Haas FJ, Nieuwenhuis HK, Peltenburg HG, Pijlman AH, et al. Combination of a normal D-dimer concentration and a non-high pretest clinical probability score is a safe strategy to exclude deep venous thrombosis. *Circulation* 2003;107:593-7.
- Stevens SM, Elliott CG, Chan KJ, Egger MJ, Ahmed KM. Withholding anticoagulation after a negative result on duplex ultrasonography for suspected symptomatic deep venous thrombosis. *Ann Intern Med* 2004;140:985-91.
- Toll DB, Oudega R, Bulten RJ, Hoes AW, Moons KG. Excluding deep vein thrombosis safely in primary care. *J Fam Pract* 2006;55:613-8.
- Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Forgie M, Kearon C, Dreyer J, et al. Evaluation of D-dimer in the diagnosis of suspected deep-vein thrombosis. *N Engl J Med* 2003;349:1227-35.
- Geersing GJ, Zuithoff NP, Kearon C, Anderson DR, Ten Cate-Hoek AJ, Elf JL, et al. Exclusion of deep vein thrombosis using the Wells rule in clinically important subgroups: individual patient data meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g1340.
- Greenland S. Principles of multilevel modelling. *Int J Epidemiol* 2000;29:158-67.

Uitgestreken?

Huisartsen weten officieel, geloof ik, nog van niets, maar het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker gaat geheel op de schop. Als alles goed gaat, stappen we al in 2016 over van het zoeken naar celafwijkingen naar het zoeken naar virussen. Wetenschappelijk onderzoek laat er namelijk weinig twijfel over bestaan: de HPV-test is scherper dan de Pap-test, is minder vaak nodig, redt meer vrouwen, en scheelt ook nog in het geld.¹ In 2011 kwam de Gezondheidsraad tot de conclusie dat het testen op HPV de toekomst had, en daarna zijn de ambtelijke molens gaan draaien. Het RIVM kreeg van de minister de opdracht alles in goede banen te leiden – dat ze daarbij, na de ramp met de baarmoederhalskankervaccinatie, niet over één nacht ijs willen gaan, zal duidelijk zijn. De onderzoeken en proefonderzoeken en raadplegingen zijn in volle gang.

Voor huisartsen verandert er in eerste instantie niet zoveel. Werd eerst het uitstrijkje dat zij maakten op afwijkende cellen gecontroleerd, nu op aanwezigheid van het virus. De HPV-test heeft op het ogenblik wel meer fout-positieven, maar de bedoeling is dat dan alsnog een cytologisch uitstrijkje komt om de uitslag te bevestigen. Een en ander stuwt de nauwkeurigheid zo omhoog, dat een vrouw met een negatieve virologische uitslag pas over tien jaar hoeft terug te komen, en een vrouw met een positieve cytologische uitslag direct naar de gynaecoloog kan.

Bovendien is de HPV-test veel eenvoudiger af te nemen. Het is niet meer nodig precies de goede cellen te pakken te krijgen, omdat het virus zich vanuit de cervix verspreidt in de vagina. Gedoe met een eendenbek behoort tot het verleden – een vrouw kan het bij wijze van spreken zelf doen.

Sterker nog, dat gaat ze stellig doen. Een van de belangrijkste, maar nog weinig besproken veranderingen van het bevolkingsonderzoek is dat vrouwen die geen gehoor geven aan de oproep, wordt gevraagd of ze dan misschien een ‘zelfanameset’ willen

ontvangen zodat ze, in de veiligheid van hun eigen huis, zelf een uitstrijkje kunnen maken en opsturen. Die zelfanameset blijkt in verschillende onderzoeken net zo accuraat als de uitstrijk door een professional.² (Er is uiteraard nog niet zo heel veel ervaring mee, zeker niet qua harde eindpunten, dus enige terughoudendheid is geboden.)

Het idee is dus om vrouwen op het bestaan van die zelftest te wijzen als ze na de oproep niet komen opdagen. Ik heb me laten vertellen dat de Gezondheidsraad vrouwen liever helemaal niet van die mogelijkheid op de hoogte wilde stellen, of hooguit pas na twee weigeringen, maar daar is het RIVM gelukkig dwars voor gaan liggen – de ramp zou nog groter zijn geweest dan bij de maagdenprik.

Moeten vrouwen niet direct, in de allereerste uitnodigingsfolder, over deze mogelijkheid horen? Uit vrijwel elk onderzoek dat hiernaar gedaan is, zoals in Nederland de Prohtect-studies,³ blijkt dat vrouwen er prima mee overweg kunnen, vaker op de uitnodiging ingaan (ook allochtone vrouwen en vrouwen die nooit eerder kwamen opdagen), en negen van de tien keer naar de huisarts gaan bij een slecht bericht. Vrouwen die niet enthousiast waren, voelden zich vooral onzeker over hun vaardigheden of de betrouwbaarheid van de test.

Dat zal er dus wel van komen. Maar als één vrouw het weet, weten alle vrouwen het. Waarom zouden niet alle vrouwen nu meteen over deze mogelijkheid horen? Waarom moeten ze wachten op een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek? Nu al zijn dergelijke ‘zelfanamesets’ te koop via internet⁴, en het duurt vast niet lang meer of ze liggen gewoon in de schappen van de apotheek en de drogist.

De zelftest is de bom waarmee het bevolkingsonderzoek zichzelf opblaast – waarschijnlijk precies de reden waarom de Gezondheidsraad het bestaan ervan liever had stilgehouden. Maar de gezondheidszorg is er, laten we wel weten, niet om het bevolkingsonderzoek te laten voortbestaan, maar om zoveel

mogelijk vrouwen zo vroeg mogelijk baarmoederhalskanker te besparen.

Per jaar overlijden nu rond de 200 vrouwen aan baarmoederhalskanker (4000 aan longkanker, 3000 aan borstkanker). De Gezondheidsraad schat dat het overstappen van cytologie naar virologie 18 sterfgevallen scheelt, en de zelftest – die in zijn optiek dus pas aan het eind van de voorlichtingsrit zou komen – nog eens 24. Hoeveel zou het schelen als alle vrouwen eens in de tien jaar alleen maar een herinnering voor hun selfie krijgen? De test lijkt niet minder betrouwbaar, bereikt delen van de bevolking die andere tests niet bereiken, en maakt het hele screeningcircus in één klap overbodig. Is dat echt nog niet doorgerekend? ■

Hans van Maanen

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

LITERATUUR

- 1 Dijkstra MG, Snijders PJF, Arbyn M, Rijkaart DC, Berkhof J, Meijer CJLM. Cervical cancer screening: on the way to a shift from cytology to full molecular screening. *Ann Oncol* 2014;25:927-35.
- 2 Petignat P, Faltin DL, Bruchim I, Tramer MR, Franco EL, Coutlee F. Are self-collected samples comparable to physician-collected cervical specimens for human papillomavirus DNA testing? A systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol* 2007;105:530-5.
- 3 Verhoef VM, Bosgraaf RP, Van Kemenade FJ, Rozendaal L, Heideman DA, Hesselink AT, et al. Triage by methylation-marker testing versus cytology in women who test HPV-positive on self-collected cervicovaginal specimens (PROTECT-3): a randomised controlled non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2014;15:315-22.
- 4 www.udotest.com.





Diagnosetraject bij dementie op jonge leeftijd

Samenvatting

Van Vliet D, De Vugt ME. *Diagnosetraject bij dementie op jonge leeftijd*. Huisarts Wet 2014;57(12):630-2.

Dementie op jonge leeftijd, ontstaan voor het 65ste levensjaar, is over het algemeen moeilijker in een vroeg stadium te herkennen dan dementie op oudere leeftijd. In het kader van het Needs in Young-onset Dementia (NeedYD)-onderzoek hebben we de ervaringen in de periode voorafgaand aan de diagnose onderzocht. In het huidige onderzoek hebben we de gegevens van 235 jonge mensen met dementie en hun mantelzorgers vergeleken met gegevens van 167 mensen met dementie op oude leeftijd uit de MAAstricht Study in BEhaviour in Dementia (MAASBED). We hebben de duur voorafgaand aan de diagnose vastgesteld met behulp van dossieronderzoek en interviews. De ervaringen van mantelzorgers hebben we in kaart gebracht met behulp van kwalitatieve interviews. De resultaten laten zien dat de duur voorafgaand aan de diagnose in de jongere groep gemiddeld 4,4 jaar was, versus 2,8 jaar in de oudere groep. Voor elk subtype van dementie was de periode in de jongere groep langer. Mantelzorgers ervoeren veel problemen in deze periode door onduidelijkheid over de oorzaak van de veranderingen, spanningen binnen het gezin en belemmeringen in het diagnosetraject. Een tijdige signalering en diagnose zijn daarom van belang voor het verkrijgen van duidelijkheid over de veranderingen en het verminderen van spanningen in het gezin. Daardoor wordt het ook mogelijk om deze specifieke doelgroep adequate zorg en begeleiding te verlenen.

INLEIDING

Bij jongere patiënten is het over het algemeen moeilijker om de symptomen van dementie vroegtijdig te herkennen. Dit komt doordat de prevalentie van dementie op jonge leeftijd relatief laag is en er sprake is van een brede differentiatie diagnostiek.^{1,3} Men spreekt van dementie op jonge leeftijd als de ziekte begint voor de leeftijd van 65 jaar. Ongeveer twee op de drie personen met dementie op jonge leeftijd zijn ouder dan 55 jaar. Het is uiterst zeldzaam dat dementie voor het 45ste levensjaar aanvangt. Tussen de leeftijd van 45 en 60 jaar is er per vijf jaar sprake van ongeveer een verdubbeling

van het aantal mensen met dementie. Als het lang duurt voordat er een definitieve diagnose is, leidt dat vaak tot gevoelens van frustratie bij de persoon zelf en/of zijn naasten.^{4,5} In dit artikel gaan we in op 1) de duur van de periode tussen het optreden van eerste symptomen en het stellen van de diagnose, 2) de factoren die de duur tot de diagnose voorspellen, 3) de ervaringen van jonge mensen met dementie en hun mantelzorgers in de periode voorafgaand aan de diagnose.

METHODE

Om de duur tot de diagnose te onderzoeken hebben we 215 personen met dementie op jonge leeftijd geïnccludeerd in het NEEDS in Young onset Dementia-onderzoek (NeedYD).⁶ Zie [kader] voor een beschrijving van dit onderzoek. Deze groep hebben we vergeleken met 167 personen met dementie op oudere leeftijd uit de MAAstricht study of BEhaviour in Dementia (MAASBED).⁷ MAASBED bevatte tevens gegevens van 20 personen met dementie op jonge leeftijd. De totale groep in ons onderzoek bestaat dus uit 235 jonge mensen met dementie. De duur voorafgaand aan de diagnose hebben we berekend op basis van het jaar waarin de eerste symptomen zich voordeden (op grond van interviews) tot het jaar waarin de diagnose werd gesteld (op basis van het medisch dossier). Voor het in kaart brengen van de ervaringen van mantelzorgers in de periode voorafgaand aan de diagnose hebben we semigestructureerde interviews afgenomen bij 100 mantelzorgers van personen met dementie op jonge leeftijd. We hebben de interviews opgenomen en verbatim uitgewerkt, waarbij we de tekst hebben gecodeerd om thema's uit het materiaal te destilleren met betrekking tot de periode voorafgaand aan de diagnose. Dit hebben we gedaan door middel van *constant comparison* en *grounded theory analysis*.^{8,9}

RESULTATEN

Duur van het diagnosetraject en voorspellende factoren

Duur van periode tussen eerste symptomen en diagnose

De gemiddelde leeftijd op het moment van diagnose was in de jonge groep 59,2 jaar en in de oudere groep 78,6 jaar.

De kern

- Het herkennen van dementie op jonge leeftijd is moeilijk, waardoor de periode voorafgaand aan de diagnose langer is dan op oudere leeftijd, ongeacht het subtype dementie.
- Een tijdige diagnose is van belang om onzekerheid, onbegrip in de partnerrelatie en spanningen in het gezin te verminderen.
- Hulpsignalen om dementie op jonge leeftijd te herkennen zijn: 1) een verminderd of afwezig inzicht in het eigen functioneren, 2) progressie van de klachten over de tijd, 3) het op de voorgrond treden van problemen als routines doorbroken worden en 4) het optreden van veranderingen op verschillende levensgebieden.

Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: D. van Vliet, postdoc-onderzoeker, Alzheimer Center Limburg, Maastricht University Medical Center, Maastricht: M.E. de Vugt, universitair hoofddocent. Het projectteam van het NeedYD-onderzoek bestaat naast genoemde auteurs uit prof.dr. F. Verhey (Maastricht University), prof.dr. R. Koopmans, dr. Ch. Bakker, prof.dr. M. Vernooij-Dassen (Radboudumc Nijmegen) en dr. Y. Pijnenburg (VU University Medical Centre Amsterdam) • Correspondentie: m.devugt@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel betreft een samenvatting van twee Engelstalige artikelen: Van Vliet D, De Vugt ME, Bakker Ch, Pijnenburg Y, Koopmans R, Verhey FRJ. Time to diagnosis in early onset dementia as compared with late onset dementia. *Psychol Med* 2013;43:1-10. Van Vliet D, De Vugt ME, Bakker Ch, Koopmans R, Verhey FRJ. Caregivers' perspectives on the pre-diagnostic period in early onset dementia: a long and winding road. *Int Psychogeriatr* 2011;23:423-32. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

NeedYD

Het NeedYD (Needs in Young onset Dementia) onderzoek is een longitudinaal onderzoek waaraan 215 jonge mensen met dementie en hun mantelzorgers hebben meegedaan. Voorwaarde voor inclusie was dat de symptomen van de dementie voor het 65ste levensjaar zijn begonnen. De deelnemers zijn twee jaar gevolgd met iedere 6 maanden een meting. Deze metingen bestonden uit (semi)gestructureerde interviews, cognitieve tests en gestandaardiseerde vragenlijsten. Deelnemers zijn onder andere geworven via de Alzheimercentra in Maastricht, Nijmegen en Amsterdam, geheugenpoli's van ziekenhuizen en dagbehandelingscentra. Voor een gedetailleerde beschrijving van het onderzoek verwijzen wij naar het betreffende artikel.⁶

De duur van de periode tussen het optreden van de eerste symptomen en het stellen van de diagnose was in de jongere groep gemiddeld 4,4 jaar en in de oudere groep gemiddeld 2,8 jaar [tabel]. Voor elk subtype van dementie was de periode langer in de jongere groep. Hierbij was het verschil in duur significant voor de mensen met de ziekte van Alzheimer en vasculaire dementie. Binnen de categorie frontotemporale dementie (FTD) en de restcategorie konden we het verschil niet bepalen omdat de groepsomvang te klein was.

Leeftijd en oorzaak dementie voorspellen duur tot diagnose

Zoals verwacht bleek het hebben van dementie op jonge leeftijd een significante voorspeller te zijn voor een langere duur tot de diagnose. Daarnaast bleek dat het hebben van vasculaire dementie gerelateerd was aan een kortere duur tot de diagnose. Mensen met FTD moesten het langst wachten op de diagnose, gemiddeld 6,4 jaar. De ziekte-ernst bleek nagenoeg gelijk in beide groepen op het moment dat men de diagnose stelde en was geen voorspeller voor de duur tot de diagnose.

Ervaringen van mantelzorgers

Opmerken van symptomen

We hebben mantelzorgers geïnterviewd over de eerste veranderingen die zij bij hun naaste opmerkten. De reactie van mantelzorgers op deze veranderingen varieerde van een 'niet pluis-gevoel' tot een duidelijk vermoeden dat er iets aan de hand was. De mantelzorgers hebben de eerste veranderingen bij de persoon met dementie op het moment zelf niet altijd bewust opgemerkt, maar konden deze terugkijkend wel relateren aan de dementie. Gedragsproblemen kwamen veel voor als eerste symptoom, in het bijzonder apathie en gebrek aan sociale wederkerigheid. De meeste mantelzorgers noemden cognitieve problemen, vooral geheugenproblemen. In sommige gevallen werden de veranderingen pas duidelijk nadat de persoon met dementie zijn baan was kwijtgeraakt en vaker thuis was. Naarmate de ernst van symptomen toenam, werden over het algemeen ook de problemen in het gezin en het onbegrip van de mantelzorger groter.

Impact op het gezin

De mantelzorgers beschreven de periode voor de diagnose als gespannen en vertelden vaak dat er conflicten waren tussen beide partners. Vooral gedragsveranderingen leken tot

Tabel Geschatte duur (jaar) van het begin van de symptomen tot het stellen van de diagnose voor elk dementiesubtype in de groep met vroeg en de groep met laat ontstane dementie

Diagnose	Jong		Oud	
	Gemiddelde (sd)	Aantal	Gemiddelde (sd)	Aantal
Totaal	4,4 (3,1)	235	2,8 (2,1)	167 ^a
Alzheimer	4,2 (3,0)	139	3,0 (2,2)	122 ^a
Frontotemporaal	6,4 (3,6)	29	3,3 (2,1)	3
Vasculair	3,9 (2,7)	35	2,2 (1,8)	33 ^a
Anders	4,1 (3,3)	32	3,4 (1,3)	9

Vasculair: vasculaire dementie en mengvorm van vasculaire dementie en ziekte van Alzheimer.

^aSignificante verschillen tussen groepen.

conflicten en relatieproblemen te leiden. Vijf mantelzorgers vertelden dat ze een echtscheiding hadden overwogen. Zij benadrukten het belang van een definitieve diagnose, die het begrip voor hun partner vergrootte. Daarnaast vertelden ze dat hun kinderen problemen hadden in de periode voor de diagnose doordat ze bijvoorbeeld de spanning tussen hun ouders meemaakten of zelf in conflict raakten met hun ouders. Daarvan was vooral sprake bij kinderen in de puberteit die nog thuis woonden.

Ook noemden de mantelzorgers problemen op het gebied van werk of financiën. Op het werk waren bijvoorbeeld problemen ontstaan door de verminderde productiviteit of doordat de persoon met dementie een conflict had gekregen op de werkvloer. Een ander vaak genoemd probleem was dat mantelzorgers door hun partners niet geïnformeerd werden over de problemen op het werk. In sommige gevallen raakte de persoon met dementie zijn of haar baan kwijt voordat de diagnose was gesteld. Dan moest de betrokkene gaan solliciteren, terwijl hij of zij daar niet meer toe in staat bleek.

Abstract

Van Vliet D, De Vugt ME. Diagnostic trajectory of early-onset dementia. *Huisarts Wet* 2014;57(12):630-2.

In general, it is more difficult to diagnose dementia in an early stage in relatively young individuals (< 65 years) than in older individuals. In the context of the Needs in Young-onset Dementia (NeedYD) study, we investigated peoples' experiences in the period preceding diagnosis. In this study, we compared data for 235 relatively young individuals with dementia and their carers with data for 167 older individuals with dementia from the MAAstricht Study in Behaviour in Dementia (MAASBED). Time to diagnosis was established with the help of patient records and interviews, and the experiences of carers were documented on the basis of qualitative interviews. Results showed that the time to diagnosis was 4.4 years in the younger individuals and 2.8 years in the older individuals and that, regardless of the type of dementia, the time to diagnosis was always longer in the younger individuals. Carers experienced problems during this period because of uncertainty about the cause of changes, tension in the family, and obstacles to diagnosis. Early recognition and diagnosis are therefore important, not only to clarify what is happening but also to diminish stress and tension in the family. It also makes it possible to provide adequate care and supervision to this specific group of individuals.

Barrières voor het herkennen van dementie

Een groot probleem voor mantelzorgers vormden de ontkenning van de persoon met dementie en het verbergen van problemen die bijvoorbeeld op het werk speelden. Ook vanuit de werkgever kregen de mantelzorgers vaak geen signalen dat het niet meer goed ging en ze kwamen daar vaak pas achter als de betrokkene ontslagen werd of als ze contact hadden met de werkgever.

De meerderheid van de mantelzorgers dacht niet aan de mogelijkheid van dementie in de periode voorafgaand aan de diagnose. Sommige mantelzorgers schreven de symptomen toe aan normale veroudering. Er was een groep mantelzorgers die geen idee had wat er aan de hand kon zijn, maar de meeste mantelzorgers dachten dat de veranderingen een psychische oorzaak hadden, zoals een burn-out, depressie of stress. Er waren ook mantelzorgers die dachten aan een neurologische oorzaak, zoals een hersentumor of vasculaire problemen. Vooral door de progressie van de klachten kreeg een aantal mantelzorgers uiteindelijk het vermoeden dat er sprake kon zijn van dementie. Vaak hadden deze mantelzorgers zelf ervaring met dementie in hun familie of kennissenkring, waardoor ze de symptomen sneller herkenden.

Hulp inschakelen

Vrijwel altijd nam de mantelzorger het initiatief om naar de huisarts te gaan. Meestal duurde het een tijd voordat mantelzorgers deze stap namen. Factoren zoals opvallende geheugenstoornissen en een plotselinge beperking in het algemeen dagelijks functioneren, zoals verdwalen of niet meer in staat zijn een maaltijd te bereiden, waren vaak de aanleiding om hulp te zoeken. Daarnaast omschreven de mantelzorgers de vakantie als keerpunt. Het doorbreken van de routines maakte de mantelzorgers meer bewust van de beperkingen van hun partner. Ze konden deze beperkingen tijdens een vakantie nog aan de verandering van omgeving toeschrijven, maar de veranderingen thuis vielen juist nog meer op. Ook de sociale omgeving was belangrijk voor een bevestiging van het idee dat er iets aan de hand was en bij het nemen van de beslissing om hulp te zoeken. Familieleden wezen de mantelzorgers soms op gedragsveranderingen en overtuigden hen ervan dat het nodig was om naar de huisarts te gaan. Ook de bemoeienis van een buitenstaander (bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige) speelde soms een belangrijke rol bij het overtuigen van de persoon met dementie om hulp te zoeken.

Diagnosetraject

Sommige mantelzorgers hadden het gevoel dat de huisarts hen niet serieus nam of vonden dat het te lang had geduurd voordat de huisarts hen door wilde verwijzen. Daarnaast

bleek 45% van de personen met dementie eerst een andere diagnose te krijgen voordat de diagnose dementie werd gesteld. In de meeste gevallen was dat een depressie of burn-out. De persoon met dementie werd dan vaak naar huis gestuurd of verwezen naar een instelling voor geestelijke gezondheidszorg, waar zij tevergeefs voor de klachten behandeld werden. Over het geheel genomen zagen mantelzorgers het diagnosetraject als te lang en hadden ze het gevoel van het kastje naar de muur gestuurd te worden.

CONCLUSIE

De resultaten geven aan dat een tijdige signalering en diagnose van belang zijn voor het verlenen van adequate zorg en begeleiding voor deze specifieke doelgroep. Een tijdige diagnose geeft duidelijkheid over de oorzaak van de veranderingen, waardoor de persoon met dementie op meer begrip uit de omgeving kan rekenen. Het herkennen van dementie op jonge leeftijd is moeilijk. Een aantal signalen¹⁰ kan helpen dementie van psychische problematiek te onderscheiden. Denk hierbij aan een verminderd of afwezig inzicht in het eigen functioneren, progressie van de klachten over de tijd, het op de voorgrond treden van problemen als routines doorbroken worden (zoals tijdens een vakantie) en het optreden van veranderingen op verschillende levensgebieden (zoals werk, gezin en vrijetijdsbesteding). De hetero-anamnese is een belangrijk middel om zicht te krijgen op deze signalen. Wanneer het vermoeden bestaat dat er op jonge leeftijd van dementie sprake is, moet men de patiënt doorverwijzen naar een geheugenpoli. Dit is belangrijker dan bij dementie op oudere leeftijd, omdat de diagnostiek op jongere leeftijd complexer is. ■

LITERATUUR

- 1 Sampson EL, Warren JD, Rossor MN. Young onset dementia. *Postgrad Med J* 2004;80:125-39.
- 2 Bryan G, Martin CM. Unique problems of dementia in the younger patient. *Consult Pharm* 2005;20:468-79.
- 3 Mendez MF. The accurate diagnosis of early-onset dementia. *Int J Psychiatry Med* 2006;36:401-12.
- 4 Harris PB, Keady J. Living with early onset dementia: exploring the experience and developing evidence-based guidelines for practice. *Alzheimers Care Q* 2004;5:111-22.
- 5 Williams T, Cameron I, Deardon T. From pillar to post – a study of younger people with dementia. *Psychiatr Bull* 2001;25:384-7.
- 6 Van Vliet D, Bakker C, Koopmans RT, Vernooij-Dassen MJ, Verhey FR, De Vugt ME. Research protocol of the Needyd-study (Needs in Young onset Dementia): a prospective cohort study on the needs and course of early onset dementia. *BMC Geriatr* 2010;10:13.
- 7 De Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Winkens I, et al. Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:85-92.
- 8 Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Pub Co, 1967.
- 9 Corbin J, Strauss A. Grounded theory research: procedures, canons, and evaluative criteria. *Qual Sociol* 1990;13:3-21.
- 10 Vroegsignalering van dementie op jonge leeftijd. Alzheimer Nederland, het Alzheimer Centrum Limburg, www.alzheimer-nederland.nl/betere-zorg.

Zorgbehoeften bij dementie op jonge leeftijd

Samenvatting

Bakker C, Millenaar JK, het NeedYD-projectteam. *Zorgbehoeften bij dementie op jonge leeftijd*. Huisarts Wet 2014;57(12):633-5.

De meeste mensen brengen dementie vooral met ouderdom in verband, maar in 6 tot 9% van de gevallen begint de dementie voor het 65ste levensjaar. In het kader van het Needs in Young-onset Dementia (NeedYD)-onderzoek hebben we onder meer zorgbehoeften van jonge mensen met dementie en hun gezinsleden, en hun ervaringen met zorg in kaart gebracht. Hiertoe hebben we gedurende twee jaar 215 jonge mensen met dementie en hun gezinsleden gevolgd. Zorgbehoeften en ervaringen met de zorg hebben we onderzocht aan de hand van de Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE) en kwalitatieve interviews. De resultaten laten hoge percentages onvervulde zorgbehoeften zien bij de persoon met dementie. Ook vonden we belangrijke verschillen tussen mensen met dementie zelf en hun mantelzorgers in wat zij als onvervulde zorgbehoeften aangaven. Jonge mantelzorgers worden dubbel belast doordat zij de zorg voor hun naaste moeten combineren met allerlei andere taken en verantwoordelijkheden. Ook bleek dat kinderen zich belast voelen door de zorgsituatie, waarbij zij zich zorgen maken om beide ouders en terughoudend zijn in het zoeken naar hulp voor zichzelf. De resultaten van dit onderzoek laten zien dat dementie op jongere leeftijd specifieke consequenties heeft, die belangrijke implicaties hebben voor het ontwikkelen van passende voorzieningen voor deze jonge gezinnen.

INLEIDING

Dementie brengt men vaak in verband met ouderdom, maar in 6 tot 9% van de gevallen begint de dementie al voor het 65ste levensjaar.¹ Binnen deze groep van personen met dementie op jonge leeftijd is tweederde ouder dan 55 jaar en het komt zeer zelden voor dat de dementie al voor het 45ste levensjaar aanvangt. Op basis van de beperkte preva-

lentieonderzoeken die beschikbaar zijn schat de Wereldgezondheidsorganisatie dat het aantal gevallen van dementie op jonge leeftijd exponentieel stijgt met het stijgen van de leeftijd met 9 gevallen per 100.000 inwoners op 30-jarige leeftijd tot 156 gevallen in de leeftijdsgroep van 60-64 jaar.¹ Als de dementie op jongere leeftijd begint, ontstaan er specifieke problemen, zowel voor de persoon zelf als voor de omgeving.² Zo duurt het vaak lang voordat men de diagnose stelt³ en zijn er veel problemen die samenhangen met de relatief jonge levensfase, zoals financiële en werkgerelateerde kwesties, verlies van identiteit en een verstoord toekomstperspectief.^{4,5} De zorg voor mensen met dementie op jonge leeftijd wordt verder vaak bemoeilijkt door probleemgedrag, met negatieve gevolgen voor mantelzorgers.⁶ Dit geldt in het bijzonder voor mantelzorgers van mensen met frontotemporale dementie, een aandoening die bij jonge mensen, na de ziekte van Alzheimer, de meestvoorkomende vorm van dementie is. Daarnaast zijn er vaak nog thuiswonende kinderen die plotseling worden geconfronteerd met een ouder die een chronische, progressieve ziekte heeft. Zij kunnen zich verantwoordelijk gaan voelen voor het welzijn van hun ouder of moeite hebben om met de gevolgen van de ziekte om te gaan.⁷

Tot nu toe heeft onderzoek naar zorgbehoeften en ervaringen met zorgvoorzieningen zich vooral gericht op dementie op latere leeftijd. Kennis over deze thema's is echter een belangrijke voorwaarde voor de ontwikkeling van passende voorzieningen voor deze doelgroep. In dit artikel geven we een overzicht van de zorgbehoeften van jonge mensen met dementie en hun naasten, en de vraag of hierin ook voldoende wordt voorzien.

METHODE

In het kader van dit prospectieve onderzoek hebben we 215 jonge mensen met dementie en hun gezinsleden gedurende twee jaar gevolgd (zie [kader] in het artikel Van Vliet et al. in dit nummer).⁸ De gemiddelde leeftijd van de patiënten bij in-

De kern

- Dit onderzoek laat zien dat dementie op jonge leeftijd specifieke consequenties heeft, zoals een problematisch diagnosetraject, hoge percentages onvervulde zorgbehoeften en een grote impact van de dementie op de levens van alle gezinsleden.
- Bij de beoordeling van zorgbehoeften is het belangrijk om personen met dementie zelf niet te vergeten, omdat blijkt dat ze bij de beoordeling van hun zorgbehoeften andere zaken belangrijk vinden dan hun mantelzorgers.
- Een meer gezinsgeoriënteerde benadering zou alle gezinsleden de ondersteuning bieden die zij nodig hebben.
- Het is belangrijk de geografische spreiding van instellingen met een specifiek zorgaanbod voor deze doelgroep te vergroten, gezien de beperkte beschikbaarheid van deze voorzieningen op dit moment.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsneurologie, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: C. Bakker, GZ-psycholoog/senior onderzoeker, Alzheimer Center Limburg, Maastricht University Medical Center, Maastricht: J.K. Millenaar, junior onderzoeker. Het projectteam van het NeedYD-onderzoek bestaat naast genoemde auteurs uit: prof.dr. F. Verhey, dr. M. de Vugt (Maastricht University), prof.dr. R. Koopmans, dr. D. van Vliet, prof.dr. M. Vernooij-Dassen (Radboudumc Nijmegen) en dr. Y. Pijnenburg (VUmc Amsterdam) • Correspondentie: Christian.Bakker@florence.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een samenvatting van drie reeds eerder gepubliceerde artikelen: Bakker C, De Vugt ME, Van Vliet D, Verhey FR, Pijnenburg YA, Vernooij-Dassen MJ, et al. The relationship between unmet care needs in young-onset dementia and the course of neuropsychiatric symptoms: a two-year follow-up study. *Int Psychogeriatr* 2013 Sep 4:1-10, epub ahead of print; Bakker C, De Vugt ME, Vernooij-Dassen M, Van Vliet D, Verhey FR, Koopmans RT. Needs in early onset dementia: a qualitative case from the NeedYD study. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2010;25:634-40; Millenaar JK, Van Vliet D, Bakker C, Vernooij-Dassen MJ, Koopmans RT, Verhey FR, et al. The experiences and needs of children living with a parent with young onset dementia: results from the NeedYD study. *Int Psychogeriatr* 2013 Nov 14:1-10, epub ahead of print. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

clusie was 61,1 jaar (sd 5,5). Hierbij was er gemiddeld al 7,1 jaar sprake van klachten (sd 3,9). We hebben de zorgbehoeften onderzocht met behulp van kwalitatieve interviews en de Nederlandse versie van de Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE).⁹ De CANE is een semigestructureerd interview aan de hand waarvan men de behoeften van de persoon met dementie op sociaal, fysiek en psychisch gebied, en met betrekking tot de omgeving systematisch in kaart kan brengen. Ook de behoefte aan informatie en psychosociale ondersteuning van de mantelzorger kan men met behulp van de CANE achterhalen. Doordat we de CANE bij de persoon met dementie en bij de mantelzorger hebben afgenomen, konden we tevens de mate van overeenstemming in de zorgbehoeften bekijken.

De ervaringen en zorgbehoeften van mantelzorgers en kinderen hebben we onderzocht met behulp van kwalitatieve interviews. Hiervoor hebben we een echtgenote en 14 thuiswonende kinderen uitvoerig geïnterviewd. De kinderen hadden een leeftijd van 15 tot 27 jaar. We namen de interviews af aan de hand van een interviewhandleiding, waarin ervaringen en zorgbehoeften in de periode voorafgaand aan de diagnose, de diagnosefase en de periode daarna systematisch aan de orde kwamen. We hebben alle interviews opgenomen en vervolgens verbatim uitgewerkt, waarbij we de tekst hebben gecodeerd om thema's uit het materiaal te destilleren. Hierbij hebben we gebruikgemaakt van inductieve inhoudsanalyse.¹⁰

RESULTATEN

Zorgbehoeften van personen met dementie

De meerderheid van de jonge mensen met dementie in ons onderzoek gaf zelf aan voldoende hulp van naasten of professionals te krijgen bij het beheren van de financiën (82,2%), de mobiliteit (65,8%), bijvoorbeeld lopen, traplopen en reizen, geheugen (66,4%), zoals het herinneren van afspraken en omgaan met geheugenverlies, of huishoudelijke klussen (70,4%), zoals boodschappen doen en eten klaarmaken.

Op sommige gebieden ervoeren de deelnemers de hulp echter als niet toereikend of niet passend. De hoogste percentages van deze onvervulde behoeften lagen op het gebied van informatie over de ziekte of zorgmogelijkheden (23,0%), beperkingen door problemen met het gezichtsvermogen, het gehoor of de communicatie (20,4%), het vinden van gezelschap (20,4%), het vinden van een zinvolle dagbesteding (20,4%), verlies van mobiliteit (15,8%), intimiteit (13,2%) en psychische nood (11,8%).

Wanneer mantelzorgers dezelfde thema's beoordeelden was sprake van een redelijke overeenstemming binnen thema's als het gebruik van medicatie, incontinentie en de zorg voor iemand anders. De minste overeenstemming was er binnen thema's als mogelijk misbruik of verwaarlozing door anderen, opzettelijke of onopzettelijke zelfbeschadiging, eten en het geheugen. Bij de beoordeling van onvervulde zorgbehoeften bestond er weinig overeenstemming over specifieke onvervulde behoeften, bijvoorbeeld de informatiebehoefte en behoeften op het gebied van intimiteit. Mantelzorgers signaleerden bij de persoon met dementie veel minder vaak een onvervulde behoefte op deze gebieden, terwijl de betrokkenen dit zelf wel zo ervoeren.

Zorgbehoeften en ervaringen van gezinsleden

Uit onze analyse van de interviews van een echtgenote van een jonge man met de ziekte van Alzheimer kwamen drie centrale thema's in de zorgsituatie naar voren. Ten eerste werd het besluitvormingsproces in de zorgsituatie belemmerd door problemen die samenhangen met de jongere levensfase. Bijvoorbeeld een moeizaam diagnosetraject, waardoor men pas na jaren een juiste diagnose kon stellen, het spanningsveld tussen het voorzien in de wensen en behoeften van de zieke partner en de gevolgen hiervan voor het eigen leven, en de beperktheid van de informatie over passende zorgmogelijkheden.

Ten tweede bleken er vanuit het perspectief van de mantelzorger belangrijke voorwaarden aan het gebruik van zorgvoorzieningen verbonden. Zo was continuïteit in de zorg, waarbij hulpverleners betrokken blijven vanaf het moment van diagnose, onder meer een belangrijke voorwaarde. Tevens vonden mantelzorgers het belangrijk dat er (in)formele zorg beschikbaar was, zodat deze kon worden ingezet zodra dat nodig was. Ze waren ook van mening dat formele zorg toegankelijk moest zijn voor zowel de persoon met dementie als de mantelzorger.

Het laatste centrale thema had betrekking op de sterke betrokkenheid en toewijding van de mantelzorger bij de zorg, waarbij mantelzorgers aangaven de zorg pas uit handen te kunnen geven wanneer er passende alternatieve zorg beschikbaar was, bijvoorbeeld een speciale verpleeghuisafdeling voor jonge mensen met dementie. Ook bleek vertrouwen in de hulpverlening een belangrijke voorwaarde om de zorg over te kunnen laten aan anderen.

Op grond van de analyse van de interviews met de kinderen kwamen we tot drie thema's. Ten eerste hadden de kinderen moeite met alle verantwoordelijkheden en maakten ze zich zorgen over de toekomst. Hun zorgen betroffen zowel de ouder met dementie als hun gezonde ouder. Ze waren bang

Abstract

Bakker C, Millenaar JK. Care needs and experiences of relatively young people (< 65 years) with dementia and their relatives. *Huisarts Wet* 2014;57(12):633-5.

Most people associate dementia with old age, yet in 6-9% of cases dementia starts before 65 years. The Needs in Young-onset Dementia (NeedYD) study attempted to assess the care needs of relatively young people with dementia and their relatives and their experiences with the care provided. To this end, 215 people with dementia and their families were followed up for 2 years. Care needs and experiences were assessed with the Camberwell Assessment of Needs for the Elderly (CANE) and qualitative interviews. Results revealed a large burden of unmet care needs in the individuals with dementia. There were also substantial differences in what the individuals with dementia and their relatives reported as unmet care needs. Young carers experience a double burden of caring for their relative and taking on extra tasks and responsibilities. The children of affected individuals also experience the situation as demanding, being anxious about both parents and reluctant to seek care or assistance for themselves. The results of this study show that dementia in relatively young individuals has specific consequences that have implications for the development of appropriate facilities for these 'young' families.

dat deze laatste te zwaar belast zou worden door de zorg voor de partner, naast de zorg voor het gezin, werk en andere verantwoordelijkheden.

Ten tweede bleek dat de kinderen op verschillende manieren met de ziekte omgingen. Vooral in het begin van de ziekte vertoonden enkele kinderen vermijdingsgedrag omdat ze niet wisten hoe ze moesten omgaan met de ziekte en de veranderingen die deze met zich meebracht. Andere kinderen hadden daarentegen een adaptieve manier om met de ziekte om te gaan. Ze hielden rekening met de behoeften van hun ouders en probeerden hen zo veel mogelijk te ondersteunen.

Ten derde hadden de kinderen behoefte aan zorg en ondersteuning. De meeste kinderen hielden professionele begeleiding in eerste instantie af, maar sommige kinderen gaven aan dat ze praktische hulp zouden willen krijgen om bijvoorbeeld met het veranderende gedrag van hun ouder te kunnen omgaan. Deze informatie kregen ze het liefst van een bekende hulpverlener, zodat ze zich op hun gemak zouden voelen. Daarnaast hadden kinderen behoefte aan meer informatie over de ziekte. Door een gebrek aan informatie moesten de kinderen zelf op zoek, waarbij de gevonden informatie soms confronterend was of niet specifiek genoeg voor de eigen situatie.

CONCLUSIE

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat dementie op jongere leeftijd gekenmerkt wordt door specifieke consequenties en belangrijke implicaties heeft voor het ontwikkelen van passende voorzieningen voor deze jonge gezinnen. Dit begint al bij de noodzaak van het stellen van een juiste diagnose, die het gezinsleden mogelijk maakt de problemen en het verdriet een plek te geven en tijdig hulp te zoeken. Uit dit onderzoek blijkt ook dat er sprake is van hoge percentages onvervulde zorgbehoeften bij jonge mensen met dementie, bijvoorbeeld op het gebied van de dagbesteding en sociale contacten. Deze bevinding stemt overeen met de constatering van andere auteurs dat bestaande hulp, en in het bijzonder reguliere dementievoorzieningen, maar moeilijk in de behoeften van deze jonge mensen lijkt te kunnen voorzien.¹¹ Daarnaast zien we belangrijke verschillen tussen jonge mensen met dementie en hun mantelzorgers in hun perceptie van onvervulde zorgbehoeften. Het is daarom belangrijk om bij het vaststellen van deze behoeften de personen met dementie zelf niet te vergeten. Zo bleek uit ons onderzoek onder meer dat er bij hen een belangrijke onvervulde behoefte bestond aan informatie over de dementie en zorgmogelijkheden, die door de mantelzorgers niet werd opgemerkt.

De dubbele belasting van mantelzorgers die in dit onder-

zoek zichtbaar werd, waarbij zij de zorg voor de partner moeten combineren met een baan en andere verantwoordelijkheden, zou de hoge stressniveaus bij jonge mantelzorgers wel eens mede kunnen verklaren.¹² Ook de kinderen in ons onderzoek maakten zich zorgen over zowel de ouder met dementie als de gezonde ouder. Een meer gezinsgeoriënteerde benadering in de zorg zou de mogelijkheden om deze gezinnen beter te ondersteunen vergroten, zeker ook omdat kinderen terughoudend zijn in het zoeken naar hulp voor zichzelf. Ook is het belangrijk dat de kinderen een vertrouwensband kunnen vormen met een hulpverlener, om de drempel voor het vragen om hulp te verlagen. Een casemanager met specifieke kennis van dementie op jonge leeftijd zou hierin een belangrijke rol kunnen spelen. Deze kan samen met de gezinsleden kijken naar de behoeften van de verschillende gezinsleden, de mogelijkheden die zij zelf hebben om hun probleem op te lossen en waar en wanneer de inzet van professionele hulp, zoals gerichte informatie, respijtzorg of psychosociale ondersteuning, het meest passend is. Gespecialiseerde voorzieningen voor deze jonge gezinnen lijken het meest kansrijk om aan de zorgbehoeften van de individuele gezinsleden te voldoen. Het is dus belangrijk om de geografische spreiding van instellingen met een specifiek zorgaanbod voor deze doelgroep te vergroten, omdat deze voorzieningen op dit moment nog maar beperkt beschikbaar zijn. ■

LITERATUUR

- 1 World Health Organization. Dementia: a public health priority. Genève: World Health Organization, 2012.
- 2 Sampson E, Warren J, Rossor M. Young onset dementia. *Postgraduate Med J* 2004;80:125-39.
- 3 Van Vliet D, De Vugt ME, Bakker C, Koopmans RT, Pijnenburg YA, Vernooij-Dassen MJ, Verhey FR. Caregivers' perspectives on the pre-diagnostic period in early onset dementia: a long and winding road. *Int Psychogeriatr* 2011;9:1393-404.
- 4 Harris P, Keady J. Living with early onset dementia: exploring the experience and developing evidence-based guidelines for practice. *Alzheimer Care Q* 2004;5:111-22.
- 5 Werner P, Stein-Shvachman I, Korczyn AD. Early onset dementia: clinical and social aspects. *Int Psychogeriatr* 2009;21:631-6.
- 6 Gaugler JE, Kane RL, Kane RA, Newcomer R. Unmet care needs and key outcomes in dementia. *J Am Geriatrics Soc* 2005;53:2098-105.
- 7 Gelman CR, Greer C. Young children in early-onset Alzheimer's disease families: research gaps and emerging service needs. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2011;26:2935.
- 8 Van Vliet D, De Vugt ME. Diagnosetraject bij dementie op jonge leeftijd. *Huisarts Wet* 2014;57:630-2.
- 9 Van der Roest HG, Meiland FJ, Van Hout HP, Jonker C, Dröes RM. Validity and reliability of the Dutch version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly in community-dwelling people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2008;20:1273-90.
- 10 Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Advanced Nurs* 2008;62:107-15.
- 11 Luscombe G, Brodaty H, Freeth S. Younger people with dementia: diagnostic issues, effects on carers and use of services. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:323-30.
- 12 Freyne A, Kidd N, Coen R, Lawlor BA. Burden in carers of dementia patients: higher levels in carers of younger sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14:784-8.

Wie zorgt er voor de huisarts?

In de regel is een huisarts tevreden met het huisarts-zijn. Het biedt voldoening en plezier, en het is vaak meer dan een baan. Het is een identiteit. Toch hoor je steeds vaker: 'Hoe lang houd ik dit nog vol? Wil ik dit nog wel?' De huisarts heeft het druk en staat onder druk. De vele veranderingen in financiering en organisatie zijn daar debet aan, maar meer nog de toegenomen emotionele impact van het vak. Die emotionele last is te verlichten, en werkplezier en kwaliteit zijn te verhogen, want er is een effectieve aanpak: intervisie, balint-methode, goede coaching.

De huisartsgeneeskunde in Nederland staat op een ongekend hoog niveau. De pas afgestudeerde huisarts is goed opgeleid, communicatief, bereid tot samenwerking en – net als voorheen – sterk gemotiveerd. Als je huisartsen vraagt waaraan ze het meeste belang hechten als indicator voor de kwaliteit, zeggen zij vaak: het plezier in mijn werk. Dit kwam naar voren tijdens de Wintercursus 2010 van DOKh (<http://www.dokh.nl>), in een enquête onder veertig huisartsen die konden kiezen uit veertien kwaliteitsindicatoren, waaronder organisatie van de praktijk, resultaten van praktijkaccreditering, beloning, goede samenwerking in een team, prestatie-indicatoren of waardering van de patiënt.

WAARDOOR NEEMT WERKPLEZIER AF?

De afgelopen tien jaar hebben grote veranderingen gebracht. Er zijn veel ambities benoemd en gerealiseerd: er kwamen huisartsenposten; er was meer samenwerking met elkaar en met andere partijen; er waren meer parttime werkende huisartsen; er waren meer patiënten die goed geïnformeerd het spreekuur bezoeken; er kwamen praktijkondersteuners. Er werd meer gedaan aan kwaliteitsverbetering door middel van spiegelinformatie, accreditering en visitatie, en meer geprotocolleerd werken, vooral in de chronische zorg. Maar ook het coderen en administreren, de werkgevers- en management-taken, namen toe.

De overheid en de Inspectie voor de gezondheidszorg willen almaar meer bepalen en controleren, en velen ervaren dit als bedreigend. Een voorbeeld is de zaak-Tuitjenhorn.

De toenemende bureaucratie eist haar tol en doet een zware aanslag op het werkplezier. Zorgverzekeraars hebben hierin het voortouw genomen en stuwten de bureaucratie met hun hang naar controle onnodig op. Kortom, huisartsen hebben veel zorgen, variërend van: 'Is dit wel mogelijk allemaal?' tot: 'Blijven de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde intact?'

Een huisarts onderzoekt een 19-jarig meisje. Zij is eerder in behandeling geweest voor een schimmelinfectie aan haar teen, die na onderzoek door huisarts en dermatoloog kanker bleek te zijn. Het behandelvoorstel is amputatie van de voet. Nu komt ze op het spreekuur omdat ze een bultje ontdekt in de lies. De huisarts onderzoekt, voelt wat hij vreest (een uitzaaiing) en weet: in haar leven zal zich een tragedie ontrollen. Dat is een loodzwaar gevoel, dat hij op dat moment niet kan delen. Wat te zeggen? Wat niet te zeggen? Dus de huisarts regelt wat geregeld moet worden en vervolgt het spreekuur. De eigen gevoelens worden weggezet, geparkeerd. Maar waar blijven die?

HOE KUN JE PLEZIER IN JE WERK HOUDEN?

Het huisartsenwerk vraagt om voortdurende zorg voor de eigen emoties. Niet pas als de 'parkeerplaats' vol is en je afvraagt of dit nog is vol te houden, want dan is het plezier al ver te zoeken. Het is belangrijk de werkelijke zwaarte van het werk te erkennen. Bij coaching en behandeling van burn-out blijken de volgende thema's belangrijk, in theorie en in de praktijk: zelf de regie voeren, afwisseling in het werk, waardering krijgen en geven, zingeving en vooral: zorg voor de huisarts zelf.

Regie

Is de huisarts nog baas over eigen werk? Steeds minder. Met de marktwerking is ook de macht van de verzekeraars, gesteund door de overheid, toegenomen zonder dat daar macht van de huisarts tegenover staat. Er mag niet onderhandeld worden. Patiënt en verzekeraar hebben de macht; zij stellen de eisen. De regie houden in het consult – in balans met de patiënt – vergt flexibiliteit. De regie houden over het personeel kan een uitdaging zijn die een huisarts liever uit de weg gaat. Voorheen had de huisarts een sterke, alom erkende autonomie en was er respect voor diens positie. Het zich eigen maken van een nieuw soort regie is de nieuwe uitdaging.

Afwisseling

Sommige huisartsen kampen met een gevoel van sleur. Ze ervaren geen uitdaging meer, ze 'weten het nu wel'. Waarvoor komt dat? Maar vooral: kan dat anders? De eerste stappen zijn: weer nieuwsgierig worden, beseffen dat verandering mogelijk is. Valt er een interesse te verdiepen, binnen of buiten het vakgebied? Het zou de grote belangstelling voor kaderopleidingen kunnen verklaren.

Waardering

In de eerste plaats is er de waardering voor jezelf en je collega's. Zonder een positieve cultuur in het team wordt elk meningsverschil een conflict. Elkaar complimenteren is niet vanzelfsprekend, maar het kan een stroef draaiend team wel enorme energie geven.

In de tweede plaats is er maatschappelijke waardering. Horen huisartsen die gewoon te krijgen of kunnen we die ook

zoeken? Het heeft er alle schijn van dat alleen probleemsituaties de publiciteit halen. Huisartsen moeten veel duidelijker maken hoe complex het werk is geworden door alle veranderingen, ook qua emotionele impact.

In de derde plaats is er de vergoeding die bij de zwaarte van het beroep past. Het baart ons zorgen dat kwaliteitsverbeteringen, die veel moeite kosten, aanvankelijk wel worden gefinancierd maar na enige jaren niet meer.

Zingeving

Problemen met zingeving hangen vaak samen met de verwachtingen waarmee de huisarts begon. Het streven de ander te helpen is bedoeld uiteindelijk min of meer te falen, waarna frustratie en het gevoel van tekortschieten op de loer liggen. Na een aantal jaren ontstaat machteloosheid of cynisme. Daar zicht op krijgen kan een belangrijk doel zijn bij coaching/intervisie. Hoe realistisch is het wat de huisarts wil bieden? In hoeverre faal je als dokter wanneer de patiënt vindt dat jij tekortschiet? In een veilige omgeving kan daarover (mee)gedacht worden.

ZORG VOOR DE HUISARTS

Wie zorgt er voor de huisarts? Doe je dat zelf? Of verwacht je dat van een ander, van een collega, partner, vrienden? Het is opmerkelijk dat de huisarts zorgt voor anderen, maar vaak tekortschiet in de zorg voor zichzelf. De aandacht voor anderen moet in balans zijn met de aandacht voor jezelf. En de setting dient zodanig te zijn dat de zorg voor elkaar expliciet en transparant is. Dat hoort bij samenwerking.

Coaching, supervisie en interventie zijn methoden om op deze vijf thema's persoonlijk in te gaan en het plezier te her vinden. Coaches zijn te vinden via www.coachesvoormedici.nl. Veel huisartsen nemen deel aan interventiegroepen waarvan de samenstelling, het niveau en de methoden verschillen. Intervisie onder begeleiding heeft meestal een beter resultaat. Een van die methoden is de balintmethode.

Balintmethode

De balintmethode is in de jaren vijftig geïntroduceerd door Michael Balint, een Hongaarse psychiater-psychoanalyticus die samenwerkte met huisartsen in Londen. Hij merkte dat de huisartsen problemen ondervonden met patiënten die te maken hadden met overdracht en tegenoverdracht. Doel is zelfonderzoek en ontwikkeling van het gevoelsleven. Een

balintgroep wordt begeleid door een psychoanalytisch geschoolde hulpverlener, meestal een psychiater of psychotherapeut. Er zijn in Nederland 45 geregistreerde groepen (zie www.balintnederland.nl). Een balintgroep helpt door ruimte te creëren voor de huisarts en zijn persoonlijke ervaring, door steun te bieden en door het inbrengen van de eigen associaties van de groepsleden. Deze associaties zijn ongeacht de inhoud verbonden aan de problematiek van de inbrenger. Dergelijke groepen functioneren vaak langdurig. De deelnemers ervaren een hechte band.

Het begrip 'overdracht' staat voor het totaal van gevoelens dat de patiënt ervaart ten opzichte van de huisarts (bijvoorbeeld moederlijk, straffend, eisend, vleidend). Soms zijn deze gevoelens sterk aanwezig; de meeste huisartsen herkennen voorbeelden direct. Een sterke overdracht is meer gerelateerd aan de persoon van de patiënt dan aan de actuele situatie tijdens het spreekuur. Door de eigen gevoelens van 'tegenoverdracht' te begrijpen, kan de huisarts een beeld krijgen van deze overdracht en zo van de verwachtingen en de valkuilen. Bij de balintmethode wordt getracht tegenoverdracht te begrijpen in wat die zegt over de patiënt en diens onbewuste verwachtingen. En tegenoverdracht zegt altijd iets over de huisarts zelf.

'Mevrouw W. is als altijd beleefd, zorgvuldig en monter. Ze zal nooit vergeten te vragen hoe het met mij gaat. Toch geeft mij dit een ongemakkelijk gevoel. Ik mag tegenover haar niet tekortschieten.' In de balintgroep kun je onderzoeken wat een patiënt als mevrouw W. met je doet, in welke positie ze je onbewust neerzet. Je wilt je vrijer voelen, de groepsleden geven hun indrukken weer. Daarmee spiegelen ze verschillende aspecten om samen te proberen het beeld compleet te maken. Daarbij kunnen ook de deels onbewuste wensen en impulsen van de huisarts zichtbaar worden. Je leert elkaar goed kennen en de acceptatie van de anderen maakt het gemakkelijker om eigen zwaktes te zien en te accepteren. Er ontstaat meer ruimte en plezier!

CONCLUSIE

Door de complexe veranderingen in het huisartsenvak is een situatie ontstaan die zorgelijk is. Het omgaan met de emotionele impact van het dagelijkse werk vergt meer dan de klassieke aanpak van 'diep ademhalen en doorgaan'. Nieuwe paradigma's zijn nodig. Coaching kan daarbij een pre zijn. Intervisie – bij voorkeur begeleid – is voor elke huisarts wenselijk. De balintmethode is een van de mogelijkheden. ■

Louwrens Boomsma, Bella Drost, Inger Larsen, Han Luijckx, Gert-Jan Meerkkerk, Nynke Valken, Monique Verduijn, Jako Burgers, Gerda van der Wee, Martijn Sijbom

Belangrijkste wijzigingen

- De standaard is uitgebreid met specifieke aanbevelingen voor jongeren met problematisch alcoholgebruik en het beleid bij een acute alcoholintoxicatie.
- De aanbeveling om de *Five shot*-vragenlijst te gebruiken om een indruk te krijgen over de mate van alcoholgebruik is komen te vervallen, omdat deze geen meerwaarde heeft boven een gerichte anamnese naar het gebruik van alcohol.
- De standaard geeft nu ook aanbevelingen over e-mental health.
- De termen alcoholmisbruik en -afhankelijkheid zijn komen te vervallen en vervangen door de term stoornissen in het gebruik van alcohol.

Kernboodschappen

- Problemen met alcohol manifesteren zich in de dagelijkse praktijk vooral door indirecte signalen.
- Vraag naar het gebruik van alcohol bij elke patiënt met niet direct te verklaren klachten.
- Behandeling is effectiever naarmate de problematiek in een eerder stadium wordt herkend.
- De huisarts kan in het algemeen patiënten met problematisch alcoholgebruik zelf behandelen.
- Kortdurende interventies door de huisarts en praktijkondersteuner zijn effectief in het verminderen van alcoholgebruik.
- Bij de medicamenteuze behandeling van onthoudingsverschijnselen is, naast chloordiazepoxide, lorazepam als middel van eerste keuze toegevoegd.

INLEIDING

De NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik geeft de huisarts richtlijnen

voor het herkennen van, de diagnostiek en het beleid bij patiënten met problematisch alcoholgebruik. De standaard richt zich op de preventie van somatische, psychologische en sociale problemen door het gebruik van alcohol door vroegtijdige herkenning en behandeling van problematisch alcoholgebruik.

Bij herziening van de standaard is gekozen om de termen 'alcoholmisbruik' en 'alcoholafhankelijkheid' te vervangen door 'stoornissen in het gebruik van alcohol'. Hiermee sluit de standaard aan op de gehanteerde terminologie in de LESA Stoornissen in het gebruik van alcohol, de DSM-5 en de multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol.¹

De standaard maakt onderscheid tussen jongeren en volwassenen met problematisch alcoholgebruik. Bij jongeren bestaat het problematisch alcoholgebruik doorgaans korter en zijn het drinkpatroon (voornamelijk 'binge'-drinken) en de instandhoudende factoren (bijvoorbeeld groepsdruk) anders dan bij volwassenen. Vanwege een toename van de incidentie van acute alcoholintoxicaties besteedt de standaard hier ook expliciet aandacht aan.²

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Problematisch alcoholgebruik is het drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke

klachten en/of psychische of sociale problemen en dat verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt. De geconsumeerde hoeveelheid alcohol is niet leidend voor de diagnose.

Een stoornis in het gebruik van alcohol is problematisch alcoholgebruik waarbij wordt voldaan aan de DSM-5-criteria stoornissen in het gebruik van alcohol [tabel 1].³

'Binge'-drinken is het drinken van grote hoeveelheden alcohol in een kort aaneengesloten tijdsbestek afgewisseld met perioden zonder alcoholgebruik.⁴ Voor mannen is de grenswaarde vijf eenheden en voor vrouwen vier eenheden tijdens één enkele gelegenheid.

Een *eenheid alcohol* is de term voor één glas alcoholhoudende drank en bevat ongeveer 10 gram alcohol. Bij het gebruik van standaardglazen bevat één glas bier, wijn of sterke drank evenveel alcohol.

De term *jongeren* in deze standaard beslaat grofweg de leeftijdscategorie 12 tot 20 jaar.

Alcoholintoxicatie treedt op als gevolg van overmatig alcoholgebruik in een kort tijdsbestek waarbij de symptomen dosisafhankelijk zijn en kunnen bestaan uit spreekdrang, uitgelaten stemming, desoriëntatie, oordeel- en kritiekstoornissen, labiele stemming, seksuele en/of agressieve ontremming,

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

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

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 werkaafspraken 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.

Boomsma LJ, Drost IM, Larsen IM, Luijckx JJHM, Meerkkerk GJ, Valken N, Verduijn M, Burgers JS, Van der Wee GM, Sijbom M. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening). Huisarts Wet 2014;57(12):638-46.

Deze standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie: Meerkkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher PJ, Njoo K, Boomsma LJ. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (tweede herziening). Huisarts Wet 2005;48:284-95.

Tabel 1 DSM-5-criteria Stoornissen in het gebruik van alcohol

Een stoornis in het gebruik van alcohol is een problematisch patroon van alcoholgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit minstens twee van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:

- Alcohol wordt vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
- Er is een persistente wens of er zijn vergeefse pogingen om het alcoholgebruik te minderen of in de hand te houden.
- Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan alcohol te komen, alcohol te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
- Hunkering, sterke wens of drang tot alcoholgebruik.
- Recidiverend alcoholgebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
- Aanhoudend alcoholgebruik ondanks persistente of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van alcohol.
- Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het alcoholgebruik.
- Recidiverend alcoholgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
- Het alcoholgebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persistent of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de alcohol.
- Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken:
 - Behoeftte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid alcohol om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken.
 - Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid alcohol.
- Onthoudingsverschijnselen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
 - Het kenmerkende onthoudingssyndroom van alcohol.
 - Alcohol wordt gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

spraakstoornis (dysartrie) en waggelgang (ataxie). In ernstige gevallen kan het leiden tot stupor, coma en ademhalingsdepressie.⁵

Het *alcoholonthoudingssyndroom* wordt veroorzaakt door het staken of het minderen van langdurig overmatig alcoholgebruik.^{5,6}

- Lichte onthoudingsverschijnselen, zoals slapeloosheid en prikkelbaarheid, duren hooguit enkele dagen.
- Matig ernstige onthoudingsverschijnselen kunnen bestaan uit slapeloosheid, misselijkheid, braken, overactiviteit, tachycardie, koorts, zweten, lichtschiuwheid, hoofdpijn, angst, verhoogde prikkelbaarheid of tremoren en leiden tot duidelijke stress of vermindering in het functioneren op sociaal niveau, werk of ander gebied. De verschijnselen zijn het hevigst van de tweede tot de vierde dag van onthouding. Daarna treedt verbetering op, maar de verschijnselen kunnen in meer of mindere mate wel drie tot zes maanden aanhouden.
- Ernstige onthoudingsverschijnselen zijn hallucinaties, insulpen en delier. Een insult treedt vaak binnen 48 uur op en een delier na 3 tot 5 dagen. Bij een delier door alcoholonthouding is het klinische beeld niet goed te onderscheiden van een delier door andere oorzaken (zie de NHG-Standaard Delier).

Epidemiologie

Een normpraktijk (circa 2150 patiënten)

telt circa 100 tot 150 patiënten met *problematisch alcoholgebruik*, van wie slechts een minderheid als zodanig bij de huis-

arts bekend is.⁷ Een deel van de patiënten met problematisch alcoholgebruik consulteert de huisarts frequent, vaak

Abstract

Boomsma LJ, Drost IM, Larsen IM, Luijkx JHM, Meerkkerk GJ, Valken N, Verduijn M, Burgers JS, Van der Weele GM, Sijbom M. Dutch College of General Practitioners' guideline Problem drinking (third revision). *Huisarts Wet* 2014;57(12):638-46.

Introduction The Dutch College of General Practitioners' guideline "Problem drinking" provides recommendations for general practitioners about how to recognize and manage problem drinking, including withdrawal symptoms and acute alcohol intoxication. Problem drinking is defined as a drinking pattern that leads to physical symptoms and/or mental health or social problems and hinders the adequate management of existing problems. The amount of alcohol consumed is not the main criterion. *Alcohol use disorder* is diagnosed when problem drinking meets the DSM-5 criteria for this disorder. *Acute alcohol withdrawal syndrome* can occur when an individual acutely stops or significantly reduces his/her alcohol consumption after prolonged use. Symptoms range from insomnia and irritability to tachycardia, fever, anxiety, and seizures. The guideline distinguishes between problem drinking in adolescents and adults because of several typical differences: adolescents usually have a shorter history of drinking, and more often have a pattern of *binge drinking* and several specific factors that influence the continued use of alcohol (such as peer pressure). The guideline also pays specific attention to acute alcohol intoxication, because of the increased incidence of this problem in the Netherlands.

Diagnosis The GP should ask patients about their alcohol use whenever there are problems for which there is no direct explanation, because problem drinking often presents with indirect signs. If problem drinking is suspected, the GP should enquire about the frequency of drinking, the amount of alcohol consumed, and explore the role of alcohol in the patient's life using the principles of motivational interviewing. The guideline provides a number of questions that can be used for this purpose. The GP should check whether the patient fulfils the DSM-5 criteria for alcohol use disorder. In cases of acute alcohol intoxication, physical examination and further investigations should focus on complications, such as diminished consciousness, shock, respiratory depression, hypothermia, and hypoglycaemia.

Treatment Treatment consists of education, coaching, and psychosocial support, to diminish problem drinking and its consequences, and thiamine supplementation. In the case of moderate-to-severe withdrawal symptoms, lorazepam or chlordiazepoxide is indicated to prevent seizures. Acute alcohol intoxication without complications should be managed with close observation and appropriate after care.

Referral Referral to a centre for alcohol addiction is indicated if the patient requires more support than the GP can provide; for example, for patients with severe drinking problems, severe psychiatric problems, self-neglect, or an increased risk of Wernicke encephalopathy. Admission to an addiction treatment centre is indicated in the case of severe withdrawal symptoms that are not sufficiently suppressed by medication or if these symptoms occur or can be expected in patients with a poor physical condition. When complications of acute alcohol intoxication occur, immediate referral to a hospital is indicated.

zonder duidelijke hulpvraag of zonder dat een duidelijke diagnose kan worden gesteld, terwijl anderen de huisarts juist vermijden.

De incidentie van een *acute alcoholintoxicatie* in de huisartsenpraktijk (ICPC-code P16) is in de leeftijdscategorie van 12 tot 17 jaar het hoogst, voor jongens en meisjes respectievelijk 1,9 en 1,0 per 1000 patiënten per jaar.⁷

De prevalentie in de algemene bevolking van een *stoornis in het gebruik van alcohol* is circa 4%, met een man-vrouw-verhouding van 3 op 1.⁸

Pathofysiologie

Eén van de oorzaken voor problematisch alcoholgebruik is een in aanleg verhoogde kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van een stoornis in het gebruik van alcohol of andere middelen.⁹ De aanwezige kwetsbaarheid kan zich ontwikkelen tot een stoornis door diverse factoren, zoals negatieve *life events*, de beschikbaarheid van alcohol, alcoholintoxicatie op (relatief) jonge leeftijd en de omgang met alcohol in de familie en door vrienden. Belangrijke risicofactoren voor een stoornis in het gebruik van alcohol zijn mannelijk geslacht, psychosociale problemen, positieve familieanamnese en een doorgemaakte ingrijpende negatieve levensgebeurtenis.¹⁰

Een stoornis in het gebruik van alcohol begint bij tweederde van de patiënten voor het 25^e jaar. Bij deze leeftijdsgroep is het beloop vaker recidiverend of chronisch. Ook is er vaker sprake van psychiatrische comorbiditeit en is de prognose slechter dan bij oudere leeftijdscategorieën.¹⁰

De opname van alcohol in het bloed vertoont binnen een individu een variatie van 10%, afhankelijk van de vullingstoestand van de maag, het extracellulair volume en daarmee samenhangend geslacht en leeftijd.¹¹ Het lichaam breekt 10 gram alcohol (1 eenheid) af in ongeveer anderhalf uur.

Bij ouderen geeft alcoholgebruik een verhoogde kans op schadelijke effecten in vergelijking met volwassenen.¹² Op hogere leeftijd wordt alcohol slechter verdragen door afname van

het extracellulair volume, een relatieve toename van lichaamsvet en een verminderde nier- en leverfunctie. Daarnaast kunnen ouderen en patiënten met chronische (psychische) comorbiditeit vanwege alcohol-geneesmiddeleninteracties meer dan gemiddeld schade ondervinden door alcoholgebruik.¹³

Bij zwangeren en bij het geven van borstvoeding wordt ieder gebruik van alcohol ontraden vanwege het risico op beschadiging van de vrucht (de zogenoemde nulnorm, zie de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode).

Alcoholgebruik bij jongeren

De puberteit en adolescentie zijn kritische periodes voor de ontwikkeling van de hersenen, waarop het gebruik van alcohol, vooral 'binge'-drinken, een direct nadelig effect lijkt te hebben.¹⁴ Jongeren die regelmatig overmatig alcohol gebruiken presteren in het dagelijkse leven minder wat betreft geheugen, aandacht, de snelheid waarmee ze informatie verwerken en uitvoerende functies dan jongeren die geen alcohol gebruiken. Het is niet duidelijk of het effect van alcohol op de hersenen van jongeren volledig reversibel is. Daarnaast zijn jongeren gevoeliger voor het ontwikkelen van alcoholgerelateerde stoornissen dan volwassenen. Er zijn aanwijzingen dat hoe jonger iemand begint met het gebruik van alcohol, hoe groter de kans is op een stoornis in het gebruik van alcohol op volwassen leeftijd.^{14,15}

Jongeren reageren anders op alcoholgebruik dan volwassenen. Het intoxicerende effect wordt pas na enige tijd bemerkt, waarbij het gevaar bestaat dat jongeren door blijven drinken tot zij worden overvallen door een acute alcoholintoxicatie. Naast alcohol gebruiken jongeren soms gelijktijdig andere middelen zoals cannabis, XTC en cocaïne. Dit geeft een verhoogd risico op een gecompliceerde alcoholintoxicatie, zie verder [kader Richtlijnen acute alcoholintoxicatie].

De voorlichting aan jongeren en de ouders of verzorgers is gericht op het uitstellen van de beginleeftijd en beperking van alcoholgebruik. Veel-

vuldige en open communicatie, met duidelijke regels van ouders over alcoholgebruik (zoals geen gebruik of een beperkt gebruik van alcohol), waarbij de ouders zich hun voorbeeldfunctie realiseren, verkleint de kans op alcoholgerelateerde problemen.¹⁵

Schadelijke gevolgen

Problematisch alcoholgebruik kan leiden tot psychosociale en maatschappelijke problemen zoals scheiding, geweld in het gezin, kindermishandeling, problemen op het werk en school, overlast, verkeersongevallen en overtredingen/misdrijven. In 2011 waren de kosten van problematisch alcoholgebruik voor de Nederlandse maatschappij naar schatting 3,7 miljard euro. Hieronder vallen de kosten voor verslavings- en gezondheidszorg en kosten door productiviteitsverlies en misdrijven.¹⁶

De somatische gevolgen van problematisch alcoholgebruik kunnen zijn:¹⁷

- overgewicht door hoog calorisch intake, maar ook ondergewicht en vitaminedeficiënties door een insufficiënt dieet;
- letsels door ongevallen zowel in het verkeer als thuis;
- maligniteiten, vooral in de mondkeelholte; ook het risico op borstkanaker is verhoogd;
- gastro-intestinale problemen: slijmvliesbeschadiging in maag en duodenum, leverbeschadiging en pancreatitis;
- hart- en vaatziekten: hypertensie, CVA, coronairlijden en hartritme-stoornissen;
- neurologische problemen door een thiaminedeficiëntie (vitamine B1): polyneuropathie, Wernicke-encefalopathie (necrose met inflammatoire reactie in de hersenen, gevolgd door atrofie) en het syndroom van Korsakov;¹⁸
- urogenitale problemen: seksuele problemen, verminderde fertiliteit van de man;
- huidafwijkingen: spider naevi, erythema palmare en rood gezicht.

Bij ouderen is de huisarts ook alert op symptomen en gevolgen die minder ge-

makkelijk in verband gebracht worden met (overmatig) alcoholgebruik, zoals valpartijen, verwardheid, depressie en euforie.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Bij de anamnese worden de volgende onderdelen onderscheiden:

- signalering;
- exploratie alcoholgebruik;
- nagaan functie alcoholgebruik en inschatting ernst;
- nagaan motivatie voor (hulp bij) verandering van het drinkgedrag.

Signalering

De patiënt presenteert zich soms met verzoek voor hulp bij het verminderen van alcoholgebruik of met directe signalen zoals een alcoholfoetor, alcohol-intoxicatie of melding door derden van alcoholgebruik. Ook kunnen patiënten zich op het spreekuur melden naar aanleiding van de uitslag van een zelftest over het gebruik van alcohol (zie www.thuisarts.nl en www.trimbos.nl, zoekterm 'alcohol' voor overzicht zelftesten).¹⁹ Meestal gaat het echter om indirecte signalen. De huisarts overweegt het bestaan van problematisch alcoholgebruik bij de volgende signalen:^{17,20}

- veelvuldig spreekuurbezoek en een wisselend, onduidelijk klachtenpatroon of onverklaarbare somatische klachten, zoals moeheid, malaise, tremoren, palpitations of overmatig transpireren;
- maag-darmproblematiek, zoals refluxklachten, gastritis, diarree, pancreatitis, hepatitis, levercirrose of ascites;
- psychosociale problemen (op het werk of thuis), vooral in combinatie met slapeloosheid, frequent gebruik van en verzoek om tranquillizers en hypnotica;
- psychische aandoeningen zoals angststoornissen, depressie of ADHD;
- collaps, black-outs, regelmatige ongevallen of fracturen;
- seksuele problemen;
- aanwijzingen voor huiselijk geweld;
- spider naevi of een erythemateus en oedemateus gezicht;

- afwijkende laboratoriumwaarden, zie paragraaf *Aanvullend onderzoek*.

Bij jongeren is de huisarts ook alert op het bestaan van problematisch alcoholgebruik bij:²¹

- gedragsproblemen en -veranderingen (interesseverlies, verslechteren van de schoolprestaties, spijbelen);
- risicovol gedrag zoals cannabisgebruik en ander drugsgebruik;²²
- risicovol seksueel gedrag, soa's, ongewenste zwangerschappen;
- contacten met de politie;
- gescheiden ouders, gezinsproblemen, ouders met problematisch alcoholgebruik.

Exploratie alcoholgebruik

Als er aanwijzingen zijn dat alcohol een rol speelt bij de gepresenteerde klachten, vraagt de huisarts of de patiënt alcohol gebruikt. Bij alcoholgebruik legt de huisarts uit dat de klachten hierbij kunnen passen en geeft aan hier graag verder op te willen ingaan. Indien de patiënt hiermee instemt, exploreert de huisarts op een niet-veroordelende wijze het alcoholgebruik door te vragen naar:

- de frequentie van alcoholgebruik: 'Hoe vaak drinkt u alcohol per week?'
- de gemiddelde hoeveelheid (per dag, per week, per keer, 'binge'-drinken) of de hoeveelheid in de voorafgaande week met een inventarisatie van het gebruik in de loop van de dag, op het werk, bij het eten en 's avonds.

Nagaan functie alcohol en inschatting ernst

Voor het nagaan van de functie van alcohol in het leven van de patiënt kan de huisarts tijdens het gesprek met de patiënt gebruikmaken van de principes van motiverende gespreksvoering.²³ Dit biedt de huisarts een handvat om samen met de patiënt de voordelen van het drinken te verkennen, deze af te zetten tegen de nadelen en de risicosituaties met de patiënt door te nemen.²⁴

De huisarts gaat na welke functie alcohol speelt in het leven van de patiënt, wat het alcoholgebruik in stand houdt en of de patiënt voldoet aan de

DSM-5-criteria voor een stoornis in het gebruik van alcohol zoals beschreven in [tabel 1].^{25,26}

De huisarts kan daartoe het volgende vragen:

- 'Kunt u een situatie beschrijven waarin u drinkt? Drinkt u dan meer dan u oorspronkelijk van plan was? Gaat u steeds meer drinken om het zelfde effect te bereiken? Drinkt u wel eens alcohol als u alleen bent?'
- 'Wat gebeurt er als u een periode geen alcohol gebruikt?'
- 'Hebt u regelmatig een sterke wens om alcohol te gebruiken?'
- 'Welke gevoelens en ideeën heeft u over uw alcoholgebruik? Drinkt u bewust (bijvoorbeeld om in te slapen), is het een gewoonte, drinkt u om te ontspannen of om zich beter te voelen? Heeft u over uw alcoholgebruik nagedacht en was u er wel eens bezorgd over?'
- 'Heeft u wel eens gedacht dat bepaalde klachten of problemen kunnen samenhangen met alcoholgebruik? Zo ja, heeft u hierop uw alcoholgebruik aangepast? Zo nee, wat is de reden hiervoor?'
- 'Heeft u wel eens overwogen om te minderen dan wel te stoppen met het alcoholgebruik? Heeft u dat wel eens geprobeerd? Waarom probeerde u dat en hoe verliep dat?'
- 'Vermijdt u door uw alcoholgebruik wel eens bepaalde situaties of bezigheden (sociaal of beroepsmatig)?'
- 'Bent u wel eens door uw alcoholgebruik in de problemen dan wel in gevaar (school, thuis, verkeer, werk, justitie) gekomen? Zo ja, in welke mate en heeft u hierop uw alcoholgebruik aangepast? Zo nee, wat is de reden dat u het alcoholgebruik niet hebt aangepast?'
- 'Welk deel van uw tijd besteedt u aan het drinken of aan het bijkomen van de effecten van alcohol? Heeft u wel eens de volgende dag last van onthoudingsverschijnselen? Drinkt u wel eens alcohol om de onthoudingsverschijnselen te verdrijven?'
- 'Krijgt u wel eens opmerkingen van familie en vrienden om minder te gaan gebruiken?'

Tabel 2 Verschillende stadia van gedragsverandering en motivatie worden onderscheiden, met daarbij passende acties van de huisarts:²⁸

- *Voor-bewustwording*: de patiënt is zich niet bewust van het problematisch alcoholgebruik en niet gemotiveerd te veranderen. De huisarts geeft voorlichting gericht op inzicht in en bewustwording van het probleem.
- *Bewustwording*: de patiënt kent de voor- en nadelen van zijn alcoholgebruik, maar is nog ambivalent over of niet gemotiveerd voor een gedragsverandering. De huisarts exploreert de voors en tegens om het gedrag te veranderen.
- *Voorbereiding*: de patiënt heeft het besluit tot gedragsverandering genomen, maar moet zich nog mentaal voorbereiden en de uitvoering plannen en vormgeven. De huisarts en patiënt stellen samen een behandelplan op.
- *Actie*: de patiënt verandert zijn alcoholgebruik. De huisarts ondersteunt de patiënt bij het uitvoeren van zijn behandelplan.
- *Volhouden*: na de gedragsverandering gaat het om het volhouden van het nieuwe gedrag. De huisarts ondersteunt dit door regelmatige controles en is daarbij alert op terugval.

- ‘Heeft u wel eens cannabis gerookt of iets anders gebruikt om *high* te worden of om u goed te voelen?’

De huisarts vraagt ook naar de houding en rol van de partner. Verder gaat de huisarts na of er aanwijzingen zijn voor psychosociale of psychiatrische problematiek zoals problemen in de relationele sfeer (bijvoorbeeld huiselijk geweld in het bijzonder kindermishandeling, zie de LESA Kindermishandeling), werkproblematiek, depressie of een angststoornis (zie de NHG-Standaarden Depressie en Angst).²⁷

Ook vraagt de huisarts naar:

- de duur van de problemen;
- beginleeftijd van het problematisch alcoholgebruik, in het bijzonder jonger dan 25 jaar;
- het sociale netwerk;
- (de aard van) een eventueel doorgemaakt life event.

De huisarts vraagt bij jongeren specifiek naar de aanwezigheid van risicofactoren op ernstig problematisch alcoholgebruik:

- ziekenhuisopname vanwege acute alcoholintoxicatie;
- ‘binge’-drinken, hoe vaak (elk week-end of sporadisch) en hoeveel glazen per keer;
- een doorgemaakt negatief life event en de mogelijke relatie met het alcoholgebruik;
- jonge beginleeftijd van alcoholgebruik (arbitrair 12 tot 14 jaar);
- relevante comorbiditeit zoals diabetes mellitus of psychische/psychiatrische problematiek;

- familiair voorkomen van problematisch alcoholgebruik.

Nagaan motivatie voor (hulp bij) verandering drinkgedrag

De huisarts gaat na of en in hoeverre de patiënt gemotiveerd is om zijn drinkgedrag te veranderen [tabel 2]. Als dat het geval is vraagt de huisarts: ‘Is dit iets waar u hulp voor zou willen hebben?’

Lichamelijk onderzoek

De huisarts meet bij (vermoeden van) problematisch alcoholgebruik de bloeddruk (kan verhoogd zijn), let op tekenen van ondervoeding (zie de LESA Ondervoeding) en verricht verder gericht lichamelijk onderzoek als daar aanleiding toe is.²⁹

Aanvullend onderzoek

De uitkomsten van het laboratoriumonderzoek (MCV, gamma-GT, ASAT, ALAT, urinezuur en het koolhydraatdeficiënt transferrine percentage (CDT%)) hebben geen toegevoegde waarde bij het vaststellen (van de ernst) van problematisch alcoholgebruik. De voorafkansen op een afwijkend laboratoriumonderzoek in de huisartsenpraktijk is laag. Routinematige bepaling hiervan wordt daarom niet aanbevolen. Indien deze parameters om een andere reden zijn bepaald, kan een afwijkende waarde wel een aanwijzing zijn voor problematisch alcoholgebruik en een aanleiding zijn om hiernaar te vragen. Uitleg over de oorzaak van een afwijkende uitslag kan gebruikt worden om de patiënt te motiveren het alcoholgebruik te minderen.³⁰ Thiaminebepaling

voorafgaand aan de thiaminesuppletie heeft geen toegevoegde waarde.³¹

Evaluatie

De huisarts stelt vast of er sprake is van *problematisch alcoholgebruik*. Als de patiënt voldoet aan de DSM-5-criteria voor een *stoornis in het gebruik van alcohol* [tabel 1], bepaalt het aantal criteria de ernst. Bij 6 of meer criteria is sprake van een ernstige stoornis, wat een indicatie is voor verwijzing naar een verslavingsinstelling (zie *Consultatie en verwijzing*).

Omdat het *alcoholgebruik bij jongeren* vaak niet voldoet aan de criteria voor een stoornis in het gebruik van alcohol, schat de huisarts de ernst van het problematisch alcoholgebruik bij jongeren in aan de hand van de risicofactoren zoals beschreven in de diagnostiekparagraaf *Nagaan functie alcohol en inschatting ernst*.

Bij *onthoudingsverschijnselen*, waarbij ook is nagegaan of er (ook) sprake is van andere stoffen dan alcohol, maakt de huisarts onderscheid tussen lichte, matig ernstige en ernstige onthoudingsverschijnselen (zie *Begrippen*).

RICHTLIJNEN BELEID

Problematisch alcoholgebruik is vaak onderdeel van brede complexe psychosociale problematiek. Bijkomende of achterliggende psychosociale problematiek, de motivatie van de patiënt, de ervaring met en uitkomsten van eerdere pogingen om problematisch alcoholgebruik aan te pakken en de ernst van eventuele schadelijke gevolgen van het alcoholgebruik bepalen het beleid.

De eigen verantwoordelijkheid, de wensen en de motivatie van de patiënt zijn het uitgangspunt van de behandeling, waarbij de huisarts zich realiseert dat de motivatie voor gedragsverandering vaak niet constant is, dat gedragsverandering niet wordt bevorderd door de patiënt onder druk te zetten en juist kan toenemen door een motiverende houding van de arts. Als de patiënt ervoor kiest zijn alcoholgebruik nu niet te minderen, geeft de huisarts aan dat dit altijd opnieuw aan de orde kan worden gesteld.

De huisarts kan in principe volwas-

senen en jongeren met problematisch alcoholgebruik zelf behandelen, tenzij de problematiek te ernstig of te complex is. De behandelmogelijkheden door de huisarts zijn voorlichting, ondersteunde gesprekken, behandeling via het internet (e-mental health), vitamine-suppletie en medicamenteuze behandeling van onthoudingsverschijnselen. Daarnaast zijn medicamenteuze terugvalpreventie door of in overleg met de verslavingsarts en verwijzing naar een verslavingsinstelling mogelijk.

De behandeling kan plaatsvinden in de huisartsenpraktijk of in een verslavingsinstelling, met zo nodig opname voor detoxificatie en/of behandeling. Na het stellen van de diagnose kan de huisarts naar de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) verwijzen voor ondersteuning bij de behandeling.

De huisarts bespreekt ook met de patiënt of, in welke mate en wanneer de partner of eventueel andere gezinsleden betrokken worden bij de behandeling. De sociale omgeving kan het gedragspatroon van de patiënt mede in stand houden zonder dat men zich dat bewust is. Bij patiënten met problematisch alcoholgebruik en een achterliggende dan wel comorbide angststoornis of depressie is in eerste instantie de aanpak van het alcoholgebruik aangewezen.²⁷ Als blijkt dat na minderen van het alcoholgebruik een angststoornis of een depressie resteert, dan is de behandeling vervolgens gericht op die aandoening, zie de NHG-Standaarden Angst en Depressie.

Voorlichting

De huisarts bespreekt:

- het (mogelijke) verband tussen de gepresenteerde klacht en het alcoholgebruik;
- de mogelijke aanleg voor problematisch alcoholgebruik (familiaal voorkomen, omgang met alcohol in familie en alcoholintoxicatie op jonge leeftijd);
- verantwoord alcoholgebruik: voor mannen gemiddeld 2 eenheden alcohol per dag, voor vrouwen gemiddeld 1 eenheid per dag,³² voor ouderen niet meer dan 1 eenheid alcohol per dag;³²

- dat tijdens de zwangerschap alcoholgebruik volledig wordt ontraden, omdat ook bij kleine hoeveelheden alcohol de kans bestaat op beschadiging van de vrucht;
- dat bij langdurig gebruik van grote hoeveelheden alcohol de patiënt niet zonder begeleiding moet stoppen met drinken, vanwege het verhoogde risico op ernstige onthoudingsverschijnselen, zoals insulteren, een delier of het ontstaan Wernicke-encefalopathie;
- het bestaan van patiëntenorganisaties zoals de Anonieme Alcoholisten (www.aa-nederland.nl) en steungroepen voor partners zoals AL-ANON (www.al-anon.nl);
- de (mogelijke) schade door alcohol en de invloed op de rijvaardigheid. Tijdens een consult waarbij de huisarts inschat dat er sprake is van een (acuut) te hoog alcoholpromillage, wijst de huisarts de patiënt op de risico's van alcoholgebruik in het verkeer.³³

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

Ondersteunende gesprekken

Kortdurende ondersteuning in de huisartsenpraktijk is mogelijk effectief in het verminderen van alcoholgebruik.³⁴ Ook bij jongeren zijn hier aanwijzingen voor.³⁵ Bij deze ondersteunende gesprekken streeft de huisarts er naar dat de patiënt zich bewust wordt van de nadelen van het alcoholgebruik en alternatieven vindt voor de voordelen. Daarnaast besteedt de huisarts aandacht aan de motivatie voor verandering en eventuele onderliggende sociale problematiek. Huisarts en patiënt stellen samen aan de hand van de motivatie en hulpvraag een behandelplan vast, met daarin de behandeldoelen (zoals erkenning van het problematisch alcoholgebruik, vermindering of staken van het alcoholgebruik en/of de

problemen door het alcoholgebruik) en aanvullende behandelmogelijkheden (wat, door wie en waar).

E-mental health

E-mental health bestaat uit online zelftesten en zelfhulpprogramma's. Deze zijn laagdrempelig en voor een deel anoniem, wat aantrekkelijk kan zijn voor patiënten die zich anders zouden onttrekken aan zorg of niet verwezen willen worden. De huisarts overweegt een verwijzing naar e-mental health specifiek bij patiënten die niet gemotiveerd zijn voor een behandeling in de huisartsenpraktijk of een verwijzing naar de verslavingszorg en wel in staat zijn tot het volgen een programma op internet. De huisarts biedt controleafspraken aan om in gesprek te blijven met de patiënt over het beloop en effect. Zie www.thuisarts.nl/alcohol voor websites.³⁹

Medicamenteuze behandeling

Medicamenteuze behandeling bij problematisch alcoholgebruik bestaat uit thiaminesuppletie bij een insufficiënt dieet en chloordiazepoxide of lorazepam bij (matig) ernstige onthoudingsverschijnselen.

Thiaminesuppletie (vitamine B1)

Een thiaminedeficiëntie kan neurologische problemen veroorzaken, zoals polyneuropathie, Wernicke-encefalopathie en het syndroom van Korsakov. Dit kan zich vooral openbaren bij plotseling staken of drastisch verminderen van het alcoholgebruik. Thiaminesuppletie kan dit voorkomen en is geïndiceerd bij (een vermoeden op) een insufficiënt dieet bij problematisch alcoholgebruik en tijdens alcoholontwenning. Bij aanwijzingen voor of een verhoogd risico op Wernicke-encefalopathie (zelfverwaarlozing, loopstoornissen, cognitieve stoornissen of polyneuropathie) is verwijzing noodzakelijk voor een intraveneuze behandeling met een hoge dosis thiamine.³⁶

- Start met 4 maal daags 25 mg thiamine, ook als de patiënt nog alcohol

drinkt. Als de patiënt gestopt is met het drinken van alcohol en weer een voldoende voedingspatroon heeft, kan de dosis in de loop van een maand worden afgebouwd door elke week de dosering met 1 tablet te verlagen.

- Geef als orale medicatie niet mogelijk is 100 mg thiamine intramusculair, tot de patiënt kan overgaan op orale medicatie.

Behandeling van onthoudingsverschijnselen

De behandeling is primair gericht op het voorkomen van ernstige onthoudingsverschijnselen zoals een insult en daarnaast op het onderdrukken van de onthoudingsverschijnselen. De huisarts kan de behandeling zelf uitvoeren tenzij er een indicatie is voor klinische detoxificatie, zie paragraaf *Verwijzen*. Bij lichte onthoudingsverschijnselen is er geen noodzaak voor medicamenteuze behandeling. Bij (matig) ernstige onthoudingsverschijnselen is er een indicatie voor medicamenteuze behandeling.^{6,37} De behandeling van een alcoholonthoudingsdelier bij ouderen staat beschreven in de NHG-Standaard Delier.

De medicamenteuze behandeling van onthoudingsverschijnselen bestaat uit:³⁷

- lorazepam 3 dd 1 mg (indien nodig verhogen naar 3 dd 2,5 mg) of indien langduriger sedatie is gewenst chloordiazepoxide 4 dd 25 mg;
- bij ouderen (arbitrair > 65 jaar) of patiënten met een leverfunctiestoornis: lorazepam 3 dd 1 mg;
- indien directe werking is vereist of orale medicatie niet mogelijk is: midazolam 5 mg intramusculair;
- bij een insult: diazepam 10 mg rectale, zie ook het NHG-formularium Farmacotherapie voor de huisarts (en verwijs vervolgens naar een verslavingsinstelling).

Controles:

- meet bij elke controle bloeddruk, hartritme en temperatuur;
- controleer na 1 dag het effect van de medicijnen;
- controleer dagelijks zolang de onthoudingsverschijnselen matig ernstig zijn en bij lichte verschijnselen elke 2 dagen;

- start met afbouwen van de medicatie bij voldoende onderdrukking van de onthoudingsverschijnselen (doorgaans na 2 dagen); verlaag de dosering elke 2 dagen met 1 tablet;
- overweeg een verwijzing naar een verslavingsinstelling bij onvoldoende onderdrukking van de onthoudingsverschijnselen.

RICHTLIJNEN ACUTE ALCOHOLINTOXICATIE

Achtergrond

Een acute alcoholintoxicatie komt vooral voor bij jongeren en jongvolwassenen door het nuttigen van grote hoeveelheden alcohol in korte tijd (het zogeheten 'comazuipen').³⁹ De alcoholintoxicatie herstelt spontaan, maar kan een bewustzijnsdaling en ademhalingsdepressie veroorzaken waarvoor medische behandeling in het ziekenhuis noodzakelijk is. Daarnaast geeft de alcoholintoxicatie kans op structurele schade aan de hersenen, zie de paragraaf *Alcoholgebruik bij jongeren*.

Presentatie

De patiënt met een acute alcoholintoxicatie zal zich vaak buiten de praktijken presenteren op een huisartsenpost of spoedeisende hulp met hulp van derden (vrienden, familie, omstanders, politie etc.). Bij een hoofdtrauma zie de NHG-Standaard Hoofdtrauma.

Diagnostiek

De huisarts richt de anamnese op het achterhalen van de hoeveelheid en soort alcohol en het tijdsbestek van het drinken. Daarnaast vraagt de huisarts naar gebruik van drugs en of sprake is van een trauma. Indien de anamnese onvoldoende betrouwbaar is, neemt de huisarts een hetero-anamnese af. Bij het lichamelijk onderzoek maakt de huisarts gebruik van ABCDE-systematiek en onderzoekt verder:

- bewustzijn;
- mate van verwardheid en van onrust;
- ademhalingsfrequentie, ademarbeid, zuurstofsaturatie;
- temperatuur;
- bloeddruk en polsfrequentie;
- turgor, capillaire refill;
- glucosespiegel.

Verder let de huisarts op braken (met als mogelijk gevolg aspiratie) en verwondingen.

Evaluatie

Bij inschatting van de ernst van de in-

Medicamenteuze terugvalpreventie

Medicamenteuze terugvalpreventie is een gangbare behandeling door een verslavingsinstelling van een stoornis in het gebruik van alcohol. Voor de effectiviteit van deze behandeling is er onvoldoende bewijs om dit als gangbare behandeling in de huisartsenpraktijk toe te passen.³⁸ Daarom wordt aanbevolen om patiënten die voor deze

toxicatie let de huisarts op de aanwezigheid van:

- bewustzijnsdaling;
- shock (bloeddruk < 90/60, vertraagde capillaire refill, verminderde turgor);
- ademhalingsdepressie (ademhalingsfrequentie < 15/min of > 20/min, gebruik ademhalingspijpen, zuurstofsaturatie < 95%);
- hypothermie (< 36°C);
- hypoglykemie (< 3,5 mmol/l).

De aanwezigheid van één (of meer) van deze factoren kan het spontaan herstel belemmeren.

Beleid

Bij een leeftijd onder de 15 jaar, aanwezigheid van één (of meer) van de bovengenoemde factoren of aanwijzingen voor harddruggebruik is verwijzing naar het ziekenhuis noodzakelijk.³⁹ Anders is een expectatief beleid gerechtvaardigd bij een adequaat sociaal netwerk. De huisarts geeft een wekadvis, zie voor uitvoering www.thuisarts.nl/wekadvis. Bij aanwijzingen voor aspiratie instrueert de huisarts de patiënt en zijn begeleiders om bij tekenen van een aspiratiepneumonie contact op te nemen.

Nazorg

Na een acute alcoholintoxicatie (waarbij de verschijnselen doorgaans na acht tot twaalf uur afnemen) zonder behandeling in het ziekenhuis zorgt de huisarts voor de nazorg door één tot twee dagen later contact op te nemen met de patiënt en biedt een afspraak aan voor het spreekuur. De verdere begeleiding staat beschreven bij *Richtlijnen beleid*. Na een acute alcoholintoxicatie waarvoor medische behandeling in het ziekenhuis noodzakelijk was, gaat de huisarts na of de patiënt adequate nazorg heeft ontvangen. Indien de patiënt dreigt te vervallen in hetzelfde gedrag, tracht de huisarts de patiënt te motiveren voor een verwijzing naar een in de behandeling van jongeren gespecialiseerde instelling.

behandeling in aanmerking komen hiervoor te verwijzen naar de verslavingszorg. Bij patiënten die wel voor deze behandeling in aanmerking komen maar bij wie een verwijzing niet haalbaar is kan de huisarts in overleg met een verslavingsarts medicamenteuze terugvalpreventie starten, altijd in combinatie met ondersteunde gesprekken. Gedurende het gebruik van medicamenteuze terugvalpreventie is de begeleiding ook gericht op de mate van alcoholgebruik, bijwerkingen en therapietrouw (medicatie-inname en bereidheid te verschijnen op volgende consulten).

Controles

De behandeling is geslaagd als de patiënt zijn behandeldoelen heeft bereikt. De huisarts controleert de patiënt na een succesvolle behandeling ten minste éénmalig op een terugval en kan indien nodig laagdrempelig contact houden, bijvoorbeeld telefonisch. Verder blijft de huisarts alert op signalen van terugval en wijst de huisarts de patiënt op de mogelijkheid om te allen tijde een terugval te bespreken.

Consultatie en verwijzing

De huisarts oriënteert zich op de verwijsmogelijkheden in de regio vanwege de verschillen in aanbod, bijvoorbeeld de mogelijkheid van een ambulant werker van de verslavingszorg en alcoholpoliklinieken voor jongeren. Verwijzing naar een verslavingsinstelling of consultatie van een verslavingsarts gebeurt in samenspraak met de patiënt, hetzij op zijn verzoek (of zijn naasten),

hetzij op initiatief van de huisarts als er meer ondersteuning nodig is bij de behandeling dan de huisarts kan bieden. Zie bijlage Verslavingsarts op www.nhg.org voor uitleg over werkwijze. Een andere of bijkomende mogelijkheid is verwijzing naar de zelfhulporganisatie Anonieme Alcoholisten (www.aa-nederland.nl). Indien een indicatie bestaat voor verwijzing naar een verslavingsinstelling, maar de patiënt dit (nog) niet accepteert, zal de huisarts zelf de begeleiding starten en (afhankelijk van het beloop) de patiënt proberen te motiveren voor intensievere behandeling. Een andere mogelijkheid is het inschakelen van een ambulant werker van de verslavingszorg.

Indicaties voor klinische detoxificatie in een verslavingsinstelling zijn:

- ernstige (niet medicamenteus te onderdrukken) onthoudingsverschijnselen, delier en/of onttrekkingsinsulten in het verleden of te verwachten ernstige ontweningsverschijnselen, gelet op de hoeveelheden alcohol die de patiënt gebruikt;
- verslaving aan meerdere psychoactieve middelen;
- ernstige psychiatrische comorbiditeit zoals psychosen, stoornissen in de impulscontrole of tentamen suïcide in het verleden;
- hoge leeftijd en/of slechte lichamelijke conditie;
- onvoldoende mogelijkheid om afspraken te maken, onvoldoende zelfzorg of toezicht, ontbreken van een sociaal netwerk;
- epilepsie;
- zwangerschap.

Indicaties voor verwijzing naar een verslavingsinstelling zijn:

- begeleiding/behandeling waarbij meer ondersteuning nodig is dan de huisarts kan bieden;
- een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol of een stoornis die al vóór het 25^e jaar begon;
- ernstige psychiatrische comorbiditeit, zoals persoonlijkheidsstoornis, schizofrenie en een andere stoornis in het gebruik van middelen;
- zelfverwaarlozing of verwaarlozing van naasten, huiselijk geweld;
- suïcidegevaar;
- een onverwerkt negatief life event als oorzaak van het problematisch alcoholgebruik;
- jongeren met ernstig problematisch alcoholgebruik;
- een vermoeden of een verhoogd risico op Wernicke-encefalopathie.

Bij ernstige psychiatrische comorbiditeit verwijst de huisarts bij voorkeur naar een verslavingskliniek die zowel psychiatrische zorg als verslavingszorg biedt.

© 2014 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Totstandkoming

Nadat werd besloten te beginnen met de herziening van de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik startte in mei 2013 een werkgroep Problematisch alcoholgebruik. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt.

De werkgroep bestond uit de volgende leden: L.J. Boomsma, huisarts te Amersfoort; I.M. Drost, huisarts te Amsterdam; I.M. Larsen, huisarts te Amersfoort; J.J.H.M. Luijckx, verslavingsarts bij Mirage verslavingszorg te Den Haag en verbonden als hoofddocent aan de postdoctorale opleiding tot verslavingsarts; dr. G.J. Meerkerk, psycholoog en verbonden als onderzoeker aan het IVO en N. Valken, huisarts te Zwolle.

M. Sijbom, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap begeleidde de werkgroep en deed de redactie. Dr. G.M. van der Weele was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. Dr. A.J.M. Drenthen, M. van Venrooij en M. Hugenholtz waren betrokken als medewerkers van de afdeling Implementatie.

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

In februari 2014 werd de standaard ter becommentariëring voorgelegd aan een aantal referenten. Er werd commentaar ontvangen van prof.dr. W. van den Brink, arts-epidemioloog werkzaam bij het Amsterdam Institute for Addiction Research, Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam; P.E. Höppener,

psychiater bij de Reinier van Arkel Groep te 's-Hertogenbosch; A.J.M. van den Hoek, psychiater bij Tactus Verslavingszorg te Deventer, allen namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, afdeling Verslavingspsychiatrie; dr.ir. J.P.M. Wielders, klinisch chemicus bij het Meander Medisch Centrum te Amersfoort, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde; dr. P.M.W. Janssens, klinisch chemicus bij het Rijnstate Klinisch Chemisch en Hematologisch Laboratorium te Arnhem, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie; M. Favié, apotheker, namens de Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland; K. de Leest, apotheker, M. Kranenburg, apotheker, J. Bootsma, geriater en J.J. Luinenburg, apotheker, allen namens het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; dr. J.J. Oltvoort, senior beleidsadviseur gezondheidseconomie namens Nefarma; dr. N. van der Lely, kinderarts bij de Reinier de Graaf te Delft, H.B. Haanstra, kinderarts bij het Maasziekenhuis Pantein te Boxmeer, prof.dr. A.M. Oudesluys-Murphy, kinderarts bij het Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden, dr. T.W. de Vries, kinderarts bij het Medisch Centrum Leeuwarden, dr. F.G.A. Versteegh, kinderarts bij het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda, I. Hofmeijer, kinderarts bij het Bronovo Ziekenhuis te 's-Gravenhage, dr. P.H.G. Hogeman, kinderarts bij het Meander Medisch Centrum Amersfoort, dr. J.J. Verhoeven, kinderarts bij het Maasstad Ziekenhuis te Rotterdam, D.M. Broekhuijsen-van Henten, kinderarts bij het Amalia Kindercentrum, onderdeel van Isala te Zwolle, dr. B.C.T. Flapper, kinderarts bij het Universitair Medisch Centrum Groningen, allen namens de Nederlandse

Vereniging voor Kindergeneeskunde; dr. M. Nelissen-Vrancken, senior apotheker namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik te Utrecht; M.D. Boomkamp, apotheker namens het Zorginstituut Nederland; J. Seeleman, secretaris bij de Landelijke Vereniging POH-GGZ; P. Dudok-van Heel, medisch adviseur bij ONVZ en I. de Vries, medisch adviseur bij Zorg en Zekerheid, beiden namens Zorgverzekeraars Nederland; R. Eschweiler, verslavingsarts bij Amethyst Verslavingszorg te Almere, M. Wolters, verslavingsarts bij Tactus Verslavingszorg te Deventer, M. van Balkom, verslavingsarts bij Victas te Amersfoort en P. Vossenbergh, verslavingsarts bij Tactus Verslavingszorg te Deventer, allen namens de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. Dr. R. Starmans en R.J. Hinloopen hebben namens de NAS tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In september 2014 werd de standaard geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie.

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

Psychische problematiek bij kinderen en jongeren

De zorg voor psychische en sociale problemen bij kinderen staat sterk in de belangstelling. Door de veranderingen in financiering en organisatie van zorg wordt er veel van de huisartsen(praktijk) verwacht. Er is echter weinig bekend over hoe vaak jeugdigen zich bij huisartsen melden met psychische en sociale problemen, en hoe vaak zij andere hulpverleners inschakelen.

Huisartsenpraktijk Thermion in Lent is een academische registratiepraktijk met ongeveer 7500 patiënten waar alle klachten, problemen en ziekten systematisch gecodeerd worden. Voor de periode juli 2012 tot juli 2013 analyseerden wij alle codes van psychische en sociale problematiek, inclusief moeheid en prikkelbaarheid bij kinderen van 0-18 jaar ($n = 1860$) die in dat jaar ten minste één contact met de praktijk hadden ((telefonisch) consult, visite, medicatievoorschrift, overleg of ontvangen correspondentie). Daarnaast bekeken we alle verwijzingen die aan deze episodes waren gekoppeld.

VOÓRKOMEN PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

Van alle ingeschreven kinderen had 19% psychische, sociale of leerproblemen [webtabel]. Kinderen van vijf tot negen jaar meldden zich het meest. Deze kinderen kwamen vooral met spraak-taalproblematiek, leerproblemen en zorgen omtrent hun gedrag in bredere zin. Opvallend was het verschil tussen jongens en meisjes. Jongens hadden vaker aandachtsproblemen (4:1) en spraak-taalproblemen (3:2), meisjes vaker moeheid (3:7) en angst (2:3). Angststoornissen behoren volgens Ormel tot de meestvoorkomende psychische stoornissen bij kinderen en jongeren in de open populatie.¹ Opmerkelijk was dat kinderen in onze registratie zich niet frequent meldden vanwege angst [webtabel].

VERWIJZEN VAN PATIËNTEN

Van de kinderen die tijdens het registratiejaar bij de huisarts kwamen voor sociale of psychische problemen werd ruim 38% in dat jaar één of meerdere keren verwezen. Meestal verwees de huisarts naar een psycholoog binnen de eerste lijn,

naar een logopedist of naar een psycholoog in de tweede lijn. Een veel kleiner deel (6,3%) werd verwezen naar de kinder- en jeugdpsychiatrie, vooral vanwege kenmerken van autismespectrumproblematiek. Specifieke leerproblemen (ICPC P24) waren het vaakst reden voor verwijzing, vooral spraak-taalproblemen van logopedische aard. De huisarts verwees meer dan de helft van de kinderen met deze problemen, vooral naar logopedie. Kinderen bij wie zorgen bestonden omtrent hun gedrag, kinderen met AD(H)D-symptomen of klachten van autismespectrumproblematiek werden ook frequent verwezen. We zagen dat de huisarts patiënten met kenmerken van aandachtsproblematiek voornamelijk verwijst naar een eerste- of tweedelijnspsycholoog. Kinderen met autismespectrumproblematiek werden in deze praktijk daarentegen juist naar de kinderpsychiatrie verwezen [tabel]. Wanneer er zorgen waren over het gedrag van een kind verwees de huisarts meestal naar een eerstelijnspsycholoog.

CONCLUSIE

Bijna een vijfde van alle jeugdigen gaat naar de huisarts met psychische, gedragsmatige, communicatieve of sociale problemen. De huisarts werkt vaak samen met andere disciplines, waaronder de kinderpsychiatrie. Hoewel door de veranderende GGZ-zorg deze samenwerking aan verandering onderhevig is, onderstreept dit de centrale rol van de huisartsen(praktijk) in signalering, behandeling en verwijzing van deze problematiek. ■

LITERATUUR

- 1 Ormel J, Raven D, Van Oort F, Hartman CA, Reijnevelds SA, Veenstra R, et al. Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychol Med* 2014;doi:10.1017/S0033291714001469.

Tabel Spectrumverwijzingen per indicatie (n totaal = 158)

	Totaal (n)	eerstelijns- psycholoog (n)	tweedelijns- psycholoog (n)	GGZ (n)	kinder psychiatrie (n)	kindergenees- kunde* (n)	specialistische instelling** (n)	logopedie (n)	cesartherapie (n)
AD(H)D	20	8	7	2	2	0	1	0	0
Autismespectrumproblematiek	16	4	3	2	6	1	0	0	0
Stemmingsklachten	12	7	3	2	0	0	0	0	0
Angstklachten	15	9	3	2	0	0	0	0	1
Spraak-taal/ logopedisch	27	2	0	0	0	0	2	23	0
Zorgen omtrent gedrag	21	12	2	1	2	2	2	0	0
Totaal aantal verwezen patiënten	158	68	23	11	10	8	5	26	2

*onder andere ziekenhuizen, kindergeneeskunde. **onder andere expertisecentra.

Roger Damoiseaux, Roderick Venekamp, Just Eekhof, Florine Bennebroek Gravenhorst, Adriaan Schoch, Jako Burgers, Margriet Bouma, Jolanda Wittenberg

De derde herziening van de NHG-Standaard Otitis media acuta (OMA) bij kinderen is deze maand gepubliceerd op de website van Huisarts & Wetenschap. Het bijbehorende samenvattingskaartje is bijgesloten bij dit nummer. Wij bespreken hier alleen de belangrijkste punten uit de herziene standaard en de belangrijkste veranderingen ten opzichte van de vorige versie.

PIJNBESTRIJDING

Bij kinderen met een OMA is kortdurende adequate pijnstilling altijd geïndiceerd. In een dubbelblinde, placebogecontroleerde RCT bij 219 kinderen in de leeftijd van 1 tot 6 jaar met een OMA bleken paracetamol en ibuprofen even effectief ter vermindering van de pijn. Ook lijken deze middelen niet te verschillen in bijwerkingen. Aangezien in Nederland veel meer ervaring is opgedaan met het gebruik van paracetamol bij kinderen dan met ibuprofen, is paracetamol de eerste keuze. Wanneer dit onvoldoende resultaat geeft, mag paracetamol bij kinderen ouder dan 1 jaar worden vervangen door ibuprofen, tenzij er contra-indicaties voor ibuprofen bestaan.

GEEN DECONGESTIEVE NEUSDRUPPELS

Het gebruik van xylomethazoline-neusdruppels bij kinderen jonger dan 2 jaar blijkt in Nederland tussen 2005 en 2008 toegenomen te zijn. Om die reden werd nogmaals gekeken naar de effectiviteit van xylomethazoline-neusdruppels bij kinderen met een OMA. Een Cochrane-review uit 2008 liet zien dat decongestiva geen effect op symptomen en genezing van OMA hebben. Uit observationeel onderzoek blijkt bovendien dat decongestiva wel (zeldzame) ernstige bijwerkingen kun-

nen geven, vooral bij jonge kinderen. Om die reden wordt ook in deze versie van de standaard het gebruik van xylomethazoline-neusdruppels voor de behandeling van kinderen met een OMA afgeraden.

BEHANDELING MET ANTIBIOTICA

Bij ruim 80% van de kinderen met OMA zijn de ergste klachten zonder antibioticum na 2 tot 3 dagen over en complicaties zijn zeldzaam. Antibiotica zijn bij kinderen met een OMA slechts bij een beperkte groep geïndiceerd. Bij risicogroepen, onder andere kinderen jonger dan 6 maanden met OMA, en bij kinderen van 6 maanden en ouder met OMA en forse algemene ziekteverschijnselen wordt geadviseerd om wel direct met een antibioticum te starten. Voor de groep kinderen bij wie behandeling met een antibioticum kan worden overwogen, wordt verwezen naar de hoofdttekst van de standaard. Amoxicilline is het middel van eerste keus. Cotrimoxazol kan worden voorgeschreven bij een contra-indicatie voor amoxicilline. Als 48 uur na het starten van amoxicilline geen verbetering is opgetreden, kan de huisarts amoxicilline/clavulaanzuur voorschrijven of het kind verwijzen. In de vorige versie van de standaard was zelf starten met amoxicilline/clavulaanzuur nog geen optie, maar als de toestand van het kind dit toelaat kan de huisarts hier zelf mee starten.

GEEN PLAATS MEER VOOR AZITROMYCINE

Haemophilus influenzae blijkt in toenemende mate een verwekker van OMA bij kinderen te zijn. In de periode 2010 tot 2012 bleek *Haemophilus influenzae* in 80% van de gevallen resistent tegen azitromycine. Om die reden heeft azitromycine geen plaats meer bij de antimicrobiële behandeling van kinderen met een OMA.

BEHANDELING VAN EEN LOOPOOR BIJ TROMMELVLIESBUIJSJES

Sinds 1999 zijn een Cochrane-review en drie RCT's gepubliceerd waarin de effectiviteit van antibiotica-bevattende

oordruppels en orale antibiotica werd vergeleken bij kinderen met een acuut loopoor via een trommelvliesbuisje. Twee van de RCT's onderzochten chinolonenbevattende oordruppels. De derde RCT uitgevoerd in Nederland vergeleek de effectiviteit van antibiotica-corticosteroid oordruppels (hydrocortison/colistine/bacitracine; 3 dd 5 druppels gedurende 1 week) met amoxicilline/clavulaanzuur oraal en met een afwachtend beleid. De oordruppels bleken aanzienlijk effectiever dan de overige behandelingen. Omdat oordruppels met hydrocortison/colistine/bacitracine effectief zijn en geen aminoglycosiden (ototoxisch) of chinolonen (gereserveerd als tweede-lijnsbehandeling) bevatten, adviseert de huidige standaard om een loopoor bij trommelvliesbuisjes (off-label) te behandelen met een combinatiepreparaat van hydrocortisonacetaat 10 mg/ml, bacitracine 500 IE/ml, colistinen-pentanatriummessilaat 250.000 IE/ml. Het toedienen van de oordruppels kan worden gestopt 24 uur nadat het oor 's ochtends droog en schoon is bij het ontwaken.

BEHANDELING VAN EEN LOOPOOR BIJ SPONTANE TROMMELVLIESPERFORATIE

De huisarts overweegt direct te starten met een oraal antibioticum bij kinderen die bij de eerste presentatie van een OMA een loopoor hebben als gevolg van een spontane trommelvliesperforatie en bij wie ook sprake is van koorts en/of pijn. Indien in eerste instantie voor afwachtend beleid wordt gekozen, instrueert de huisarts de ouders om terug te komen indien het oor langer dan een week blijft lopen. De huisarts schrijft in dat geval (alsnog) een oraal antibioticum of antibiotica-corticosteroid oordruppels voor.

Damoiseaux RAMJ, Venekamp RP, Eekhof JAH, Bennebroek Gravenhorst FM, Schoch AG, Burgers JS, Bouma M, Wittenberg J. Otitis media acuta bij kinderen (derde herziening). Huisarts Wet 2014;57(12):648.

De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie; Damoiseaux RAMJ, Van Balen FAM, Leenheer WAM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Otitis media acuta (tweede herziening). Huisarts Wet 2006;49(12):615-21.

De volledige versie van de standaard is gepubliceerd op de website van Huisarts & Wetenschap (www.henw.org, rubriek NHG-Standaard) en ook te raadplegen op de site van het NHG (www.nhg.org/nhg-standaarden).

NHG-Standaard Otitis media met effusie bij kinderen (derde herziening)

Roderick Venekamp, Roger Damoiseaux, Adriaan Schoch, Florine Bennebroek Gravenhorst, Just Eekhof, Jako Burgers, Margriet Bouma, Jolanda Wittenberg

De derde herziening van de NHG-Standaard Otitis media met effusie bij kinderen is deze maand gepubliceerd op de website van Huisarts & Wetenschap. Het bijbehorende samenvattingskaartje is bijgesloten bij dit nummer. Wij bespreken hier alleen de belangrijkste punten uit de herziene standaard en de belangrijkste veranderingen ten opzichte van de vorige versie.

SCOPE VAN DE STANDAARD

De herziene standaard geeft nog enkel richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij kinderen en jongeren tot 18 jaar met otitis media met effusie (OME). Volwassenen met deze aandoening vallen buiten de scope van de standaard aangezien over deze patiëntengroep nauwelijks onderzoeksgegevens beschikbaar zijn.

BIJ DE MEESTE KINDEREN MET OME KAN NATUURLIJK BELOOP WORDEN AFGEWACHT

OME komt veel voor; op 4-jarige leeftijd heeft meer dan 80% van de kinderen 1 of meer episoden van OME doorgemaakt. Het natuurlijke beloop is gunstig; bij ongeveer de helft van de kinderen treedt binnen 3 maanden spontaan herstel op en in circa 3/4 van de gevallen binnen 6 maanden. Daarom kan bij de meeste kinderen met OME het natuurlijke beloop worden afgewacht.

OME kan lichte oorpijn en soms oorsuizen of duizeligheid veroorzaken en gaat meestal gepaard met geleidings-slechthorendheid. Het gehoorverlies is gemiddeld 25 dB, maar kan oplopen tot 50 dB. Bij sommige kinderen zou het gehoorverlies tot vertraging van de spraak- en taalontwikkeling of tot aandachts- of gedragsproblemen thuis of op school kunnen leiden. Het gehoorverlies is bij de meeste kinderen van tijdelijke aard en heeft op lange termijn geen nadelige ge-

volgen voor de taalontwikkeling en leidt niet tot een leerachterstand op school.

GEEN PLAATS VOOR MEDICAMENTEUSE BEHANDELING

Wegens gebrek aan effectiviteit wordt medicatie bij kinderen met OME niet aanbevolen.

TROMMELVLIESBUISJES EN KEUZEHULP

Als drie maanden na het ontstaan van de klachten het gehoorverlies nog een nadelige invloed heeft op het functioneren of de ontwikkeling van het kind (duidelijke spraak- en taalachterstand, gedragsstoornissen), is een bezoek aan de huisarts aangewezen. De huisarts bespreekt met het kind en de ouders de mogelijkheid van het plaatsen van trommelvliesbuisjes. Gezamenlijk wegen zij de voor- en nadelen van deze behandeloptie af.

Trommelvliesbuisjes, eventueel aangevuld met adenotomie, worden door de kno-arts bij kinderen overwogen als:

- de klachten langer dan drie maanden aanhouden; en
- de klachten een duidelijk nadelige invloed hebben op het functioneren of de ontwikkeling van het kind; en/of
- er een gehoorverlies (in het beste oor) is van ten minste 25 dB.

Het objectiveren van het gehoorverlies door middel van audiometrie kan vanaf de leeftijd van 6 jaar worden uitgevoerd door de huisarts of een eerstelijns diagnostisch centrum.

Voor het afwegen van de voor- en nadelen van trommelvliesbuisjes is een keuzehulp Trommelvliesbuisjes beschikbaar op www.thuisarts.nl: <http://keuzehulpen.thuisarts.nl/keuze-hulp-trommelvliesbuisjes-afwachten-bij-slijm-en-oorontstekingen>. Deze

keuzehulp kan (de ouders van het kind) helpen een gewogen beslissing te nemen.

VOOR- EN NADELEN VAN TROMMELVLIESBUISJES

- Trommelvliesbuisjes hebben gedurende zes tot negen maanden een gunstig maar gering effect op het gehoor. Trommelvliesbuisjes hebben geen duidelijk effect op de taal- en spraakontwikkeling of gedragsproblemen op de lange termijn.
- Na het plaatsen van trommelvliesbuisjes ontstaat bij meer dan 50% van de kinderen ten minste eenmaal een loopoor.
- Na een half jaar tot een jaar worden de meeste buisjes vanzelf uitgestoten. Zelden blijft een trommelvliesperforatie bestaan. Trommelvlieslittekens komen voor, deze hebben echter nauwelijks invloed op het gehoor. Zij kunnen spontaan verdwijnen.

VERWIJZING NAAR KNO-ARTS BIJ PERSISTERENDE KLACHTEN

Als het kind zes maanden na het begin van de klachten nog niet klachtenvrij is, kan twijfel bestaan over de oorzaak ervan. In dat geval is verwijzing naar de kno-arts aangewezen voor nadere diagnostiek en/of behandeling.

De volledige versie van de standaard is gepubliceerd op de website van Huisarts & Wetenschap (www.henw.org, rubriek NHG-Standaard) en ook te raadplegen op de site van het NHG (www.nhg.org/nhg-standaarden).

Venekamp RP, Damoiseaux RAMJ, Schoch AG, Bennebroek Gravenhorst FM, Eekhof JAH, Burgers JS, Bouma M, Wittenberg J. NHG-Standaard Otitis media met effusie bij kinderen (derde herziening). Huisarts Wet 2014;57(12):649.

Deze standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie. In: Wiersma T, Goudswaard AN, redactie. NHG-Standaarden voor de huisarts. Houten: BSL, 2006;901-12.

Advance Care Planning bij kwetsbare ouderen

INLEIDING

In de huisartsenzorg komt geregeld de vraag op: welke medische behandelingen wil deze oudere patiënt in de laatste levensfase nog ondergaan? Om die vraag te beantwoorden moeten huisartsen de vooruitzichten, mogelijkheden en wensen bespreekbaar maken.^{1,2} Soms nemen patiënten zelf het initiatief tot een bespreking van die kwesties, maar als dat niet gebeurt, dienen artsen hierin een actieve rol te spelen. Het spreken over wensen rond het levenseinde blijkt zowel voor artsen als patiënten niet gemakkelijk te zijn.^{3,4} Vanwege hun vaak langdurige arts-patiëntrelatie verkeren juist huisartsen in een goede positie om ACP te bespreken. Zij kunnen ook bij de patiënten thuis met hen praten, in een fase waarin het nog niet direct nodig is om beslissingen te nemen.⁵ Ten slotte kan de huisarts meer complexe ACP-interventies uitvoeren, die wellicht effectiever zijn dan alleen het invullen van een wilsverklaring.¹ In dit artikel geven we een illustratie van ACP aan de hand van een casusbeschrijving van een 76-jarige vrouw die met haar huisarts haar wensen over medische behandeling bespreekt en vastlegt.

Samenvatting

Ott B, Van Thiel G, Van Delden H. Advance Care Planning bij kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2014;57(12):650-2.

Advance Care Planning (ACP) is een proces van gespreksvoering waarbij de patiënt met zijn (huis)arts zijn wensen, doelen en voorkeuren bespreekt met betrekking tot toekomstige zorg rond het levenseinde en indien gewenst beslissingen neemt over specifieke behandelingen. Veel mensen denken na over de zorg rond hun levenseinde, maar weinigen bespreken die wensen met hun huisarts. Juist huisartsen verkeren in een goede positie om ACP met kwetsbare ouderen te bespreken. De KNMG adviseert (huis)artsen om het levenseinde tijdig met patiënten te bespreken. Zijn de behandelwensen van de patiënt niet bekend, dan maken hulpverleners, de partner, kinderen of een andere wettelijk vertegenwoordiger de keuzen. Uit onderzoeken blijkt dat deze keuzen niet altijd overeenkomen met wat de patiënt zelf had gewild. Implementatie van ACP, ofwel het voeren van levenseindegesprekken in de huisartsenpraktijk, kan bijdragen aan goede kwaliteit van zorg voor kwetsbare ouderen in de laatste levensfase en rondom het sterven.

Casus

Een 76-jarige vrouw heeft al elf jaar longcarcinoom. Dan ontstaat een recidief met metastasen en na enkele bestralingen krijgt ze van de longarts te horen dat er geen curatieve behandelopties meer zijn. De patiënte is een autonome vrouw en woont zelfstandig. Haar echtgenoot is onlangs vanwege vasculaire dementie opgenomen op een psychogeriatrische afdeling in een verpleeghuis. Een maand nadat het recidief is ontdekt krijgt mevrouw in het weekend last van pijn op haar borst en kortademigheid, waarvoor zij de huisartsenpost belt. De triagist op de huisartsenpost komt uit op een urgentie U1 en belt direct een ambulance.

Situaties als deze roepen bij verschillende hulpverleners de vraag op of kwetsbare ouderen niet onnodig schade oplopen door reanimatie en andere levensverlengende behandelingen.⁶ Een deel van deze kwetsbare ouderen wenst immers geen ingrijpende medische behandelingen meer en overlijdt liever thuis.

(OVER)BEHANDELEN EN WENSEN VAN PATIËNTEN

In Nederland zijn er gevallen bekend van overbehandeling van patiënten⁷ waarbij de kwaliteit en waardigheid van het leven van ouderen in de laatste levensfase in het gedrang komen.⁸ Wanneer patiënten niet meer in staat zijn om zelf over hun medische behandeling te beslissen, komt veelal de partner of een van de kinderen voor dergelijke keuzen te staan. Artsen bepalen het medisch beleid in overleg met de wettelijk vertegenwoordiger. In veel gevallen kennen artsen de wens van de oudere patiënt niet en ook blijkt dat de familie niet altijd in lijn met de wensen van patiënt beslist.^{9,10} Uit een onderzoek hiernaar kwam bijvoorbeeld naar voren dat eenderde van de wettelijk vertegenwoordigers een andere behandelvoorkeur voorspelde dan de patiënt zelf.¹¹ In de casus besloot de huisarts een ACP-gesprek met haar patiënte aan te gaan.

Casus (vervolg)

De patiënte, die met de ambulance naar het ziekenhuis was gebracht, blijkt een pneumonie te hebben en wordt daarvoor enkele dagen opgenomen. Na ontslag bezoekt de huisarts haar en voert een ACP-gesprek. Ze vraagt daarbij naar de wens van de patiënte ten aanzien van reanimeren. Mevrouw wenst een niet-

De kern

- Advance Care Planning (ACP) kan bijdragen aan een goede kwaliteit van zorg rond het levenseinde van kwetsbare ouderen.
- Huisartsen verkeren in een goede positie om ACP te bespreken.
- Ervaring leert dat veel kwetsbare ouderen ACP graag met hun huisarts bespreken.
- ACP kan ongewenste behandeling voorkomen.

Huisartsenpraktijk Ott en Bedaux, Laantje zonder Eind 3, 3701 BT Zeist: B. Ott, huisarts en kaderhuisarts Ouderengeneeskunde, UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde; prof.dr. J.J.M. van Delden, hoogleraar Medische ethiek; dr. G.J.M.W. van Thiel, medisch ethicus • Correspondentie: ott@laantje.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

reanimeer(NR)-beleid. De huisarts bespreekt het belang van het vastleggen daarvan in een NR-wilsverklaring, die ook overdraagbaar is naar de huisartsenpost. De huisarts vraagt haar verder naar haar wensen ten aanzien van opname in het ziekenhuis en behandeling, zoals een opname op de intensive care, beademing of toediening van antibiotica. Ook euthanasie en terminale sedatie komen aan de orde. De huisarts zorgt voor een goede overdracht aan de huisartsenpost.

ADVANCE CARE PLANNING

ACP is een proces waarin een patiënt op vrijwillige basis een of meer keren met de behandelend arts zijn wensen ten aanzien van (levensverlengend) medisch handelen bespreekt. Het resultaat kan de patiënt (laten) vastleggen in een wilsverklaring en/of de arts kan de wensen in het EPD van de patiënt opnemen. Als de patiënt daartoe in staat is kan de arts de behandelwensen ook in een acute situatie bespreken. In het geval van de pneumonie kan de arts met de patiënte bijvoorbeeld overleggen over de vraag of ze met optimale palliatieve zorg thuis wil blijven of liever naar het ziekenhuis gaat.

De effecten van ACP zijn vooral in observationele onderzoeken onderzocht. Men heeft gekeken naar uiteenlopende uitkomsten, zoals gebruik van intensieve en palliatieve zorg, patiënttevredenheid, de kwaliteit van leven van de patiënt en het welbevinden van de patiënt en diens familie. De resultaten varieerden en een eenduidige uitspraak over de effecten van ACP is daarom niet mogelijk.¹²⁻¹⁵ Een review van ACP-interventies in de huisartsenpraktijk liet zien dat huisartsen het vaak lastig vinden om het juiste moment voor ACP te bepalen. Ook bleken artsen er moeite mee te hebben om in te gaan op signalen of vage verzoeken van patiënten voor een ACP-gesprek.¹ Daarnaast vonden huisartsen dat het initiatief van de patiënt moest komen en waren ze bang dat een levenseindegesprek de patiënt hoop zou ontnemen. Huisartsen die meer kennis en vaardigheden hadden met betrekking tot ACP, vonden het gemakkelijker het gesprek aan te gaan.⁵ Uit een onderzoek naar de rol van wilsverklaringen in een groep Nederlandse ouderen bleek dat nadenken over wilsverklaringen hen meer bewust maakte van hun wensen ten aanzien van de zorg rond het levenseinde. Daarom kunnen we wilsverklaringen beschouwen als een hulpmiddel bij de bespreking van ACP.¹⁶

ACP IN HET HIS EN DE OVERDRACHT

De huisarts legt de wensen en beslissingen ten aanzien van het levenseinde vast onder de episode A20 in het EPD en maakt er een probleemepisode van. Voor een oriënterend gesprek over ACP gebruikt hij of zij de episode A58.

Ook is overdracht aan andere relevante zorgverleners van belang: bijvoorbeeld de NR-wilsverklaring en palliatieve behandelwensen aan de huisartsenpost en het NR-besluit aan de ambulanceverpleegkundige. Bij een verwijzing of acute opname is het voor de collega in het ziekenhuis belangrijk dat deze weet wat de patiënt al met de huisarts heeft besproken en vastgelegd. Hetzelfde geldt bij een opname in het verzorgings- of verpleeghuis.¹⁷

Casus (vervolg)

Een maand later bespreken de patiënte en haar huisarts tijdens een visite opnieuw haar behandelwensen. Ze is vooral bang dat ze door medicijnen als morfine 'de grip' zal verliezen en dan ook niet meer goed kan aangeven wat ze wil. Op de vraag: 'Wie mag er namens u spreken als u het niet meer kunt?' antwoordt ze dat ze met haar zus het beste kan praten over haar angsten en wensen. Bij doorvragen vertelt ze dat haar oudste zoon haar wettelijk vertegenwoordiger is en dat ze haar wensen onlangs met haar zoons en haar zus al goed heeft doorgesproken. Van haar demente echtgenoot, die haar steeds minder goed herkent, heeft ze afscheid genomen. Ze is te benauwd om nog in de auto te stappen en hem te bezoeken. De patiënte wenst zo lang mogelijk terminale thuiszorg en wil de start van palliatieve sedatie uitstellen. Kort voor haar dood, een paar zorgmomenten van de thuiszorg volstaan nog steeds, adviseert de huisarts de familie van de patiënte om haar niet meer alleen te laten zijn. Enkele dagen later sterft patiënte 's nachts rustig thuis, in het bijzijn van haar zus.

HANDVATTEN VOOR TOEPASSING VAN ACP

De KNMG-handreiking 'Tijdig spreken over het levenseinde' en de LESA 'Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen' bieden huisartsen handvatten voor het voeren van een gesprek over ACP en reanimatie. De LESA is weliswaar geschreven om de reanimeerwens van de kwetsbare oudere bespreekbaar te maken, maar in de praktijk maakt het voeren van een gesprek over reanimatie onderdeel uit van een ACP-gesprek.

TIPS VOOR HET VOEREN VAN ACP-GESPREKKEN

- Voer een anticiperend gesprek over het levenseinde als de patiënt er zelf over begint of als de kans groot is dat er binnen afzienbare tijd een situatie ontstaat waarin de patiënt niet meer voor zichzelf kan spreken.
- Geef non-verbaal aan dat u er de tijd voor neemt, bijvoorbeeld bij een visite: trek uw jas uit, ga zitten en geef de patiënt het gevoel dat u de tijd voor haar/hem neemt (ga niet op het puntje van de stoel zitten). Luister vooral en geef zo nodig uitleg.
- Zie het gesprek als een investering die ervoor zorgt dat de kwetsbare oudere de zorg krijgt die hij wenst en bedenk dat een levenseindegesprek ook een positieve invloed kan hebben op de arts-patiëntrelatie.

Abstract

Ott B, Van Thiel G, Van Delden H. Advance Care Planning for frail elderly. *Huisarts Wet* 2014;57(12):650-2.

Advance care planning (ACP) is a structured discussion between general practitioners and frail elderly patients about their wishes, aims, and preferences for end of life care, and if necessary, decisions regarding specific treatments. While many people think about end of life care, few discuss their wishes with their GP, even though GPs are in a prime position to discuss these matters with their patients. The KNMG (the Royal Dutch Medical Association) advises doctors to initiate an early discussion of end of life care in patients with a terminal illness. If a patient's treatment wishes are not known, then care professionals, the partner, children, or other legal representatives make treatment decisions. Research has shown that their choices are not always the same as those of the patient. ACP, or carrying out an end of life discussion, can contribute to the quality of end of life care for frail elderly patients.

- Stimuleer ouderen en/of hun naasten die toegang hebben tot internet om de website www.thuisarts.nl/dossier te bekijken.
- Ontwikkel uw eigen visie op sterven: ga na wat uw persoonlijke ervaringen zijn met sterven en hoe u zelf tegen de dood aan kijkt. Dat kan het bespreekbaar maken met de patiënt vergemakkelijken.

Er zijn enkele praktische vragen waarmee u een gesprek kunt beginnen:

1. Hoe ervaart u uw gezondheid op dit moment?
2. Wie mag er namens u spreken als u het niet meer kunt?¹⁸
3. Hebt u met hem/haar weleens gesproken over uw wensen met betrekking tot uw levenseinde?¹⁸
4. Graag zou ik, uw (huis)arts, ook willen weten wat uw wensen zijn.¹⁸

Het antwoord op vraag 2 kan duidelijk maken wie de wettelijk vertegenwoordiger is van de patiënt.

CONCLUSIE

ACP kan bijdragen aan de verbetering van de zorg rond het levenseinde en het leveren van zorg aan kwetsbare ouderen zoals zij die wensen. Het is wenselijk en ook mogelijk om ACP in de huisartsenpraktijk te implementeren. De gespreksvoering kan overbehandeling voorkomen en onnodige zorgkosten besparen. Verder onderzoek naar de effecten en de belemmeringen van ACP in de huisartsenpraktijk zal ons meer inzicht kunnen geven in de implementatie in de toekomst. ■

LITERATUUR

- 1 Brinkman-Stoppenburg A, Rietjens JAC, Van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Pall Med* 2014;28:1000-25.
- 2 Borreani C, Brunelli C, Bianchi E, Piva L, Moro C, Miccinesi G. Talking about end-of-life preferences with advanced cancer patients: factors influencing feasibility. *J Pain Symptom Manage* 2012;43:739-46.
- 3 Higginson IJ, Costantini M. Communication in end-of-life cancer care: a comparison of team assessments in three European countries. *J Clin Oncol* 2002;20:3674-82.
- 4 Raijmakers NJH, Rietjens JAC, Kouwenhoven PSC, Vezzone C, Van Thiel GJM, Van Delden JJM, et al. Involvement of the Dutch general population in Advance Care Planning: a cross-sectional survey. *J Pall Med* 2013;16:1055-61.
- 5 Vlemminck A, Houttekier D, Pardon K, Deschepper R, Van Audenhove C, Vander Stichele R, et al. Barriers and facilitators for general practitioners. *Scand J Prim Health Care* 2013;31:215-26.
- 6 Van Engelen E. Gun patiënt zijn einde. *Med Contact* 2011;23:1470-1.
- 7 Visser J. De arts staat in behandelmodus. *Med Contact* 2012;67:1326-9.
- 8 Hertogh CPM. Advance Care Planning and the relevance of a palliative care approach in dementia. *Age Ageing* 2006;35:553-5.
- 9 Fritsch J, Petronio S, Helft PR, Torke AM. Making decisions for hospitalized older adults: ethical factors considered by family surrogates. *J Clin Ethics* 2013;24:125-34.
- 10 McMahan RD, Knight SJ, Fried TR, Sudore RL. Advance care planning beyond advance directives: perspectives from patients and surrogates. *J Pain Symptom Manage* 2013;46:355-65.
- 11 Shalowitz DI, Garrett-Mayer E, Wendler D. The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. *Arch Intern Med* 2006;166:493-7.
- 12 Teno JM, Gruneir A, Schwartz Z, Nanda A, Wetle T. Association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:189-94.
- 13 Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;340:c1345.
- 14 Mori M, Ellison D, Ashikaga T, McVeigh U, Ramsay A, Ades S. In-advance end-of-life discussions and the quality of inpatient end-of-life care: a pilot study in bereaved primary caregivers of advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2013;21:629-36.
- 15 Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, Nilsson ME, Maciejewski ML, Earle CC, et al. Health care costs in the last week of life: associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med* 2009;169:480-8.
- 16 Kaspers PJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Deeg DJ, Pasman HR. Decision-making capacity and communication about care of older people during their last three months of life. *BMC Palliat Care* 2013;12:1.
- 17 Lambregtse C. Praat met patiënten over het levenseinde. *Dokter juli* 2013:25.
- 18 http://www.ted.com/talks/peter_saul_let_s_talk_about_dying.

Uw diagnose

Op het spreekuur komt een man van 63 jaar die werkt als vrachtwagenchauffeur. Hij heeft al lang afwijkingen aan beide ellebogen. Hij komt omdat hij er last van heeft als hij tijdens het rijden zijn armen laat rusten.

Wat is uw diagnose?

- a. Acute neutrofile dermatose (sweetsyndroom)
- b. Jicht
- c. Xanthoma tuberosum
- d. Noduli Heberden olecrani



Fotoquiz van de maand december



Foto: Joulke Garretsen, huisarts te Monster

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

Foto's gezocht

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

Asymptotisch atriumfibrilleren opsporen

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

PRAKTIJKVRAAG

Atriumfibrilleren (AF) is een veelvoorkomende, behandelbare oorzaak van beroertes. AF kan – vooral bij ouderen – asymptomatisch zijn. Regelmatig wordt AF pas ontdekt na een beroerte. Actief opsporen van asymptomatisch AF kan beroertes voorkomen. Dat kan door bijvoorbeeld de pols te voelen, het hart te ausculteren of een ECG te maken. Maar hierbij kan paroxysmaal AF worden gemist.

Een eerdere (Ver)stand van zaken beschreef een onderzoek naar case finding op het spreekuur.¹ Dit onderzoek heeft betrekking op case finding van paroxysmaal AF. Beide onderzoeken maken deel uit van de Detecting and Diagnosing Atrial Fibrillation-studie (D₂AF).

De vraag is hoe vaak paroxysmaal AF voorkomt in de huisartsenpopulatie. En hoe is detectie van paroxysmaal AF in de huisartsenpraktijk te optimaliseren?

HUIDIG BELEID

De NHG-Standaard Atriumfibrilleren beveelt actief opsporen van AF niet aan. De gouden standaard om paroxysmaal AF vast te stellen is een registratie van minimaal 30 seconden op een ritmestroom. Bij vermoeden van paroxysmaal AF maakt de huisarts op basis van de klachten een keuze voor het diagnostische traject. Bij dagelijks voorkomen is een 24-uurs Holtermonitoring mogelijk. Anders wordt langdurige meting met een 'event recorder' aangeraden. Een event recorder kan automatisch ritmestoornissen detecteren (auto-triggered) en/of bij klachten door de patiënt geactiveerd worden (patient-triggered). Bij ouderen wordt de automatische variant aangeraden, omdat asymptomatische aanvallen frequent voorkomen. Een event recorder is kostbaar en de patiënt moet langere tijd ECG-plakkers dragen.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Tussen 15-30% van de beroertes is geassocieerd met AF. Behandeling van AF met orale anticoagulantia vermindert de incidentie van een beroerte van 4,0 naar 1,4% per jaar (NNT = 39). Of men actief naar onbekend (paroxysmaal) AF moet zoeken, hangt af van hoe vaak dit voorkomt in de huisartsenpopulatie. Is het zinvol mensen zonder klachten op te sporen? Zo ja, wat is de effectiefste methode?

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Onderzoek naar prevalentie van paroxysmaal AF is vooral gedaan bij specifieke patiëntengroepen. Diverse onderzoeken hebben gekeken naar het voorkomen van paroxysmaal AF bij

patiënten met een recent doorgemaakt ischemisch cerebrovasculair accident (iCVA) zonder aanwijsbare oorzaak. Hieruit bleek dat paroxysmaal AF vaak asymptomatisch voorkomt, vooral bij ouderen.² Een onderzoek vergeleek gebruik van een automatische event recorder gedurende 30 dagen met een 24-uurs Holter. De event recorder spoorde 45 nieuwe cases op per 280 patiënten, tegenover 9 per 277 bij de Holter.³ Door gedurende langere periode te zoeken naar paroxysmaal AF kan men dus extra gevallen opsporen.

Het aantal methoden om AF op te sporen groeit. Een methode gebruikt 1-afleidings ECG's, waarbij een enkele afleiding geanalyseerd wordt. Een voorbeeld is een staaf waarin handvatten met elektrodes zijn verwerkt die een ECG opnemen. Een andere methode gebruikt elektronische, automatische bloeddrukmeters met een AF-detectie module. Voordelen van deze methoden zijn gebruiksvriendelijkheid en de mogelijkheid ze gedurende langere periode in de thuissituatie te gebruiken. Dit maakt ze geschikt voor case finding van paroxysmaal AF.

In een Zweeds bevolkingsonderzoek waarbij 75-jarigen zijn opgeroepen, is gescreend op AF met een 1-afleidings ECG. Na uitsluiting van permanent AF middels een 12-afleidingen-ECG, kregen patiënten twee weken tweemaal daags een aanvullende screening met een 1-afleidings ECG. Bij 30 van 403 patiënten (7,4%; 95%-BI 5,2 tot 10,4) werd paroxysmaal AF vastgesteld.⁴

Verder onderzoek is nodig om te bepalen of case finding in de Nederlandse praktijk zinvol kan zijn. Ook de effectiviteit van de verschillende methoden is onduidelijk.

CONCLUSIE

Asymptomatisch, paroxysmaal AF komt frequent voor in risicopopulaties. De aanwezigheid van asymptomatisch AF is geassocieerd met een verhoogd risico op beroertes.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Hoeveel asymptomatisch, paroxysmaal AF bestaat er in de algemene populatie van 65 jaar en ouder in de huisartsenpraktijk? Is case finding van paroxysmaal AF middels event recorder of 1-afleidings ECG zinvol en zo ja, wat is de effectiefste methode? ■

LITERATUUR

- 1 Van Gurp N. Vroege diagnose van atriumfibrilleren. Huisarts Wet 2014;57:540.
- 2 Healey JS, Connolly SJ, Gold MR, Israel CW, Van Gelder IC, Capucci A, et al. Subclinical atrial fibrillation and the risk of stroke. N Engl J Med 2012;366:120-9.
- 3 Gladstone DJ, Spring M, Dorian P, Panzov V, Thorpe KE, Hall J, et al. Atrial fibrillation in patients with cryptogenic stroke. N Engl J Med 2014;370:2467-77.
- 4 Engdahl J, Andersson L, Mirskaya M, Rosenqvist M. Stepwise screening for atrial fibrillation in a 75-year old population and implications for stroke prevention. Circ 2013; epub ahead of print.

AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam: S.B. Uittenbogaart, aiotho op de D₂AF-studie bij de afdeling huisartsgeneeskunde van het AMC in samenwerking met Maastricht Universitair Medisch Centrum • Correspondentie: s.b.uittenbogaart@amc.uva.nl

Chikungunya: uitbraak in de Caraïben

INLEIDING

Chikungunya is sinds de jaren vijftig bekend als een virusziekte die door muggen wordt overgedragen, met als kenmerkende verschijnselen koorts, artralgie en soms lymfocytopenie. Het virus heeft wereldwijd verschillende uitbraken gehad, waarbij de continenten Noord- en Zuid-Amerika tot voor kort gespaard bleven, maar sinds begin december 2013 is er in de Caraïben een uitbraak gaande die gezien het gunstige klimaat voor muggen waarschijnlijk grote vormen gaat aannemen. Het is aannemelijk dat toeristen het virus wederom naar Europa zullen meebrengen. Het is belangrijk dat huisartsen bij een patiënt met klachten die uit de Caraïben komt tijdig aan deze diagnose denken, de symptomen herkennen en aanvullend onderzoek naar chikungunya uitvoeren.

Patiënte A

Een 55-jarige vrouw, huisvrouw van beroep, met in de voorgeschiedenis een CVA zonder restverschijnselen, meldt zich op de afdeling Spoedeisende Hulp van het L. Mungra Streekziekenhuis Nickerie in Suriname. De patiënte woont in Frans-Guyana en is momenteel op bezoek in Suriname wegens een aanstaand huwelijk. Sinds twee dagen heeft zij hoge koorts (tot 40,0 °C), gepaard gaand met pijn in de polsen, links meer dan rechts. Ook voelt zij een diffuse pijn in haar hele lichaam. Tevoren was zij niet ziek. De aanvullende anamnese laat geen bijzonderheden zien, de rest van de familie is klachtenvrij. De patiënte woont in een voor zover bekend ratten-vrije omgeving en drinkt altijd water uit flessen. Ze gebruikt nooit muggenwerend middel en slaapt nooit onder een klamboe. De drie maanden voordat ze gisteren naar Suriname vertrok, is ze alleen in Frans-Guyana geweest.

Samenvatting

Gootjes J. Chikungunya: uitbraak in de Caraïben. *Huisarts Wet* 2014;57(12):654-7.

Chikungunya is een virale aandoening die wordt verspreid door muggen van het geslacht *Aedes*. Na een recente uitbraak in de Caraïben verspreidt de aandoening zich snel. Het lijkt een kwestie van tijd dat ook Nederlandse reizigers uit dit gebied met koorts en polyartralgie bij de huisarts komen. Omdat chikungunya gevaarlijk kan zijn voor vooral kinderen, zwangeren en ouderen, is het belangrijk de ziekte tijdig te ontdekken. Daarom is het aan te raden, actief aanvullend onderzoek te verrichten naar dengue en chikungunya wanneer een patiënt zich presenteert met gewrichtsklachten en koorts na recent bezoek aan de Caraïben. Het Nederlandse klimaat is ongunstig voor *Aedes*-muggen, dus autochtone transmissie lijkt in ons land vooralsnog onwaarschijnlijk. *Vector control* is niet noodzakelijk.

VERSPREIDING

Het chikungunyavirus (CHIKV) is een alfavirus uit de familie *Togaviridae*.^{1,2,3} Het virus werd in het begin van de jaren vijftig ontdekt bij de Makonde in Zuid-Oost Tanzania en Noord-Mozambique. In de taal van de Makonde betekent chikungunya 'dat wat je doet buigen', verwijzend naar de hevige artralgie in de rug die soms met de ziekte gepaard gaat en de gebogen houding die daardoor ontstaat.⁴ Het virus is waarschijnlijk door wilde dieren overgedragen op *Aedes*-muggen, die vooral overdag actief zijn, en van daaruit op mensen. Er zijn twee varianten van chikungunya: de Afrikaanse variant wordt overgebracht door *Ae. fuscifer* en *Ae. taylori*, de Aziatische variant door *Ae. aegypti* en *Ae. albopictus*.^{3,5} Tot 2004 bleven uitbraken van het virus beperkt tot Afrika en Zuidoost-Azië, maar in de jaren daarna zijn er uitbraken geweest in de Comoren (2005), Zuid-China, Nieuw-Caledonië, Italië, Frankrijk, Réunion (2010) en Jemen (2011) [figuur 1].⁴⁻⁸ In Nederland werd de eerste patiënt met chikungunya beschreven in 2007, maar dit was een reiziger die de ziekte geïmporteerd had.⁹ In Nederland zijn sindsdien slechts enkele geïsoleerde gevallen beschreven.

In Zuid-Europa wordt *Ae. albopictus* door de klimaatverandering talrijker en in Zuid-Frankrijk en Noord-Italië stijgt de autochtone transmissie van CHIKV (gedefinieerd als het optreden van chikungunya bij patiënten zonder reisgeschiedenis in de laatste vijftien dagen voor het begin van de symptomen). De komende decennia zal de mug langzaam noordwaarts oprukken, hoewel Nederland waarschijnlijk niet voor 2040 zal worden bereikt.¹⁰

KENMERKEN EN DIAGNOSTIEK

De incubatietijd van CHIKV is gemiddeld 3-7 dagen, met een spreiding van 1-12 dagen.^{1,9} Minder dan 10% van de infecties verloopt asymptomatisch; van de patiënten met symptomen heeft 90-96% enkele dagen koorts en heeft meer dan 95% last

De kern

- Chikungunya is een virusziekte die tot 2004 alleen in Afrika en Zuid-Azië voorkwam. De laatste jaren heeft de ziekte zich ook buiten dat gebied verspreid.
- Eind 2013 begon in het Caraïbisch gebied een grote uitbraak, die inmiddels ook Noord-Amerika en Zuid-Amerika heeft bereikt.
- Waarschijnlijk zullen zich op korte termijn ook in Nederland reizigers uit de Caraïben melden met klachten.
- De voornaamste klachten zijn koorts, polyartralgie (vooral perifere gewrichten) en erythematuze maculae van de huid na een bezoek aan een risicogebied. Soms zijn er ook bloedafwijkingen zoals lymfocytopenie.
- Zwangeren, neonaten en ouderen met comorbiditeit hebben een hoger risico op ernstig of zelfs dodelijk verloop.

Drs. L. Mungra Streekziekenhuis Nickerie, Annastraat 35, Nieuw-Nickerie, Suriname; J.R.M. Gootjes, basisarts SEH (per 1 september 2014 aios huisartsgeneeskunde) • Correspondentie: gootjesjan@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Figuur 1 Landen met gerapporteerde lokale transmissie van CHIKV, januari 2014



van artralgie of artritis. Deze gewrichtsklachten zijn veelal bilateraal en aanwezig in meer dan tien gewrichten, vooral handen, polsen, voeten, enkels en de lumbale wervelkolom. De gewrichtspijn en de stijfheid kunnen invaliderend zijn en jaren aanhouden.^{11,12} Naast andere symptomen, zoals hoofdpijn, vermoeidheid, misselijkheid en braken, hebben veel patiënten last van huiduitslag, vaak in de vorm van erythematuze maculae, vesikels en bullae, maar ook andere uitingen zijn beschreven. De meest aangedane plaatsen zijn de gepigmenteerde delen van de huid en de neus [figuur 2].¹³

Bij bloedonderzoek ziet men vaak lymfocytopenie en soms ook trombopenie, een verhoogde creatinineconcentratie en verhoogde transaminasen. Verder is het bloedbeeld meestal normaal.^{8,9,14}

De genoemde kenmerken leiden tot een brede differentiaaldiagnose, waarin chikungunya en dengue bovenaan staan, gevolgd door leptospirose, rickettsiose, westnijlvirus, legionellose en malaria. Het onderscheid met dengue is in de praktijk vaak lastig te maken [tabel].^{8,9} Patiënten met chi-

Figuur 2 Erytheem en zwelling in de abdominale regio bij een acute CHIKV-infectie¹³



Tabel Chikungunya en dengue vergeleken

	Chikungunya	Dengue
Symptomen		
■ Koorts	++	++
■ Artralgie	+ (perifeer)	+ (centraal)
■ Retro-orbitale pijn	–	++
■ Exantheem/rash	+	++
■ Myalgie	+	+
■ Kleine bloedingen	+	++
■ Hypotensie	+/-	+
■ Incubatietijd	3-7 dagen (spreiding 1-12)	5-7 dagen (spreiding 2-15)
Aanvullend onderzoek		
■ Trombocytopenie	+/-	++
■ Lymfocytopenie	+	–
■ Neutropenie	–	+

kungunya hebben vaker perifere polyartralgie van enkels, handen, polsen en voeten, en ook vaker lymfocytopenie, dan patiënten met dengue. Retro-orbitale pijn, centrale artralgie, trombopenie (en bloedingen), neutropenie en een verhoogde hematocriet treden juist minder vaak op. Ook malaria kan koorts, hoofdpijn en andere klachten van malaise geven, maar veroorzaakt zelden hevige gewrichtsklachten. Malaria kan dodelijk zijn en moet altijd uitgesloten worden.

Het is niet gebruikelijk dat een episode van chikungunya ernstig verloopt, maar met name kinderen en ouderen kunnen eraan overlijden.¹⁵ Vaak zijn het ouderen met comorbiditeit zoals cardiovasculaire of respiratoire ziekten, bij wie de infectie leidt tot leverfalen, meningo-encefalitis of multiorgaanfalen.⁷ Zwangere vrouwen die met CHIKV geïnfecteerd zijn, kunnen het virus op hun kind overbrengen.^{16,17} In een deel van de geïnfecteerde neonaten ontstonden tijdens de uitbraak in Réunion daags (range 3-7 dagen) postpartum ernstige complicaties, zoals hersenzwelling en cerebrale bloedingen, waarbij enkele neonaten blijvend gehandicapt raakten. Minder ernstige uitingen van de infectie waren pijn, koorts en trombopenie in 90% van de geïnfecteerde neonaten.

Herinfectie kan bij dengue een paradoxale immuniteitsreactie opwekken en daardoor veel heviger verlopen dan de voorgaande infectie, soms zelfs dodelijk zijn.¹⁸ Bij chikungu-

Abstract

Gootjes J. Chikungunya: outbreak of chikungunya in the Caribbean. *Huisarts Wet* 2014;57(12):654-7.

Chikungunya is a viral disease transmitted by *Aedes* mosquitoes. In the past, it was found only in Africa and South Asia, but the disease has spread rapidly after a recent outbreak in the Caribbean, and it is only a question of time before Dutch travellers to the area go to their general practitioners with complaints of fever and joint pain. Because chikungunya can be dangerous, especially for children, pregnant women and the elderly, it is important to detect the disease early. For this reason, it is advisable to order additional tests for dengue and chikungunya if a patient presents with joint pain and fever after a recent trip to the Caribbean. As the Dutch climate is unfavourable to *Aedes* mosquitoes, autochthonous transmission is unlikely and so vector control is not necessary.

nya is dit niet het geval: bij herinfectie zullen de verschijnselen minder hevig zijn of zelfs achterwege blijven door de gevormde immuniteit.¹⁹

De diagnose chikungunya is in de acute fase alleen te stellen op basis van PCR. In het bloed kan na vijf dagen IgM worden aangetoond en na tien dagen IgG.^{9,20} De sensitiviteit en specificiteit van deze twee bepalingen zijn hoger dan 95%. Omdat deze diagnostiek in Nederland weinig wordt aangevraagd, voeren regionale laboratoria haar niet zelf uit maar sturen ze aanvragen voor onderzoek naar CHIKV (serologie en PCR) door naar het RIVM in Bilthoven. De totale tijd tussen afname en diagnose is bij een standaardaanvraag tien dagen (bij een spoedindicatie uiteraard korter).

Patiënte A (vervolg)

Bij het lichamelijk onderzoek zien wij een matig zieke Creoolse vrouw, die kermend van de pijn op het ziekenhuisbed ligt. Lichamelijk onderzoek toont geen focus voor de koorts (op dat moment 39,8 °C). Haar linker pols vertoont een duidelijke, warm aanvoelende zwelling. Roodheid is gezien haar huidskleur lastig te interpreteren. De andere gewrichten zijn niet-afwijkend.

De dienstdoende SEH-arts vermoedt dat de patiënte ofwel dengue ofwel chikungunya heeft (gezien een recente uitbraak in Frans-Guyana). Bij aanvullend bloedonderzoek is de enige opvallende bevinding een laag-normaal trombocytenaantal van $153 \times 10^9/l$ (referentiewaarden $150-450 \times 10^9/l$). Na overleg met de dienstdoende internist wordt de patiënte opgenomen met vermoedelijk dengue (trombocytenaantal) ofwel chikungunya (klachten) en in een isolatiekamer gelegd. Later koopt de familie een klamboe en brengt deze in de kamer aan. Ze wordt behandeld met paracetamol 500 mg 4 dd en intraveneus ampicilline 1000 mg 3dd.

De dag erna wordt bloed afgenomen voor onderzoek naar dengue, chikungunya, hepatitis B, C en hiv, en wordt de dikkedruppeltest op malaria uitgevoerd. De uitslagen voor malaria, hepatitis B en C en hiv zijn negatief, de overige uitslagen worden pas na drie weken bekend. Het serumonderzoek naar dengue blijkt negatief, de PCR voor chikungunya is echter positief. De patiënte is dan al terug naar haar thuisland, zij verliet na vier dagen klachtenvrij het ziekenhuis, maar miste wel de bruiloft. Follow-up over restklachten is niet mogelijk. De autoriteiten in Frans-Guyana werden op de hoogte gesteld.

BEHANDELING

Er zijn op dit moment geen geneesmiddelen om chikungunya te behandelen, alleen om de koorts en pijn verminderen.^{3,20} Vanwege het potentiële gevaar van invaliditeit of zelfs overlijden moeten geïnfecteerde zwangeren, neonaten en ernstig zieke patiënten in een ziekenhuis worden opgenomen. Ook daar kan de virusinfectie zelf niet worden behandeld. Goede hydratatie, monitoring en behandeling van de complicaties zijn de enige behandelopties.

Bij gebrek aan behandeling is preventie van de overdracht via muggen extra belangrijk. Omdat *Aedes*-muggen ook overdag actief zijn, biedt een klamboe om onder te slapen onvoldoende bescherming. Bij een verblijf in de Caraïben zou men dus continu een muggenwerend middel met DEET moeten gebruiken. De exacte werking van DEET is nooit onomstreden aangetoond, maar het lijkt erop dat de stof de reuksensoren

van muggen verstoort en de aanmaak van cholinesterase remt.²¹ Recent onderzoek toont echter aan dat DEET geen onbeperkte bescherming biedt tegen *Ae. aegypti*: reeds na drie uur blootstelling wordt de mug minder gevoelig voor DEET.²²

Patiënt B

Een 32-jarige man, docent van beroep, meldt zich op het spreekuur van de huisarts vanwege koorts en pijn in enkels en handen. Hij heeft een blanco voorgeschiedenis. De klachten bestaan sinds zes dagen en zijn begonnen na een vakantie in de Dominicaanse Republiek. Bij aanvullende anamnese blijkt dat de klachten zijn begonnen in het vliegtuig terug naar Nederland. De klachten bestonden aanvankelijk uit koorts en hoofdpijn, maar later ook uit pijn in de gewrichten. Het pijnlijkt zijn de handen en de enkels, maar ook beide schouders zijn pijnlijk. De ernst van de klachten neemt toe. Ook geeft de man aan dat een niet-pijnlijke uitslag zich verspreidt over een groot deel van borst, buik en rug. De aanvullende anamnese vermeldt geen bijzonderheden.

Bij het lichamelijk onderzoek zien we een matig zieke, adipuze 32-jarige man. Zijn gewrichten in schouders en handen zijn niet gezwollen en niet rood, de gewrichten van beide enkels zijn niet rood, maar wel licht gezwollen en warm aanvoelend. De huiduitslag bestaat uit erythemateuze maculae over grote delen van thorax, abdomen en rug. Verder lichamelijk onderzoek toont geen afwijkingen.

De huisarts vermoedt dengue en laat naast een algeheel bloedbeeld ook antistoffen tegen het denguevirus bepalen. Het bloedbeeld is niet afwijkend, de antistoffen zijn negatief. Na overleg met de plaatselijke internist-infectioloog besluit de huisarts ook bloedonderzoek naar chikungunya te laten uitvoeren. IgM en IgG blijken positief te zijn, waarna de diagnose infectie met chikungunyavirus wordt gesteld. Na een week herstelt de patiënt spontaan. Voor de pijn heeft hij paracetamol gebruikt.

RELEVANTIE VOOR HUISARTSEN IN NEDERLAND

Medio oktober 2013 presenteerden zich bij een huisarts op het Franse Saint Martin binnen korte tijd meerdere patiënten met artralgie en koorts.^{2,23} Drie van hen bleken besmet met CHIKV. Aangezien het Caraïbische klimaat gunstig is voor autochtone transmissie, verspreidde het virus zich snel naar omliggende eilanden [figuur 3].

In januari 2014 volgden meerdere eilanden in het Caraïbisch gebied. In februari verspreidde de infectie zich naar het vasteland van Zuid-Amerika, namelijk Frans Guyana. Vanaf juni werden er gevallen genoteerd in Suriname, later ook op Curaçao. Verder raakte Noord-Amerika langzaam besmet. Vanaf mei is er een grote uitbraak te zien in met name de zuidelijke staten van de USA die zich in hoog tempo voltrok. Eind mei 2014 stond de teller op in totaal 103.018 verdachte personen en 4406 bewezen geïnfecteerde personen. Ook zijn er inmiddels geïnfecteerde Europese toeristen gerapporteerd, met name in Frankrijk.^{24,25,26}

Overigens wordt beweerd dat enkele toeristische eilanden gegevens achterhouden uit angst voor een terugval in het toerisme. Van de patiënten in de huidige uitbraak is circa 5% in een ziekenhuis opgenomen, de mortaliteit is nog niet bekend.^{24,25} Ook over ziekteverzuim en klachten op langere termijn, zoals persisterende artralgie, is niets bekend. Gegevens over de uitbraak worden bijgehouden door

Figuur 3 Landen met autochtone transmissie van chikungunya in en rond de Caraïben tussen november 2013 en 16 september 2014



de Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov/chikungunya).

De Caraïbische eilanden zijn populaire vakantiebestemmingen en vakantiegangers die ziek naar Nederland terugkeren, zullen zich in eerste instantie bij hun huisarts melden. Deze zal dan de mogelijkheid van chikungunya moeten overwegen. Als een patiënt zich presenteert met koorts en gewrichtsklachten na een bezoek aan de Caraïben, adviseren wij actief aanvullend onderzoek te doen naar chikungunya en dengue. ■

LITERATUUR

- Caglioti C, Lalle E, Castilletti C, Carletti F, Capobianchi MR, Bordini L. Chikungunya virus infection: an overview. *New Microbiol* 2013;36:211-27.
- Leparc-Goffart I, Gougouze A, Cassadou S, Prat C, De Lamballerie X. Chikungunya in the Americas. *Lancet* 2014;383:514.
- Pialoux G, Gouze BA, Jauréguiberry S, Strobel M. Chikungunya, an epidemic arbovirolos. *Lancet Infect Dis* 2007;7:319-27.
- Robinson MC. An epidemic of virus disease in Southern Province, Tanganyika Territory, in 1952-53. I. Clinical features. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1955;49:28-32.
- Parola P, De Lamballerie X, Jourdan J, Rovey C, Vaillant V, Minodier P, et al. Novel chikungunya virus variant in travelers returning from Indian Ocean islands. *Emerg Infect Dis* 2006;12:1493-9.
- Rezza G, Nicoletti L, Angelini R, Romi R, Finarelli AC, Panning M, et al. CHIKV study group. Infection with chikungunya virus in Italy: an outbreak in a temperate region. *Lancet* 2007;370:1840-6.
- Quatresous I. Chikungunya outbreak in Reunion, a French overseas department. *Euro Surveill* 2006;11:e060202.1.
- Gobbi F, Capelli G, Angheben A, Giobbia M, Conforto M, Franzetti M, et al. Summer Fever Study Group. Human and entomological surveillance of West Nile fever, dengue and chikungunya in Veneto Region, Italy, 2010-2012. *BMC Infect Dis* 2014;14:60.
- Hassing RJ, Heijstek MW, Van Beek Y, Van Doornum GJ, Overbosch D. Chikungunya voor het eerst gediagnosticeerd in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:101-3.
- Fischer D, Thomas SM, Suk JE, Sudre B, Hess A, Tjaden NB, et al. Climate change effects of Chikungunya transmission in Europe: geospatial analysis of vector's climatic suitability and virus' temperature requirement. *Int J Health Geogr* 2013;12:51.
- Sergon K, Yahaya AA, Brown J, Bedja SA, Mlindasse M, Agata N, et al. Sero-prevalence of Chikungunya virus infection on Grande Comore Island, union of the Comoros, 2005. *Am J Trop Med Hyg* 2007;76:1189-93.
- Marimoutou C, Vivier E, Oliver M, Boutin JP, Simon F. Morbidity and impaired quality of life 30 months after chikungunya infection: comparative cohort of infected and uninfected French military policemen in Reunion Island. *Medicine (Baltimore)* 2012;91:212-9.
- Riyaz N, Riyaz A, Rahima, Abdul Latheef EN, Anitha PM, Aravindan KP, et al. Cutaneous manifestations of chikungunya during a recent epidemic in Calicut, north Kerala, south India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010;76:671-6.
- Simon F, Parola P, Grandadam M, Fourcade S, Oliver M, Brouqui P, et al. Chikungunya infection: an emerging rheumatism among travelers returned from Indian Ocean islands: Report of 47 cases. *Medicine (Baltimore)* 2007;86:123-37.
- Pellot AS, Alessandri JL, Robin S, Sampéris S, Attali T, Brayer C, et al. Severe forms of chikungunya virus infection in a pediatric intensive care unit on Reunion Island. *Med Trop* 2012;72:88-93.
- Fritel X, Rollot O, Gerardin P, Gauzere BA, Bideault J, Lagarde L, et al. Chikungunya-Mère-Enfant Team. Chikungunya virus infection during pregnancy, Reunion, France, 2006. *Emerg Infect Dis* 2010;16:418-25.
- Gérardin P, Barau G, Michault A, Bintner M, Randrianaivo H, Choker G, et al. Multidisciplinary prospective study of mother-to-child chikungunya virus infections on the island of La Réunion. *PLoS* 2008;5:e60.
- Halstead SB. Dengue hemorrhagic fever: two infections and antibody dependent enhancement, a brief history and personal memoir. *Rev Cubana Med Trop* 2002;54:171-9.
- Volk SM, Chen R, Tssetsarkin KA, Adams AP, Garcia TI, Sall AA, et al. Genome-scale phylogenetic analyses of chikungunya virus reveal independent emergences of recent epidemics and various evolutionary rates. *J Virol* 2010;84:6497-504.
- Van Esch AWC, De Mast Q. Een reiziger met koorts. *Huisarts wet* 2013;56:476-9.
- Corbel V, Stankiewicz M, Penetier C, Fournier D, Stojan J, Girard E, et al. Evidence for inhibition of cholinesterases in insect and mammalian nervous systems by the insect repellent DEET. *BMC Biol* 2009;7:47.
- Stanczyk NM, Brookfield JFY, Field LM, Logan JC. Aedes aegypti mosquitoes exhibit decreased repellency by DEET following previous exposure. *PLoS One* 2013;8:e54438.
- Pan American Health Organization. Epidemiological alert: Chikungunya fever, 9 December 2013. Washington (DC): PAHO/WHO. <http://www.paho.org/hq>.
- Pan American Health Organization. 21 February 2014 Epidemiological update chikungunya fever. Washington (DC): PAHO/WHO, 2014. <http://www.paho.org/hq/geraadpleegdseptember2014>.
- Johansson MA, Powers AM, Staples JE. Nowcasting the spread of chikungunya virus in the Americas. *PLoS* 2014;9:e104915.
- Fischer M, Staples JE. Notes from the field: chikungunya virus spreads in the Americas - Caribbean and South America, 2013-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014;63:500-1.

'Er moet meer eenheid komen in de gehanteerde definities en uitkomstmaten!'

Vorig jaar promoveerde Lonneke van der Mark op haar proefschrift *Children with asthma in general practice: the development of the clinical asthma prediction score*. In een interview vertelt zij over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Feiten en rijtjes

Gevraagd naar haar keuze om onderzoek te gaan doen naar dit onderwerp vertelt Van der Mark: 'Onderzoek trok me altijd al aan. De geneeskundeopleiding was vooral gericht op feiten en rijtjes; ik miste daarbij de statistiek en vond dat de onderzoekskant onderbelicht bleef. En wat betreft de keuze voor het onderwerp: voor ik aan de huisartsopleiding begon heb ik een jaar kindergeneeskunde gedaan. Ik zag daarbij ontzettend veel kinderen met astmasymptomen en kreeg zo interesse voor

dit onderwerp. Dus toen ik begon aan huisartsopleiding, maar bedacht dat ik niet vijf dagen per week alleen huisarts wilde zijn, leek een aiothotraject optimaal. Nog voor ik bij de opleiding solliciteerde had ik een gesprek met Patrick Bindels. Toevallig bleek een aanvraag voor dit promotieonderzoek te lopen en daarop ben ik ingehaakt.'

Een rijdende trein

'De onderzoeksvraag was: Kunnen we astma bij jonge kinderen van 1 tot 5 jaar voorspellen in de huisartsenpraktijk?', vervolgt Van der Mark. 'Het was een al lopend onderzoek: de opzet was gedaan door een promovenda die het eerste deel voor haar rekening had genomen. De kinderen waren al geïncludeerd, het zoeken naar de deelnemende praktijken was al gebeurd en de praktijkassistenten waren al ingewerkt. Ik sprong dus op een rijdende trein en dat was voor een deel wel gemakkelijk, maar het betekende ook dat ik geen controle had op welke kinderen in het onderzoek waren betrokken en welke vragen aan hen werden gesteld. In het onderzoek waren 771 kinderen geïncludeerd die zich meerdere malen met luchtwegklachten bij de huisarts hadden gepresenteerd. Zij werden in het eerste deel van het onderzoek 2 jaar gevolgd. In mijn deel van het onderzoek mochten we alle kinderen volgen tot ze 6 jaar werden en dan een einddiagnose stellen.'

Kinderen volgen

'De kinderen werden gevolgd door middel van vragenlijsten die twee keer per jaar werden ingevuld', vertelt Van der Mark. 'Ze hadden voor ze 4 jaar werden een vingerprik op allergieën gekregen. Bij 5 jaar zagen we alle kinderen voor een blaastest om hun stikstof en peakflow te meten. En bij 6 jaar nodigden we ze - afhankelijk van hun klachten en medicatiegebruik - uit voor een laatste onderzoek: spirometrie met een provocatietest.'

Van der Mark schat de prevalentie van astma onder de algemene populatie kinderen tussen de 10 en 15%, maar bij deze hoogrisicogroep ontwikkelde maar liefst 42,7% astma. 'Ja, dat is inder-

daad wel een groot aantal, maar niet heel veel groter dan ik had verwacht.'

Onderlinge verschillen

Op diverse momenten van haar onderzoek stuitte Van der Mark erop dat er geen eensluidende criteria zijn als het gaat om de diagnostiek van astma bij kinderen. 'Ik liep er steeds tegenaan dat iedereen in de literatuur andere definities en uitkomstmaten hanteert. In een deel van mijn onderzoek wilden we kijken of we een optimale rangorde in de medicatiekeuze konden aanbrengen. We vonden wel veel onderzoeken, maar konden daaruit geen conclusies trekken omdat iedereen andere criteria hanteerde. Ik vind dat heel erg: er gaat zo veel geld naartoe, er is zo veel onderzoek gedaan, en dan kun je nog geen onderzoeksresultaten vinden waar we iets mee konden. Er waren bijvoorbeeld 122 bruikbare artikelen, maar daarin werden maar liefst 60 verschillende definities gehanteerd. Daar moet echt meer eenheid in komen!'

Van der Mark ging dus op zoek naar eigen criteria, maar: 'Dat moet natuurlijk internationaal gebeuren. Ik heb daartoe dan ook een oproep gedaan.'

Voorspellende risicofactoren

Van der Mark wilde indicatoren vinden waarmee in de huisartsenpraktijk goed kan worden voorspeld of een kind al dan niet astma zal gaan ontwikkelen. 'Door de ingevulde vragenlijsten beschikten we over heel veel gegevens over de kinderen, maar ook over de ouders. We maakten op basis daarvan een schifting en testten alle mogelijke indicatoren om een *Clinical asthma prediction score* - oftewel CAPS - te ontwikkelen.*'

Vijf risicofactoren bleken de ontwikkeling van astma optimaal te voorspellen in de huisartsenpraktijk: leeftijd, familieanamnese, verstoorde nachtrust door piepende ademhaling, een piepende ademhaling zonder verkoudheid of griep en specifieke allergieën. Heeft Van der Mark een verklaring voor de risicofactor leeftijd? 'Bij zeer jonge kinderen komen luchtwegklachten heel vaak voor, maar als die klachten persisteren als ze ouder worden, is de kans groot



dat ze inderdaad astma ontwikkelen.'

En is het niet verbazingwekkend dat eczeem niet voorkomt in dit rijtje met belangrijkste risicofactoren? 'Misschien wel, maar eczeem kwam er niet uit en blijkt dus weinig toe te voegen als het erom gaat de ontwikkeling van astma te voorspellen.'

CAPS in de diagnostiek

Volgens het onderzoek kan de huisarts met de genoemde vijf criteria met redelijke zekerheid de diagnose bevestigen of uitsluiten. Met een CAPS lager dan 3 is de kans op astma minder dan 22% en met een CAPS van 7 of meer is de kans op astma meer dan 74%. Van der Mark: 'Dan blijft er dus een grote groep over waarbij je als huisarts geen zekerheid hebt. Maar dat zal ook zo blijven zolang er geen andere indicatoren worden ontdekt. Daarbij moet je denken aan biomarkers en genetische factoren; die indicatoren moeten uit een ander onderzoeksgebied komen.'

Is de CAPS dus vooralsnog het beste voorspellende instrument dat de huisarts kan worden geboden? 'Ja, tot nu toe moest je als huisarts allerlei vragen op kind en ouder loslaten, maar met deze vijf risicofactoren kun je het diagnostisch proces vergemakkelijken. Ik werk er zelf ook mee in de praktijk en dat bevalt me heel goed!'

Seroconversie

De kinderen die in het onderzoek waren geïncludeerd, hadden allemaal een allergietest ondergaan. Bij degenen met een negatieve uitslag is de test herhaald. Van der Mark: 'We verwachtten dat indien de test alsnog positief zou zijn, dus bij seroconversie, dit de diagnose astma goed zou voorspellen. Maar daar bleek in ons onderzoek geen sprake van te zijn, al hebben we het natuurlijk onder een slechts kleine groep kinderen kunnen testen. Seroconversie voegde als voorspeller dus niets toe.'

Rangorde in medicatie

Vervolgens ging Van der Mark naar de optimale behandelingsstrategieën, maar ook hier stuitte ze op het fenomeen van de verschillen in analyseme-

thoden en uitkomstmaten. Van der Mark: 'Dit deel van het onderzoek is me echt tegengevallen. In de algemene internationale richtlijnen is er steeds sprake van een medicatiestappenplan per ernstgraad van de astmasymptomen. Maar niet is aangegeven welke medicatie wanneer het best is. We hebben geprobeerd daarin een rangorde aan te brengen, maar dat is niet gelukt. Omdat de onderzoeken allemaal zulke verschillende criteria en methoden hanteerden, konden we geen meta-analyse doen.'

Dat mag zo zijn, maar heeft Van der Mark niet toch voor zichzelf een voorkeur kunnen aanbrengen in de door haar voorgeschreven middelen? 'Tja, ik zou zeggen dat je best inhalatoren op kinderen kunt loslaten, zeker als ze een hoge CAPS scoren. Maar ik denk dat ik door mijn onderzoek wat gemakkelijker zelf aan kinderen durf te sleutelen; een andere huisarts zal waarschijnlijk wat sneller naar een kinderarts verwijzen.'

Eenduidige antwoorden nodig

'Het komt er dus op neer dat je het als arts maar moet uitzoeken welke medicatie je voorschrijft, vooral bij kinderen met matig-ernstig of ernstig astma. En voorlopig blijft dat ook zo', vervolgt Van der Mark. 'Vanuit de *European Respiratory Study* worden wel oproepen gedaan, maar het zal nog wel een aantal jaren duren voor het zover is dat we de beste middelen bij de diverse symptomen kunnen vaststellen. Dat komt ook omdat we niet weten wat nu precies de oorzaak van astma is en doordat kinderen onderling anders reageren op medicatie. Er zijn dus voorlopig nog geen eenduidige antwoorden.'

Die eenduidige antwoorden zijn echter wel urgent, getuige een van de stellingen bij het proefschrift: *Het aantal sterfgevallen door astma zal de komende 10 jaar toenemen indien geen dringende maatregelen worden genomen. Astma kan niet worden genezen, maar de juiste diagnose, de behandeling en patiëntenvoorlichting kunnen resulteren in een goede astmacontrole en goed beleid* (World Health Organization). Van der Mark: 'De definities en uitkomstmaten moeten dus internationaal worden vastgelegd,

zodat niet iedereen zijn eigen plan trekt.'

Toekomstig onderzoek

Niet alles in het onderzoek van Van der Mark is even voorspoedig verlopen, dus is het niet verbazingwekkend dat zij vindt dat vervolgonderzoek nodig is. 'Ten eerste moet de CAPS officieel nog extern worden gevalideerd. Maar volgens mij kan het instrument nu al wel in de praktijk worden gebruikt, want binnen de afdeling zijn vergelijkbare resultaten gezien in ander onderzoek. Bovendien is de CAPS wel intern gevalideerd. En, zoals gezegd, nog weer ander vervolgonderzoek zou zich moeten richten op het vinden van nieuwe risicofactoren, zoals biomarkers en genen. Mooi is wel dat ons model ook in veel vervolgonderzoeken kan worden gebruikt, óók in onderzoek naar medicatie. Je kunt immers gericht risicogroepen includeren aan de hand van de CAPS.'

Na de promotie

Inmiddels is de promotie ruim een jaar geleden. Hoe zag het leven van Van der Mark er daarna uit? 'Ik ben waarnemend huisarts en heb daar in het afgelopen jaar niet heel veel naast gedaan. Ik geef nog wat onderwijs aan geneeskundestudenten, maar ben niet meer als onderzoeker verbonden aan het AMC. Maar er vloeit natuurlijk altijd nog werk voort uit zo'n promotieonderzoek, zoals nu ook mijn artikel in H&W.'

En wat zijn de plannen voor de toekomst? Van der Mark: 'Eerst wil ik me goed ontwikkelen als huisarts. Uiteindelijk zal ik daar wel weer wat naast willen gaan doen, maar dat is nog niet uitgekristalliseerd. Ik vind onderwijs leuk, mits gerelateerd aan de huisarts-geneeskunde. Misschien wil ik iets gaan doen bij het NHG of een kaderopleiding volgen. Of het wordt toch weer een nieuw onderzoek. Ik moet nog kijken wat ik leuk vind; dat komt allemaal vanzelf wel' ■

Ans Stalenhoef

*Zie de schematische weergave van de CAPS in het onderzoeksartikel op pagina 622.



Onsterfelijk?

Ik wil u graag laten kennismaken met de bijzonderste patiënt uit onze praktijk: meneer Kuppens, 93 jaar oud en ook wel onsterfelijk genoemd. Hij heeft gedurende zijn leven een aardig rijtje aandoeningen bij elkaar gesprokeld: angina pectoris, hartfalen, COPD, nierfunctiestoornissen, orthostatische hypotensie, jicht, prostaathypertrofie, osteoporose en obstipatie. Er is geen orgaansysteem dat niet is aangedaan. Hij wil absoluut niet meer naar het ziekenhuis, dus behandel ik hem zo goed als mogelijk is thuis. Ik bezoek hem vrijwel wekelijks.

Mijn eerste contact met hem was op het moment dat hij een forse exacerbatie COPD had. Het praten werd bemoeilijkt door hevige hoestaanvalen en het piepen was zonder stethoscoop al hoorbaar. Ik gaf hem een stootkuur prednison waardoor hij gelukkig snel meer lucht kreeg. Een week later bleek echter dat zijn vochtthuishouding hierdoor dermate was verstoord dat zijn enkels fors waren gezwollen door oedeem. Aanvankelijk leek dit met plastabletten en zwachtelen opgelost te kunnen worden, maar al snel bleek het vochtprobleem zich te verplaatsen naar een ander orgaansysteem: hij ontwikkelde een acute urineretentie. Het gevolg van

prostaathyperplasie in combinatie met een urineweginfectie. Na katheterisatie liep de afvoer weer soepel. Maar nu werd hij geplaagd door een serie jichtaanvallen van achtereenvolgens de enkel, elleboog en rechterwijsvinger. Dit was het na-effect van de flinke hoeveelheid plastabletten. Het gevolg was dat hij weer enkele stootkuren prednison moest hebben, alle gelukkig met goed effect. In de tussentijd kwam een eigenlijk al langer bestaande rugpijn naar boven: op de X-LWK bleek het een spontane wervelinzakkingsfractuur te zijn. De pijnladder gaf pas uitkomst bij de morfine. En ondanks een gulle hoeveelheid preventief macrogol liep het darmstelsel hierop toch vast. Uiteindelijk lukte het met klysma's en nog meer laxantia de boel te ontstoppen. Toen de pijn eindelijk onder controle was en hij zijn mobiliteit weer wat terugwon, leek zijn gezondheidstoestand zich te stabiliseren. Totdat de winter zich aandiende: de snotneus werd een hoestje, het hoestje mondde uit in een pneumonie en de pneumonie bracht weer een opvlamming van de COPD teweeg. De cirkel begon weer van voor af aan.

Volgens mijn opleider herhaalt deze cirkel zich al jaren zo. Meneer Kuppens was 12 jaar geleden in het ziekenhuis al eens opgegeven. Sindsdien is dit meermalen voorgekomen en heeft zijn familie al zeker tien keer afscheid van hem genomen. Achteraf dus steeds ten onrechte.

Ik kan me inmiddels ook al niet meer indenken dat hij overlijdt. Het lijkt alsof het universum moet samenspannen om dat voor elkaar te krijgen. Meneer grapt weleens dat hij de perfecte 'oefenpatiënt' voor aios is omdat er bij hem weinig mis lijkt te kunnen gaan.

Maar hoe onsterfelijk ook, het lichaam van meneer Kuppens is volledig uitgeput. Het evenwicht is zo fragiel dat wanneer het ene systeem weer naar behoren functioneert, het andere ontregelt. Hijzelf is niet degene die zijn daginvulling bepaalt, dat doet zijn lichaam. Ik vraag me soms af hoe hij dit volhoudt.

Hij zegt dat hij dankbaar is voor elke dag die hij krijgt in 'blessuretijd',

zoals hij het zelf noemt. Toch zit ook hij er af en toe doorheen. Hij merkt dat de klachtenvrije periodes steeds korter worden naarmate de jaren verstrijken. Dan lijken de periodes met pijn of benauwdheid eindeloos te duren en is hij langer aan zijn fauteuil gekluisterd dan hem lief is.

Dan laat ik zijn talrijke – en voor een aios zeer leerzame – aandoeningen even voor wat ze zijn en praten we over de dingen die hem nog plezier geven. Hij vertelt over zijn twee dochters, de vele kleinkinderen, de biljartclub en de borreltjes die hij 's avonds met genot drinkt. Zijn kleine oogjes beginnen weer te stralen en dan kletst hij honderduit. Dit is heel erg vermoeiend voor hem, dus naderhand doet hij een dutje.

Wanneer ik terugrij naar de praktijk laten mijn gedachten meneer Kuppens niet los. Ik ben gefascineerd hoe een sterke geest zo'n zwak lichaam draaiende houdt. Meneer gelooft dat de dood komt wanneer het zijn tijd is. Ik hoop nog eventjes niet. ■

Sophie van der Voort

Sophie van der Voort is derdejaars aios.





KENNISTOETS: VRAGEN

De vader van Lotte, 11 jaar, belt de huisartsenpost. Lotte is acuut hevig benauwd geworden. Zij heeft astma en werd negen maanden terug al eens opgenomen vanwege een ernstige exacerbatie. De dienstdoende huisarts besluit een spoedvisite te rijden. Lotte blijkt erg kortademig te zijn, ze kan niet meer praten. Bij onderzoek is het ademgeruis zwak, en er bestaat een tachypneu. De O₂-saturatie is 86%. Naar inschatting van de huisarts is er een opname nodig. In afwachting van de ambulance geeft zij Lotte viermaal 2 puffjes van 100 microg salbutamol via een voorzetkamer.

1. Verwijzing is hier geïndiceerd.
2. De dosering salbutamol is hier correct.

Bij de heer De Vries, 60 jaar, heeft de huisarts zojuist de diagnose acute jicht gesteld aan het basisgewricht van zijn rechter grote teen (MTP 1). Het gewricht is rood en gezwollen. De heer De Vries heeft geen koorts of klachten van andere gewrichten. Zijn voorgeschiedenis is blanco. De huisarts stelt voor te behandelen met prednison.

3. Prednison is een middel van eerste keus bij jichtartritis.
4. Preventieve maagbescherming is hierbij noodzakelijk.

De huisartsopleider en de aios bespreken een onderzoeksartikel uit Huisarts & Wetenschap. De aios doet de volgende uitspraken over typen onderzoeken:

1. Een cohortonderzoek is een onderzoek waarbij op één moment in de tijd een bepaalde eigenschap van een bepaalde groep personen (een cohort) wordt onderzocht.
2. Een patiëntcontroleonderzoek is een geschikte onderzoeksopzet om oorzaken van aandoeningen te onderzoeken.
5. Uitspraak (1) is correct.
6. Uitspraak (2) is correct.

Mevrouw Krapels, 83 jaar, komt op het spreekuur met een heftige ontsteking aan haar rechteronderbeen. Zij heeft sinds één jaar een heupprothese rechts en heeft diabetes mellitus. De huisarts stelt de diagnose furunkel. Bij palpatie fluctueert de zwelling. De huisarts besluit tot incisie van het abces en zegt tegen mevrouw Krapels dat zij voorafgaand aan deze ingreep antibiotica dient te slikken om infectie van de kunstheup te voorkomen. Na incisie van het abces adviseert de huisarts de wond dagelijks goed te spoelen en vraagt mevrouw Krapels om de volgende dag terug te komen voor controle.

7. Preventief antibiotica slikken is hier correct.
8. Controle na een dag is hier correct.

De aios heeft bij Hessel, 16 jaar, een forse keelontsteking vastgesteld. Omdat de klachten ruim zeven dagen bestaan en ernstig zijn, heeft de aios besloten Hessel te behandelen met een smalspectrum penicilline. De opleider beweert dat de aios, alvorens te behandelen, een (1) mononucleosis infectiosa had moeten uitsluiten, omdat een (2) smalspectrumpenicilline bij mononucleosis infectiosa bijna altijd een huiduitslag geeft.

9. De bewering van de opleider bij (1) is correct.
10. De bewering van de opleider bij (2) is correct.

De antwoorden staan op pagina 668.

De toetsvragen zijn afkomstig van de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoetsen van Huisartsopleiding Nederland. De vragen zijn altijd als juist/onjuist geformuleerd. De antwoorden worden verzorgd door de afdeling Implementatie van het NHG. Correspondentie over de vragen is mogelijk via: Secretariaat Huisartsopleiding Nederland, rubriek H&W, Postbus 20072, 3502 LB Utrecht of per e-mail: secretariaat@huisartsopleiding.nl.

Hypertensie en cardiovasculair risico

INLEIDING

Het is overtuigend aangetoond dat antihypertensieve behandeling bij hypertensieve patiënten het aantal cardiovasculaire events en cardiovasculaire sterfte doet verminderen. Ook is duidelijk dat personen met meerdere cardiovasculaire risicofactoren een grotere kans hebben om cardiovasculaire events en dito sterfte te krijgen. Of medicamenteuze bloeddrukverlaging op basis van een cardiovasculair-risicoprofiel ook leidt tot betere uitkomstmaten was echter nog niet aangetoond. Een relevante vraag, want gemakshalve gaan we er in onze Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn vanuit dat dit zo is. Wel nu: 'The Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration' heeft deze handschoen opgepakt.

ONDERZOEK

Design Meta-analyse van RCT's waarin hypertensieve patiënten behandeld werden met één enkel anti-hypertensivum versus placebo of met intensieve versus minder intensieve anti-hypertensieve behandeling. Primaire uitkomstmaat was het totaal aantal grotere cardiovasculaire gebeurtenissen zijnde beroerte, coronaire vaatziekte (ziekenhuis opname voor of sterfte aan) en hartfalen. Met behulp van de gegevens van de controlepatiënten uit de placebogroepen van trials werd een vijfjaars risicoscore opgesteld, gebruikmakend van de belangrijkste cardiovasculaire risicofactoren met uitzondering van het serum cholesterolgehalte. Deelnemers werden aan de hand van deze risicoscore ingedeeld in 4 groepen met oplopend risico: < 11%, 11-15%, 15-21% en > 21%. Voor de hoogte van de bloeddrukdaling en het verschil in baseline bloeddruk werd in iedere subgroep gecorrigeerd.

Resultaten In totaal werden 11 trials geïnccludeerd met 67.475 patiënten. Van 51.917 patiënten waren voldoende gegevens aanwezig om een risicoprofiel te kunnen opstellen. In totaal kregen 4167 patiënten een cardiovasculair event gedurende een gemiddelde periode van 4 jaar. In alle 4 risicogroepen was de relatieve risicoreductie bij bloeddrukverlagende behandeling ongeveer gelijk [tabel 1]. Dit betekent: hoe hoger het absolute risico, hoe meer sterftegevallen worden voorkomen. De absolute risicoreductie nam lineair toe van de laag- naar de hoog-risicogroep. Indien in iedere risicogroep 1000 patiënten worden behandeld zou dit, van laag naar hoog risico, leiden tot respectievelijk 14, 20, 24 en 38 minder cardiovasculaire events. De numbers needed to treat om in 5 jaar tijd 1 cardiovasculair event te voorkomen zijn weergegeven in de [tabel].

Tabel Effect van behandeling van de bloeddruk op cardiovasculaire events

	< 11%	11-15%	15-21%	> 21%
Relatieve risicoreductie	18	15	13	15
Voorkomen events	14	20	24	38
NNT	71	51	41	26

Conclusie van de auteurs De analyse toont aan dat het resultaat van medicamenteuze bloeddrukverlaging op cardiovasculaire uitkomsten groter is bij een hoger aanvangs cardiovasculair risico. Terwijl bij hypercholesterolemie in internationale richtlijnen al gebruik wordt gemaakt van risicoscores bij de keuze voor medicamenteuze behandeling gebeurt dit bij hypertensiebehandeling nog maar mondjesmaat. Medicamenteuze bloeddrukbehandeling moet zich richten op patiënten met het hoogste cardiovasculaire risico en niet alleen op de hoogte van de bloeddruk.

INTERPRETATIE

Deze meta-analyse levert ontbrekend bewijs voor het beleid in de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn CVRM. Natuurlijk valt er wel wat aan te merken op deze meta-analyse. Door het samenvoegen van verschillende onderzoekspopulaties ontstaat een heterogene groep, waarbij patiënten met een hoger risico zijn oververtegenwoordigd. Verder gaat het om trials van 10-20 jaar geleden. De methode om een risicoscore op te stellen met de placebogecontroleerde groep leidt tot een sterke interne validiteit, maar hoe staat het met de externe validiteit? De vraag is dus of de resultaten direct door te trekken zijn naar de Nederlandse huisartsenpopulatie in 2014. Het is jammer dat in de risicoscore het cholesterol niet meegenomen is. Blijkbaar waren hier te weinig gegevens over. En *last but not least*: het effect van hypertensie op de nierfunctie is buiten beschouwing gelaten. Nierfunctieverlies is een belangrijke cardiovasculaire risicofactor. Maar er is hier al met al toch sprake van een fraaie analyse die aansluit bij onze richtlijn over cardiovasculaire risicofactoren en het voorkomen van cardiovasculaire events. En die is om bij patiënten met een mild tot matig verhoogde bloeddruk (SBD tussen 140 en 180) het geadviseerde beleid afhankelijk te maken van een set van aanvullende risicofactoren waarbij keuzes gemaakt worden op basis van deze risicofactoren, de geschatte risicoreductie en, niet onbelangrijk, de voorkeur van de patiënt. ■

LITERATUUR

- 1 The Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Blood pressure-lowering treatment based on cardiovascular risk: a meta-analysis of individual patient data. Lancet 2014;384:591-8.

Drukker door triage

INLEIDING

Toegankelijke zorg zonder wachttijden werd door de LHV benoemd als eerste doel van onze beroepsgroep voor de periode 2010-2014.¹ Maar lukt ons dat anno 2015? Patiënten worden in toenemende mate getrieerd om huisartsenzorg op 'het juiste moment' en 'de juiste plaats' te leveren. Als je 'triage' googelt, stuit je vooral op praktijkwebsites van huisartsen. Daarop wordt uitgelegd dat triage nodig is, door de assistentes gedaan wordt en dat zij daarvoor speciaal een cursus gevolgd hebben. Diezelfde assistente is daarmee feitelijk de poortwachter in de zorg geworden. Maar wat zijn eigenlijk de effecten van triage op de zorg die we leveren in de huisartsenpraktijk, op patiënttevredenheid en op de kosten? Daarover is weinig bekend.

ONDERZOEK

Design In Engeland is triage eerder zeldzaamheid dan gemeengoed. Om de effectiviteit van verschillende vormen van triage in de dagelijkse huisartsenpraktijk te onderzoeken werden daar 42 praktijken – die alle nog geen triage gebruikten – gerandomiseerd in 3 groepen: in 13 praktijken werd triage door de huisarts gedaan, in 15 praktijken werd triage door een verpleegkundige gedaan, ondersteund door een computersysteem, en in 14 praktijken bleven hun gebruikelijke zorg bieden. Gedurende 2 jaar werden 16.211 patiënten die een consult aanvroegen voor diezelfde dag, ingesloten in het onderzoek en volledig opgevolgd.²

Resultaten Primaire uitkomstmaat was de werkbelasting voor de praktijk: het aantal patiëntcontacten in de maand na het bewuste telefoontje van de patiënt. De onderzoekers legden ook patiënttevredenheid, SEH-bezoeken, ziekenhuisopnames, overlijdensgevallen en zorgkosten vast als secundaire uitkomstmaten.

Conclusie van de auteurs In de triagepraktijken nam het aantal huisartsconsulten (face-to-face contacts) weliswaar af, maar de werkbelasting voor de praktijken nam juist toe. Vergeleken met praktijken die reguliere zorg leverden (waar patiënten gemiddeld 1,91 contacten in de maand na het triagecontact hadden) waren er in de huisarts-triage-praktijken 33% meer patiëntcontacten (2,65 contacten) en 48% meer contacten (2,81 contacten) in de groep waarin verpleegkundigen de triage deden. Voor een deel vond in de triagepraktijken een verschuiving van patiëntcontacten plaats, doordat meer telefonische contacten plaatsvonden. Patiënten die door verpleegkundigen werden getrieerd waren minder tevreden. Het aantal ongewenste incidenten verschilde niet tussen de drie groepen. Het aantal doden was 5 in de huisartstriagegroep, 2 in de verpleegkundigetriagegroep en 1 in de groep met gebruikelijke

zorg. Ook in ziekenhuisopnames, SEH-bezoeken en zorgkosten was er geen verschil tussen de groepen.

INTERPRETATIE

In praktijken die triage toepasten was de werkbelasting bij getrieerde patiënten aanzienlijk hoger. Die resultaten zijn toch op het minst verrassend. In de praktijk moeten we dagelijks de zorgvraag en het beschikbare aanbod zo goed mogelijk op elkaar afstemmen. Triage is nodig wanneer de vraag het aanbod overstijgt. Het toepassen van triage leidt in dit onderzoek paradoxaal genoeg tot een toename van de werkbelasting en is daarmee geen structurele oplossing voor dit probleem. Andere vaak genoemde voordelen zoals patiëntveiligheid en kosten worden door dit onderzoek niet bevestigd. Dit onderzoek was echter niet opgezet om een harde uitspraak over de patiëntveiligheid te kunnen doen. Het feit dat patiënten die triage door een verpleegkundige ondergingen minder tevreden zijn, is interessant omdat dit uiteindelijk ook de groep was met de meeste patiëntcontacten in de maand na hun telefoontje om een afspraak te maken.

Natuurlijk verschilt de eerstelijnszorg in Engeland aanzienlijk van de onze. Toch is dit onderzoek ook voor de Nederlandse huisarts van belang, want de resultaten van dit goed opgezette onderzoek zouden de kritische blik op invoering en ontwikkeling van triage in onze dagelijkse praktijk moeten prikkelen.

De kernvraag blijft daarbij: waarom neemt de werkbelasting voor de praktijk toe na telefonische triage? Is dit, zoals de auteurs en commentatoren vermoeden, omdat de zorgvragen te complex zijn om telefonisch goed in te schatten? Dat zou goed kunnen, want meer dan de helft van de patiënten had chronische gezondheidsproblemen. Daarnaast denken wij dat met de invoering van triage in de huisartsenpraktijk ongemerkt een belangrijke maar essentiële verandering optreedt: van drempelloos toegankelijke zorg waarin door huisartsen in persoonlijke consulten een hulpvraag wordt beantwoord, is zorg nu getrapd toegankelijk op basis van klachten en algemene richtlijnen. De effecten hiervan op patiënttevredenheid, werkbelasting en kosten op langere termijn verdienen daarom ook bij ons nader onderzoek en veel meer terughoudendheid bij brede invoering van triage in onze praktijken. ■

LITERATUUR

- 1 Position paper. Huisartsenzorg 2010-2014. www.lhv.nl.
- 2 Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V, et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *Lancet online* 4 aug 2014.

Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht en Huisartsenpraktijk Ruers Hobma Cals & Machielsen, Sittard: dr. S. Hobma, huisarts; dr. J.W.L. Cals, universitair docent en huisarts. Huisartsenpraktijk Ruers Hobma Cals & Machielsen, Sittard: L. Ruers, huisarts • Correspondentie: sjoerd.hobma@maastrichtuniversity.nl



Zuivel en acne vulgaris bij jong-volwassenen

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

Vraagstelling De huidige behandeling bij acne vulgaris is vooral gericht op symptoombestrijding. Vaak willen patiënten weten welk effect voeding heeft op de symptomen. De NHG-Standaard Acne (2007) concludeert dat het weinige onderzoek dat gedaan is geen samenhang aantoonde tussen bepaalde voedingsmiddelen en acne. Het onderzoek dat de afgelopen jaren is gedaan levert misschien nieuwe inzichten op. Wij onderzochten in de recente literatuur of de inname van zuivel de ernst van acne vulgaris bij jongvolwassenen kan beïnvloeden. **Zoekstructuur** Op 9 oktober 2014 doorzochten we PubMed met de zoektermen 'Dairy Products' [MeSH] AND 'Acne Vulgaris' [MESH] naar clinical trials, RCT's en systematic reviews.

Resultaten We vonden 29 artikelen die relevant waren voor onze vraagstelling, namelijk 2 prospectieve cohortonderzoeken,^{1,2} 1 klinische trial,³ 1 retrospectief cohortonderzoek, 3 patiëntcontroleonderzoeken en 22 reviews. De reviewartikelen beschreven de cohortonderzoeken en de klinische trial. We selecteerden de klinische trial³ en de 2 prospectieve cohortonderzoeken^{1,2} omdat deze de hoogste bewijskracht hebben.

In de twee prospectieve onderzoeken van Abedamawo et al. werd de relatie tussen zuivel en acne bij 9- tot 15-jarige jongens (n = 4273) en meisjes (n = 6094) onderzocht. De cohorten werden 3 jaar gevolgd (1996-1998). Elk jaar werd een gevalideerde Food Frequency Questionnaire afgenomen. In 1999 werd door de deelnemers een vragenlijst over de ernst van acne ingevuld. De zuivelinname van jongeren zonder acne werd vergeleken met de zuivelinname van jongeren met acne. Het verschil in prevalence ratio (PR) werd statistisch getoetst met behulp van de chi-kwadraattoets en wilcoxon-toets.

Het cohortonderzoek bij meisjes toonde een positieve associatie tussen acne en de totale hoeveelheid melkinname PR 1,2 (95%-BI 1,09 tot 1,31; p < 0,001), volle melk PR 1,19 (95%-BI 1,06 tot 1,32; p < 0,001), halfvolle melk PR 1,17 (95%-BI 1,04 tot 1,31; p < 0,001) en magere melk PR 1,19 (95%-BI 1,08 tot 1,31; p < 0,001). Het cohortonderzoek bij de jongens toonde alleen een positieve associatie tussen acne en magere melk PR 1,19 (95%-BI 1,01 tot 1,40; p = 0,02).

De dubbelblind gerandomiseerde placebogecontroleerde klinische trial van Kim et al. onderzocht het effect van toevoeging van lactoferrine aan melk op de ernst van acne bij 36 Koreaanse jong-volwassenen (18-30 jarigen). Lactoferrine is een wei-eiwit, dat mogelijk anti-inflammatoire eigenschap-

pen heeft. Patiënten met acne werden gerandomiseerd voor dagelijkse melkinname met lactoferrine of placebo. Na 12 weken consumptie was de acnegrade (Leeds revised acne grading system) in de lactoferrinegroep met -37% (-44,6 tot -30,0) afgenomen, tegen -17% (-32,6 tot -1,4; p = 0,023) in de placebogroep. Het totaal aantal acnelaesies, beoordeeld door een onafhankelijke dermatoloog, was met -56,3 (-72,6 tot -40,0) versus -33,2 (-52,7 tot -13,7; p = 0,033) afgenomen in de lactoferrinegroep in vergelijking met de placebogroep.

Bespreking De validiteit van de twee prospectieve onderzoeken van Abedamawo kan ter discussie worden gesteld. Het voorkomen van acne werd gebaseerd op zelf ingevulde vragenlijsten en het was niet bekend wanneer de jongens en meisjes last kregen van acne. Aangezien de PR-waarden dicht bij 1 lagen, is de vraag wat de klinische relevantie van de uitkomsten is.

De RCT van Kim et al. heeft niet gekeken naar de inname van melk versus geen melk, maar mogelijk is de samenstelling van melk van invloed op acne. Zwakke punten van deze trial zijn de lage power en de Koreaanse populatie, waardoor de resultaten niet direct zijn te extrapoleren naar een westerse populatie.¹

Conclusie In de kwalitatief matige onderzoeken lijkt een positieve associatie te zijn tussen de hoeveelheid, soort en samenstelling van zuivel en de toename in ernst van acne vulgaris bij jong-volwassenen. Meer onderzoek is nodig om een gedegen advies te kunnen geven over melkconsumptie en andere zuivelproducten bij acne.

Betekenis Wegens gebrek aan goed methodologisch onderzoek naar zuivelproducten en acne bij jong-volwassenen van westerse afkomst, is er op dit moment onvoldoende bewijs om een zuivelarm dieet of het weglaten van specifieke zuivelsoorten uit het dieet te adviseren. Onze bevindingen ondersteunen dus de conclusie in de NHG-Standaard. ■

LITERATUUR

1. Adebamowo CA, Spiegelman D, Berkey CS, Danby FW. Milk consumption and acne in adolescent girls. *Dermatol Online J* 2006;12:1.
2. Adebamowo CA, Spiegelman D, Berkey CS, Danby FW. Milk consumption and acne in teenaged boys. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:787-93.
3. Kim J, Ko Y, Park YK, Kim NI, Ha WK, Cho Y. Dietary effect of lactoferrin-enriched fermented milk on skin surface lipid and clinical improvement of acne vulgaris. *Nutrition* 2010;26:902-9.

Antibiotica voorkomen exacerbaties bij COPD

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

Context Exacerbaties van COPD verminderen het dagelijks functioneren en veroorzaken ziekenhuisopnames en hoge kosten. Omdat exacerbaties vaak worden uitgelokt door infecties zou preventieve onderhoudsbehandeling met antibiotica een oplossing kunnen zijn.

Klinische vraag Voorkomt profylactisch gebruik van antibiotica exacerbaties van COPD en vergroot het de kwaliteit van leven?

Conclusies auteurs Een dagelijkse dosis antibiotica gedurende 1 jaar vermindert het aantal patiënten dat een exacerbatie krijgt (54% versus 69%) met een NNT van 8.¹ Verder verminderen antibiotica het aantal exacerbaties per jaar (rate ratio 0,73 (0,58 tot 0,91)). Deze analyse betreft 7 trials met in totaal 3170 patiënten met minstens matig ernstige COPD. De antibiotica bestonden uit macroliden of moxifloxacin (een chinolon) in één onderzoek. Intermitterend gebruik had geen effect op de exacerbaties. Dagelijks én intermitterend gebruik gaf wel een geringe verbetering op de kwaliteit van leven (St. George's Respiratory Questionnaire: -1,78; 95%-BI -2,95 tot -0,61), maar dit is nauwelijks klinisch relevant. Profylactisch antibiotica-gebruik had géén effect op longfunctie, sterfte en ziekenhuisopnames.

Beperkingen In slechts vier van de zeven onderzoeken werden bijwerkingen gerapporteerd. In de antibioticagroep kwamen meer gastro-intestinale bijwerkingen voor (oddsratio 1,58; 1,01 tot 2,47) en het meest bij moxifloxacin (number needed to harm (NNH) 25). Azithromycine ging gepaard met gehoorverlies (NNH 18).

COMMENTAAR

Elke huisarts heeft de zorg voor een paar mensen met ernstig COPD, die ondanks intensieve behandeling vaak exacerbaties hebben. Omdat bij deze kwetsbare groep frequent gebruik van oraal prednisolon veel bijwerkingen kent, zoals ontregelde diabetes, ligt het overwegen van een profylactische behandeling voor de hand. Deze review laat zien dat dagelijks profylactische antibiotica het optreden van exacerbaties vermindert.

De kwaliteit van de onderzoeken in deze review was redelijk tot goed, en de resultaten voor exacerbaties waren consistent over de onderzoeken. De onderzoekspopulaties bestonden uit mensen met op zijn minst matig ernstig COPD. Het gros had dan ook frequent exacerbaties, gebruikte geregeld orale steroïden en/of antibiotica, of was zuurstofafhankelijk. Daarom zijn de resultaten van deze review alleen toepasbaar op de patiënten met een (ver)gevoerd stadium van COPD. Dit betreft in de huisartsenpraktijk een kleine minderheid van de

COPD-patiënten (< 10 patiënten per normpraktijk). Ook geeft de review alleen informatie over macroliden. Er zijn geen trials over bijvoorbeeld doxycycline of ciprofloxacin, die ook af en toe door de tweede lijn worden voorgeschreven bij ernstige COPD. Chinolonen zijn in de eerste lijn geen optie vanwege snelle en ernstige resistentievorming.

Onze huidige richtlijnen raden onderhoudsbehandeling met antibiotica in principe af vanwege zorgen over bijwerkingen en resistentievorming, niet alleen bij de patiënt maar ook in de samenleving. Toch lijkt het voor sommige patiënten met ernstige COPD het overwegen waard. Een exacerbatie is een ingrijpende gebeurtenis die de patiënt met ernstige COPD soms geheel afhankelijk maakt van zorg en de conditie blijvend vermindert. Huisarts en patiënt zouden de voor- en nadelen samen moeten afwegen, waarbij duidelijk moet zijn voor de patiënt dat de nadelen wat betreft resistentie niet goed te voorspellen zijn. Het is weliswaar bekend dat de luchtwegen van patiënten met COPD die antibiotica gebruiken meer resistente bacteriën bevatten, maar het is niet bekend of, hoe en wanneer dit precies problemen gaat veroorzaken. Het lijkt verstandig om patiënten die profylactisch antibiotica gebruiken nog nauwkeuriger te monitoren en bij mogelijke infectie rekening te houden met bacteriële resistentie en laagdrempelig te overleggen met de longarts. Sommige patiënten nemen eventuele bijwerkingen en onzekerheid misschien voor lief als zij mogelijk minder exacerbaties krijgen.

Volgens de auteurs van de review is profylactisch gebruik van macroliden te overwegen, maar moet tevoren een ECG (uitsluiten van een verlengd QT-interval) en gehoortest worden afgenomen vanwege mogelijke bijwerkingen van ritmestoornissen en gehoorverlies. In de onderzoeken van de review waren mensen met verlengd QT-interval en gehoorverlies uitgesloten. Het overleg tussen huisarts, longarts en patiënt zal hierbij in het algemeen de doorslag geven. Zo kan men zich voorstellen dat deze voorzorgsmaatregelen in een palliatieve situatie achterwege gelaten worden.

Samenvattend: het profylactisch gebruik van macroliden helpt exacerbaties voorkomen bij ernstig COPD, maar vermindert het de sterfte en ziekenhuisopnames niet. In het kader van 'zorg op maat' kan het een serieuze optie zijn bij mensen met ernstig COPD met frequente exacerbaties. ■

LITERATUUR

- 1 Herath SC, Poole P. Prophylactic antibiotic therapy for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Cochrane Database Syst Rev 2013;11:CD009764.



ECG's in de huisartsenpraktijk

Collega De Ruijter maakt zich terecht zorgen als er op onheuse gronden ECG's worden gemaakt in de huisartsenpraktijk.¹ Perverse, financiële prikkels mogen nooit een argument zijn om huisartsen die onbekwaam zijn in ECG-beoordeling te stimuleren ECG's te gaan maken. Dit laat onverlet dat vele huisartsen in hun praktijk ECG's maken en een substantieel deel van hen adequaat geschoold is. De kernvraag is daarbij: 'wat is het nut van ECG's in de eerste lijn?'

De auteurs van de nascholing over ECG's zijn allen kaderhuisartsen hart- en vaatziekten (HVZ) en geschoold in het kritisch beoordelen van hun functioneren.² Vandaar ook dat Konings in *Medisch Contact* haar eigen grenzen onder de loep

neemt.³ De auteurs hebben daarbij specifieke expertise over het verschil tussen de specialist in de tweede lijn met een sterk geselecteerde patiëntenpopulatie en de huisarts die zorg levert aan de 'vrij loslopende mens'.

De insteek van het artikel is om ECG's te maken op rationele gronden. Daarom zetten de auteurs uiteen welke indicaties voor een ECG van *meerwaarde* zijn in de *eerste lijn*. Zij lichten tevens toe wanneer ECG's *nutteloos* zijn. Een routine-ECG bij CVRM wordt beargumenteerd verworpen. Alleen bij specifieke indicaties wordt het maken van een ECG door huisartsen aanbevolen: vermoeden van ritmestoornissen – onder andere AF en bradycardie (mits tijdens klachten) – en bij stabiele angina pectoris of hartfalen.

Een M&I-vergoeding is nooit bedoeld om een verrichting te gaan uitvoeren waartoe men onbekwaam is of de orga-

nisatiestructuur niet toe heeft. Iedere huisarts dient zelf te bepalen in hoeverre hij of zij dit diagnosticum daadwerkelijk inzet. Voor de huisartsen die verder willen met elektrocardiografie denken we dat de auteurs in hun aankomende reeks artikelen een bijdrage kunnen leveren aan het vergroten van kennis over ECG's. ■

De Hart- en Vaatziekten Huisartsen Adviesgroep, mede namens Lia Chan-van der Vorm, Robert Willemsen, Karen Konings

LITERATUUR

- 1 De Ruijter W. ECG's in de huisartsenpraktijk: melkkoe of paard van Troje?. *Huisarts Wet* 2014;57:404.
- 2 Chan CM, Willemsen RTA, Konings KTS. Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2014;57:196-200.
- 3 Konings K. Huisarts is het afvoerputje van de zorg. *Med Contact* 2014;15:753-5.

Vaginaal bloedverlies

Met interesse las ik de herziening van de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies.¹ Opmerkelijk vind ik dat deze standaard adviseert bij postcoïtaal en intermenstrueel bloedverlies een chlamydiatetest te verrichten indien er een risico op soa is. Hiervoor wordt – ten onrechte – verwezen naar de NHG-Standaard Het soaconsult.² De standaard baseert diagnostisch handelen echter op een risicoschatting. Infecties met *Chlamydia trachomatis* komen het meest voor in Nederland, en zijn met name onder jongeren breed verspreid. De NHG-Standaard Het soaconsult adviseert dan ook een chlamydiatetest indien er geen sprake is van additioneel risico. Onder hoogrisicogroepen komen ook andere soa vaker voor en is het advies om testen op de big-5 te overwegen: chlamydia, gonorroe, hiv, syfilis en hepatitis. Bij een patiënte uit een risicogroep met postcoïtaal of intermenstrueel bloedverlies is naast een chlamydiatetest dus ook een gonorroetest aangewezen om aan te tonen of uit te sluiten of er sprake is van een chlamydia

en/of gonorrhoeïsche cervicitis of endometritis/PID. Dit lijkt dus een omissie in deze herziening van de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies. Welke test bij welk risicoprofiel hoort, is af te lezen in de beslisboom die door de Huisartsadviesgroep Seksuele Gezondheid (seks-HAG) is uitgebracht bij het verschijnen van de herziene NHG soa-standaard. Zie: https://seks-hag.nhg.org/sites/default/files/content/seks-hag/uploads/beslisboomkaart_soa_testen_2013.pdf. ■

Jan van Bergen, huisarts

LITERATUUR

- 1 Meijer LJ, Bruinsma ACA, Pameijer AS, Hehenkamp WJK, Janssen CAH, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (derde herziening). *Huisarts Wet* 2014;75:406-414.
- 2 Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kroonenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het soaconsult (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2013;56:450-63.

ANTWOORD

Van Bergen signaleert een mogelijke inconsistentie tussen de adviezen in de NHG-Standaarden Vaginaal Bloedverlies en Het soaconsult. Bij de NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies is de ingangsklacht abnormaal vaginaal

bloedverlies en niet de angst voor of het vermoeden van een soa of fluorklachten. De standaard benoemt nadrukkelijk het verhoogde risico op chlamydia bij intermenstrueel bloedverlies en contactbloedingen. Het advies is een risicoschatting op soa te doen en afhankelijk daarvan te testen op chlamydia. Er zijn immers zeker situaties denkbaar waarbij het risico op soa (vrijwel) uitgesloten is, zoals intermenstrueel bloedverlies bij afwezigheid van seksuele contacten. Bij patiënten met intermenstrueel bloedverlies uit hoogrisicogroepen zal – conform de NHG-Standaard Het soaconsult – onderzoek naar de big five overwogen moeten worden, evenals bij patiënten met een aangetoonde chlamydia-infectie.

Om verwarring te voorkomen zal de werkgroep de tekst in de webversie van de standaard op dit punt verduidelijken. ■

NHG-werkgroep Vaginaal bloedverlies

Is het pluisgevoel wel zo pluis?

Met stijgende verbazing heb ik het journaaltje gelezen over het niet-pluisgevoel van de huisarts.¹

Het ging om een Deens onderzoek naar het niet-pluisgevoel van huisartsen. Bij 42 van de 256 patiënten bij wie de huisarts een niet-pluisgevoel had, werd binnen 6 maanden de diagnose kanker of een andere ernstige ziekte gesteld. Is het niet-pluisgevoel van huisartsen dan wel zo goed ontwikkeld? Het verhoogt de voorafkans van 7% naar 16%.

De auteur beweert voorts dat afwezigheid van het niet-pluisgevoel betrouwbaar is. Hij vergeet daarbij dat de voorafkans op het niet hebben van kanker of een ernstige ziekte in deze populatie al erg groot was (4197 van de 4518 patiënten = 93%). Het pluisgevoel van de huisarts verhoogde deze kans met een 0,5% in een achterafkans van 93,5%!!! Veel erger is het dat de huisarts een pluisgevoel had bij 279 van de 319 patiënten (87%) bij wie uiteindelijk kanker of een ernstige ziekte werd vastgesteld. ■

Wim Lucassen, huisarts en onderzoeker AMC

LITERATUUR

- 1 Bonten T. Niet-pluisgevoel is wel pluis. Huisarts Wet 2014;57:445.

ANTWOORD

Wim Lucassen vraagt zich af of het niet-pluisgevoel van huisartsen wel zo goed ontwikkeld is, omdat de voorafkans volgens hem maar matig verhoogd wordt. Uit dit onderzoek blijkt weer dat de prevalentie van ernstige ziekten in de huisartsenpraktijk laag is. Dit brengt met zich mee dat het lastig is om een test (zoals het niet-pluisgevoel) te ontwikkelen die diagnoses kan bevestigen. Van de 256 patiënten bij wie de huisartsen een niet-pluisgevoel hadden, bleken immers 214 (84%) helemaal geen ernstige ziekte te hebben na 6 maanden. Kortom, als we het niet-pluisgevoel zien als een test, kent deze inderdaad een matige positief voorspellende waarde, met een hoog percentage fout-positieven. Bij een lage ziekteprevalentie is dit volledig volgens verwachting. Daarom zijn huisartsen meer bezig met het uitsluiten van ernstige ziekten dan met het aantonen daarvan. Het is dus interessanter om te kijken naar negatief voorspellende waarden. De negatief voorspellende waarde van 93,5% bij een follow-up van 6 maanden kan inderdaad als matig worden gezien. Bij een follow-up van 2 maanden was deze echter 97,2% [tabel 3]. Kortom, de negatief voorspellende waarde is in dit geval afhankelijk van de follow-up tijd: het pluisgevoel is zeker

der op de korte termijn dan op de lange termijn. Dit zou mede veroorzaakt kunnen worden door de onderzoeksopzet. Huisartsen legden namelijk alleen bij het eerste consult hun pluis/niet-pluisgevoel vast. Wat er in de maanden daarna plaatsvond is niet geregistreerd in dit onderzoek. Het kan dus best zijn dat een patiënt terugkwam met aanhoudende klachten, waarbij de huisarts op dat moment wél een niet-pluisgevoel had, en vervolgens een ernstige ziekte is vastgesteld. Kortom, het initiële pluisgevoel kan veranderen in een niet-pluisgevoel als klachten aanhouden. Dit herkent denk ik elke huisarts.

De laatste berekening van Wim Lucassen is niet correct. Huisartsen hadden een pluisgevoel bij 4262 patiënten, waarvan er na 6 maanden 279 (6,5% fout-negatieven) tóch een ernstige ziekte bleken te hebben. Van deze 6,5% is het dus nog onduidelijk of de huisarts toch nog een niet-pluisgevoel heeft gekregen in de maanden na het eerste contact. ■

Tobias Bonten

Klinische lessen voor H&W gevraagd

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

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

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

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

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

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Juist

Verwijs met spoed bij alarmsymptomen (uitputting, cyanose, bewustzijnsdaling, zuurstofsaturatie < 92%). Bel een ambulance met U1-indicatie en vernevel, indien beschikbaar, zuurstof (10 l/min) met salbutamol (< 4 jaar 2,5 mg; ≥ 4 jaar 2,5 tot 5,0 mg) en ipratropiumbromide (< 4 jaar 250 microg; ≥ 4 jaar 500 microg). Streef naar een zuurstofsaturatie > 94%. Indien verneveling niet beschikbaar is, geeft de huisarts salbutamol 100 mcg/dosis per voorzetkamer, 4 tot 8 inhalaties.

Bindels PJE, Van de Griendt EJ, Grol MH, Van Hensbergen W, Steenkamer TA, Uijen JHJM, et al. NHG-Standaard Astma bij kinderen (derde herziening). www.nhg.org.

3. Juist / 4. Onjuist

Bij jichtarthritis zijn NSAID's en orale corticosteroiden gelijkwaardige eerstekeus pijnbestrijders. Kies voor corticosteroiden als NSAID's op voorhand ongewenst zijn vanwege hun bijwerkingen. Stap over op colchicine als na drie tot vijf dagen geen verbetering optreedt. Corticosteroiden alléén geven geen verhoogde kans op peptische aandoeningen. Ze kunnen wel een bestaand ulcus pepticum verergeren of de genezing ervan vertragen.

Janssens HJEM, Lagro HAHM, Van Peet PG, Gorter KJ, Van der Pas P, Van der Paardt M, et al. NHG-Standaard Arthritis (eerste versie). www.nhg.org.

5. Onjuist / 6. Juist

Doel van een cohortonderzoek is om het beloop van een fenomeen over langere tijd te bestuderen. Alle personen die daarvoor in aanmerking komen, worden gedurende een bepaalde tijd gevolgd en er vindt een systematische observatie plaats van gebeurtenissen waarin de onderzoeker is geïnteresseerd. Een cohortonderzoek wordt gebruikt in diagnostisch onderzoek en is ook geschikt om een causaal verband aan te tonen, vooral omdat de tijdsvolgorde tussen twee gebeurtenissen duidelijk is. Doel van een patiëntcontroleonderzoek is na te gaan of een bepaalde gebeurtenis zich vaker voordoet bij patiënten dan bij 'controlepersonen'. Een patiëntcontroleonderzoek wordt vaak gebruikt om causale verbanden te

onderzoeken omdat een randomised controlled clinical trial (RCT) meestal op praktische en ethische bezwaren stuit.

Schellevis F, Van der Horst H. Hoe zoekt en beoordeelt u medische literatuur? Aflevering 1: Bewijskracht van medisch-wetenschappelijk onderzoek. *Huisarts Wet* 2006;49:498-500.

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

7. Juist / 8. Juist

Bij fluctuatie zijn incisie en drainage van het abces geïndiceerd. Adviseer de patiënt de wond dagelijks te (laten) spoelen met water uit kraan of douchekop zodat wondvocht en pus zich niet ophopen. Controleer de wond na een dag. Bij geen verbetering gaat het mogelijk om een uitgebreid of dieper gelegen abces en is verwijzing naar de chirurg aangewezen. Alleen bij patiënten met een verhoogd risico op endocarditis of een verhoogd risico op infectie van een kunstgewricht bestaat een indicatie voor preventieve behandeling met antibiotica. Patiënten met een verhoogd risico op infectie van een kunstgewricht zijn patiënten met diabetes mellitus of reumatoïde arthritis. Geef volwassenen 30 tot 60 minuten voor de ingreep 2 g flucloxacilline per os.

Wielink G, Koning S, Oosterhout RM, Wetzels R, Nijman FC, Draijer LW. NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (eerste herziening). www.nhg.org.

9. Onjuist / 10. Onjuist

Breedspectrumpenicillines, met name amoxicilline en ampicilline, geven bijna altijd toxicodermie of rash bij patiënten met mononucleosis infectiosa. Bij smalspectrumpenicillines zoals fenoxymethylpenicilline zijn tot op heden in de literatuur geen gevallen van rash beschreven, bij azitromycine zelden. Patiënten met een ernstige keelontsteking en vermoeden van mononucleosis infectiosa kan men zonder gevaar voor het optreden van rash direct smalspectrumpenicilline of azitromycine geven als het klinisch beeld hiertoe aanleiding geeft, en de uitslag van de EBV-serologie afwachten.

Zwart S, Dagnelie CF, Van Staaïj BK, Balder FA, Boukes FS, Starreveld JS. NHG-Standaard Acute keelpijn (tweede herziening). www.nhg.org.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

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

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijnenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
Abonnementsprijs (print + online toegang): € 209,-
Abonnementsprijs (enkel online toegang): € 125,40
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

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

ISSN 0018-7070



Een mooie toekomst

Een toenemend aantal mensen heeft meer vertrouwen in de mening van gelijken dan van een institutie. De explosieve groei van websites als *Tripadvisor*, *Iens*, maar ook *Zorgkaart* illustreert dat. Mensen leren kennelijk graag van elkaar. Dat doen wij als dokters ook. Zo voorzien we elkaar steeds actiever van kennis via digitale communicatie. Van aiossen begrijp ik dat ze elkaar geanonimiseerde casuïstiek voorleggen op Facebook en Twitter. Bij de opzet van HAweb was een van de belangrijkste doelstellingen dat leden de gelegenheid kregen om per thema collega's met gelijke belangstelling op te zoeken en met hen informatie uit te wisselen. Iedere gebruiker kan een groep starten en ook kun je voor je eigen praktijk een groep maken waar aan alle medewerkers deelnemen. Intus-

sen zijn op die manier 2000 groepen gestart op HAweb, waarvan er 200 vrij toegankelijk zijn en de andere op uitnodiging.



Toch bleek vorig jaar uit raadpleging van ons ledenpanel dat het gebruik van HAweb om informatie uit te wisselen tegenvalt, terwijl meer dan 90% van de NHG-leden zich wel bij HAweb heeft aangesloten. Een derde deel van hen gebruikt HAweb zelfs zelden of nooit. Dat is jammer, want behalve de mogelijkheid om informatie uit te wisselen biedt de website nog andere handigheidjes, zoals het overzichtelijke dashboard dat je naar eigen behoefte kunt inrichten. Bij elke standaard is er een mogelijkheid om vragen te stellen of meningen te delen (zie www.nhg.org, rechts van elke standaard). En het voordeel van de groepen is dat je zelf kunt bepalen of en hoe vaak je geïnformeerd wilt worden over aanvullingen. Als de huidige maatschappelijke trend doorzet, heeft HAweb dus een grote toekomst.

Wilt u op deze column reageren? Het kan als u langskomt bij het ledenforum op HAweb.nl!

Rob Dijkstra

Spoeisende zorg voor monstertjes...

Binnenkort komt een nieuwe 'serious game' uit, met nascholing gericht op de triagisten. Maar het spel is zo leuk, dat u het als huisarts vast ook eens wilt proberen! Geen echte patiënten maar 3D-monstertjes bellen naar de huisartsenpost en het is zaak zo veel mogelijk van hen te 'redden' door correct de urgentie te bepalen en het juiste vervolgtraject in te zetten. Daarbij zijn medische vakkennis én communicatieve vaardigheden nodig. Je kunt de game in je eentje spelen, maar ook –nog spannender– tegen collega's of zelfs in teams tegen teams.



Het spel wordt ontwikkeld door Doktersdienst Groningen en Stichting NTS. Het zal als eerste zijn toegesloten op de Nederlandse Triage Standaard, maar andere triagesystemen zullen volgen. De praktijkvoorbeelden zijn aangeleverd door het werkveld zelf; voor de adviezen die de monstertjes krijgen wordt gebruikgemaakt van teksten van het NHG. Eind december/begin januari wordt de game naar verwachting opgeleverd. Erg leuk om te spelen, maar wel 'serieuze', geaccrediteerde nascholing! Meer informatie is te verkrijgen via info@indietopiamedical.org.

Call for Abstracts NHG-Wetenschapsdag 2015

De cohortstudie: een krachtig design voor huisartsgeneeskundig onderzoek

De cohortstudie is niet weg te denken binnen het huisartsgeneeskundig onderzoek. Goede kennis van de voor- en nadelen van dit onderzoeksdesign is van belang, reden om dit thema komend jaar centraal te stellen tijdens de NHG-Wetenschapsdag. Wie een bijdrage wil leveren aan het programma in de vorm van een voordracht of posterpresentatie, kan hiertoe een ab-

stract indienen via www.nhgwetenschapsdag.nl. Aiossen huisartsgeneeskunde en aiotho's worden met nadruk uitgenodigd om dit te doen. Elk onderzoek met relevantie voor de huisartsgeneeskunde is welkom, maar gezien het dagthema worden vooral uitvoerders van cohortonderzoeken extra gestimuleerd om een abstract in te dienen. De NHG-Wetenschapsdag 2015 wordt georganiseerd in samenwerking met het Erasmus Medisch Centrum en vindt plaats op **vrijdag 19 juni in Rotterdam**.

Symposium Huisarts en poh-ggz: Samen sterker!

De poh-ggz is een belangrijke aanwinst voor de huisartsgeneeskunde en de tijd is rijp voor een gezamenlijke kwaliteits-slag. Daartoe kunnen duo's van huisartsen en poh's-ggz volop inspiratie opdoen tijdens bovengenoemd symposium, waar diverse thema's rond diagnostiek en behandeling de revue passeren. Ook de samenwerking in de huisartsenpraktijk en met de consultatief psychiater krijgt volop aandacht.

De organisatie van het symposium ligt in handen van de Psychiater, de Landelijke Vereniging POH-GGZ en het NHG. Het vindt plaats op **donderdag 22 januari 2015** van 09.30 tot 18.00 uur in het NBC Congrescentrum te Nieuwegein. Meer informatie over het programma vindt u op www.nhg.org/ggzsymposium. U kunt zich hier ook inschrijven.



Ervaringen met de visitatie van huisartsen

Met ingang van 2016 zal visitatie deel uitmaken van de herregistratie-eisen voor huisartsen, met als doel hun individuele functioneren in beeld te brengen. Het hiertoe ontwikkelde instrument wordt in de praktijk getest in een pilot waaraan 27 huisartsen deelnemen. Zij doorlopen de stappen van aanmelding tot afronding van de visitatie en gebruiken daarbij het *Visitatiesysteem Online (VOL)*. Hieronder leest u over hun ervaringen.

Het visitatieprogramma

De pilot richt zich vooral op de praktische uitvoerbaarheid van het visitatieprogramma dat het NHG in samenspraak met de LHV en de afdeling IQ Healthcare van de Radboud Universiteit ontwikkelde. Het programma is een instrument om een beeld te krijgen van de sterke en minder sterke kanten van het functioneren van de huisarts. Dit biedt de mogelijkheid om verbeterpunten op te sporen en veranderingen in gang te zetten. Het programma bestaat uit:

- een vragenlijst voor de huisarts gericht op zelfevaluatie;
- een vragenlijst waarmee collega's binnen en buiten de eigen huisartsenpraktijk feedback kunnen geven;
- een vragenlijst voor patiënten.

De vragen richten zich op alle competenties van de huisarts: medisch handelen, samenwerken, communicatie, professionaliteit, organiseren, maatschappelijk handelen en kennis/wetenschap.

De feedback van collega's en patiënten wordt naast de zelfevaluatie van de huisarts gelegd en dit tezamen vormt de basis voor een visitatiegesprek met een door het NHG erkende gespreksleider. Is het visitatieprogramma doorlopen, dan voldoet de huisarts aan de nieuwe herregistratie-eis. Het visitatietraject is geaccrediteerd voor 4 punten.

Ervaringen uit de pilot

De praktische uitvoerbaarheid van het visitatieprogramma wordt getest in een pilot waarvoor een aantal enthousiaste huisartsen en gespreksleiders zich direct opgaven. Inmiddels hebben zowel huisartsen als gespreksleiders hun eerste ervaringen gedeeld, waarmee ze een belangrijke bijdrage leveren

aan het vervolmaken van het visitatieprogramma. Twee van hen krijgen hieronder het woord.



Willem Bijleveld, huisarts te Nijmegen, gaf zich direct op voor de pilot, want: 'Je kijkt elke dag in de spiegel, maar niet zozeer in de huisartsenspiegel. De visitatie is een manier om feedback te krijgen die ik anders nooit zou hebben gekregen.'

Over zijn ervaringen in de pilot vertelt Bijleveld: 'Bij het benaderen van patiënten en collega's heb ik de tijd genomen om hen te informeren over het project en het belang van de feedback. Dat heeft me wel veel tijd gekost, maar de respons was dan ook erg goed. Ik heb daar zeker zinvolle informatie uit kunnen halen. Bij de bespreking van de feedbackrapportages met de gespreksleider haalde zij weer aspecten naar voren die mijzelf niet waren opgevallen. Alleen was het onduidelijk wat haar en mijn taak was bij het maken en vaststellen van het gespreksverslag in VOL. De handleiding voor huisartsen en gespreksleiders moet hierbij dus meer duidelijkheid bieden.'

Gespreksleider André Haverkort, huisarts te Beuningen, deed eveneens mee aan de pilot. 'Het blijft boeiend en interessant om van zo dichtbij in anderen's keukens te mogen meekijken. Wel ben ik benieuwd of dit instrument voldoende discrimineert tussen de verschillende huisartsen.'

Haverkort vervolgt: 'De kernactiviteit van huisartsen is het gesprek met de patiënt, maar ik mis in het visitatie-instrument een beoordeling van de consultvaardigheden. Ook daar hebben we mooie scoringsinstrumenten voor, dus het zou goed zijn wanneer de beoordeling van de consultvoering zou worden toegevoegd aan de visitatie.'



Hoe nu verder?

Per 1 januari 2016 gaat de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten deelname aan een visitatieprogramma als eis bij de herregistratie handhaven. De eerste huisartsen zullen dus al in 2015 het visitatieprogramma doorlopen. Alle huisartsen krijgen een brief over de procedure en het programma. Voor de ondersteuning van huisartsen en gespreksleiders is het Bureau Visitatie Huisartsen (BVH) opgericht. Vanaf 1 februari 2015 kunt u zich via www.nhg.org/visitation aanmelden voor het visitatieprogramma; hier vindt u ook meer informatie. Met eventuele vragen kunt u terecht bij het Bureau Visitatie Huisartsen: visitation@nhg.org of ondergetekende: s.vanlogtestijn@nhg.org.

Sabine van Logtestijn, NHG-projectleider Visitatie

NHG-AGENDA 2014/2015 data



- **Symposium Huisarts en poh-ggz:**
Samen sterker! 22 januari
- **LOVAH-Congres** 23 januari
- **CWO-weekend** 27-28 maart
- **NHG-Wetenschapsdag** 19 juni
- **NHG-Congres 2015 over seksuele gezondheid en urogynaecologie** 13 november

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

Wat heeft uw wetenschappelijke vereniging voor u gedaan in 2014?

De belangrijkste producten uit het afgelopen jaar

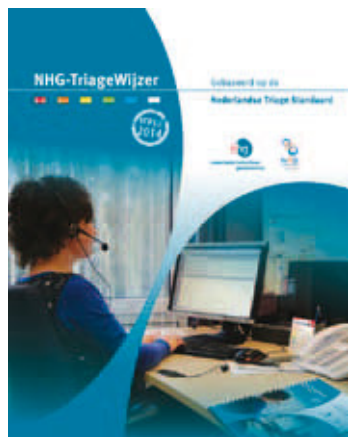
De maand december vormt altijd een goed moment om terug te kijken op de activiteiten in het afgelopen jaar. Wellicht bezocht u de gebruikelijke 'hoogtepunten', zoals de jaarlijkse NHG-Wetenschapsdag en het zojuist gehouden congres *Dokters doe je niet alleen*. Maar ook zijn weer vele producten uitgebracht waarmee het NHG hoopt zijn leden te ondersteunen. De nieuwe standaarden kent u natuurlijk al, maar er is zo veel meer. Hieronder zijn de belangrijkste producten uit 2014 nog eens voor u op een rij gezet.

AbcdeSIM voor huisartsen

AbcdeSIM is een e-learning en *serious game* in één: u kunt zich hiermee spelenderwijs maar levensecht het ABCDE in spoedeisende situaties eigen maken. Met levensechte patiënten in een virtuele situatie kunt u uw vaardigheden in de huisartsgeneeskundige spoedzorg trainen, gewoon op uw eigen pc of tablet.

Het AbcdeSIM is ontwikkeld in samenwerking met Erasmus MC, Huisartsopleiding Nederland, het NHG en de SBOH. De e-learning is geaccrediteerd voor vijf uur.

Herziene NHG-TriageWijzer



In de herziening van de NHG-TriageWijzer zijn alle ingangsklachten, triagecriteria en urgentiecategorieën aangepast conform de nieuwste versie van de Nederlandse Triage Standaard. Zo is de urgentiecategorie U4 veranderd van 'binnen dezelfde dienst' in *binnen 24 uur*. Alle vroegere U4-criteria zijn indien nodig veranderd in U3. Verder

is de informatie van de advieskaarten waar mogelijk bij de ingangsklachten ondergebracht, waardoor de adviespagina's zijn uitgebreid. En tot slot is de gehele vormgeving van de TriageWijzer aangepakt, opdat de informatie gemakkelijker vindbaar is.

Het 'Spoedboekje'

Het zeer handzame 'Spoedboekje' helpt u als huisarts bij het maken van een snelle inschatting van levensbedreigende problematiek en biedt u handreikingen voor mogelijke interventies. Er is een papieren versie van het boekje, maar het is ook uitgebracht als e-book dat u op uw smartphone of tablet kunt raadplegen. Zo heeft u dus altijd de adviezen voor de opvang van patiënten met acute gezondheidsproblemen bij de hand.

Het herziene Handboek Verrichtingen

Ruim twee jaar is gewerkt aan de volledige herziening van het uiterst succesvolle *Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk*. De beschrijvingen van tien nieuwe verrichtingen zijn toegevoegd en twaalf 'oude' zijn ingrijpend veranderd (in beeld en tekst). Tot slot zijn de beschrijvingen van veertig verrichtingen geactualiseerd op basis van de jongste inzichten.

Tot 31 december krijgt u € 25,- extra korting op de ledenprijs als u uw oude handboek inlevert!



Boek Protocollaire GGZ

De rol van de huisartsenpraktijk in de begeleiding van patiënten met psychische problematiek wordt steeds belangrijker. Als de huisarts en de poh-ggz elkaar 'goed kunnen vinden' bij de diagnostiek en behandeling, resulteert dat in een optimale zorg. Het boek *Protocollaire GGZ* biedt huisarts en poh-ggz ondersteuning bij de begeleiding en behandeling van patiënten met psychische klachten, depressie, angst en slaapproblemen, en bij het terugdringen van benzodiazepinegebruik. Ook is er aandacht voor de taakafbakening tussen huisartsenzorg, de generalistische basis-ggz en de specialistische ggz. Alle protocollen en bijlagen van het boek kunt u ook raadplegen en downloaden via www.protocollaireggz.nl.

Boek Protocollaire wondzorg

De meest recente uitgave in de succesvolle reeks over protocollaire zorgverlening in de huisartsenpraktijk is het boek *Protocollaire wondzorg*. U vindt hierin alles wat u wilt weten over de verzorging van acute en complexe wonden en de meest eigende verbandmiddelen. Behalve 'gewone' wonden krijgen ook *ulcus cruris venosum* (waaronder de zwachteltechnieken) en *decubitus* aandacht. Wie het boek aanschafft krijgt tevens toegang tot het e-book over dit onderwerp, dat u kunt downloaden op uw smartphone of tablet.

Rond april 2015 verschijnt in de reeks rond protocollaire zorgverlening een nieuw boek: *Protocollaire ouderenzorg*. Dit boek zal de NHG-PraktijkWijzer Ouderenzorg vervangen.

Geïnteresseerd?

Alle hierboven genoemde uitgaven kunt u met ledenkorting bestellen via de webwinkel op www.nhg.org. U vindt hier ook de vele andere producten die het NHG in 2014 en de jaren daarvoor heeft uitgebracht.

Interview met Marc Eyck over de indicatoren voor het derde segment:

‘Hoe bepaal je wat recht doet aan goede huisartsenzorg?’



Zoals bekend is in het gesloten Zorgakkoord gekozen voor een segmentale bekostigingsstructuur voor de huisartsenzorg. Daarbij is het de bedoeling dat bepaalde aspecten van de zorg komen te vallen onder ‘het derde segment’, waaraan een extra financiële beloning is verbonden. In een interview vertelt Marc Eyck, hoofd van de NHG-afdeling Beleid, over de rol van het NHG bij de ontwikkeling van indicatoren.

Is het NHG betrokken bij de onderhandelingen rond het derde segment?

‘Nee, de onderhandelingspartners zijn enerzijds de LHV en InEen, en anderzijds VWS en ZN. Maar de LHV en InEen hebben het NHG gevraagd om samen met andere partijen voor het onderdeel *diagnostiek en verwijzing* de indicatoren te ontwikkelen, die we baseren op onze standaarden. We zijn dus niet betrokken bij de overige drie zorgonderdelen die onder het derde segment komen te vallen: doelmatig voorschrijven, service en bereikbaarheid, en substitutie.’

Was het NHG blij met dat verzoek?

‘In eerste instantie waren we wat huiverig, want we willen niet de politieagent voor onze eigen beroepsgroep worden en ook realiseerden we ons heel goed hoe lastig het formuleren van goede indicatoren zou zijn. Maar het NHG is benieuwd wat het *pay for performance*-principe voor de huisartsenzorg zal gaan betekenen. In het buitenland is hier ervaring mee opgedaan en daar waar het goed gaat is de beroepsgroep zelf betrokken bij het maken van de indicatoren en het beloningssysteem. Ook wil het NHG graag een bijdrage leveren aan het verlenen van “zinnige en zuinige zorg”. En bovenal vindt het NHG dat als er dan toch indicatoren moeten komen, die beter door de beroepsgroep zelf kunnen worden ontwikkeld. Op die manier kun je waarborgen dat de te leveren inspanningen toegevoegde waarde hebben voor de patiënt en de kwaliteit van de

zorg, en dat de focus niet alleen op kostenbesparing komt te liggen.’

Wat houden de ontwikkelde indicatoren precies in?

‘Allereerst moet je bepalen welke indicatoren een maat geven voor “goede” huisartsenzorg: ze moeten recht doen aan wat je wilt meten, betrouwbaar en vergelijkbaar zijn, en voldoende onderscheidend vermogen hebben. Ook moeten de indicatoren inhoudelijk valide zijn, dus *evidence based* en afgeleid van onze richtlijnen. Ze moeten gevoelig zijn voor verandering, met andere woorden: verbeteringen moeten zichtbaar zijn in de indicatorscore. Je wilt immers iets meten waar echt verbeteringspotentieel in zit. En we vinden dat indicatoren alleen over de kernhandelingen in de zorg moeten gaan en niet moeten leiden tot het steeds meer registreren van details. Bij dit alles werken we aan een groeimodel, waarbij we hopen elk jaar een aantal zinnige indicatoren te kunnen ontwikkelen die bruikbaar zijn bij de contractering. Voor komend jaar proberen we tien indicatoren op te leveren en dat is nog een hele uitdaging!’

Waarom is het ontwikkelen van die indicatoren zo lastig?

‘Dat betreft vooral de normering: wat is goede zorg, wat is minder goed en waar ligt daarbij precies de grens? En als je wilt dat huisartsen hun zorg verbeteren, dan kun je daar wel percentages voor vaststellen, maar je moet ook rekening houden met de samenstelling van patiëntenpopulaties. In achterstandswijken of bij een praktijkpopulatie met erg veel ouderen is een geringe kwaliteitsverbetering vaak een veel grotere

prestatie dan in praktijken in de “grachtengordel”. En tot slot: alleen verbeteringen meten is niet voldoende, want het is natuurlijk niet goed om de huisartsen die al optimale zorg verlenen – en dus geen of weinig verbetering kunnen realiseren – daarvoor níet te belonen. Er komt kortom nogal wat bij kijken, want je wilt recht doen aan goede huisartsenzorg.’

Kun je misschien een concreet voorbeeld noemen?

‘Voor 2015 bekijkt het NHG of we een indicator kunnen ontwikkelen voor de kleine chirurgie. Wenselijk is dat de ingrepen die de huisartsenpraktijk kan uitvoeren daar ook daadwerkelijk plaatsvinden. Maar dit moet er niet toe leiden dat huisartsen nooit meer naar de tweede lijn zouden verwijzen. Bij dit soort medisch-inhoudelijke onderwerpen kun je de streefwaarde van je indicatoren dus niet op 100% stellen en dat geldt ook voor indicatoren waarbij het de bedoeling is dat de huisarts de richtlijnen samen met de patiënt vertaalt in passende zorg. Anderzijds, hoe “harder” de aanbeveling, hoe harder de indicator; stoppen met roken is bijvoorbeeld altijd goed...’

Heeft de nieuwe beloningsstructuur ook voordelen voor de huisarts?

‘Het biedt huisartsen ook verbeteringspotentieel. Een financiële beloning voor al je inspanningen kan een extra stimulans vormen om verbeteringen door te voeren die ten goede komen aan je patiënt en je kwaliteit van zorg, en welke huisarts wil dat nou niet? Je kunt het dus ook zien als een extra motivator.’ (AS)

Redactie NHG-nieuws

Joost Blijham, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Contact

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

Colofon

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