

H&W

Huisarts en Wetenschap

BESCHOUWING

Meer counseling in de NHG-Standaard Anticonceptie nodig

NASCHOLING

Sepsis herkennen bij een volwassene

KLINISCHE LES

Seksueel misbruik bij verstandelijk beperkte meisjes



DENK JE DAT IK ME GEEN ZORGEN MAAK ALS MIJN MENSTRUATIE UITBLIJFT?

IK WIL BETROUWBARE ANTICONCEPTIE
ZONDER HET RISICO DAT IK EEN PIL VERGEET

INTRODUCTIE VAN KYLEENA® – HET 5-JAARS, LAGE DOSIS ALTERNATIEF

0,29

5-jaars Pearl Index^{1*}

LAAGSTE DAGELIJKSE
DOSIS HORMONEN
in een 5-jarig hormoonspiraal^{1,2}

KLEIN T-FRAME MET
EEN DUNNE, FLEXIBELE
INBRENGBUIS^{1,2}



* Jaar 1 Pearl-index: 0,16 (95% CI's 0,02–0,58). 5-jaars-Pearl-index: 0,29 (95% BI 0,16–0,51).
Het faalpercentage was na 1 jaar ongeveer 0,2%. Het cumulatieve faalpercentage na 5 jaar
was ongeveer 1,4%.

NIEUW

1. Kyleena® SmPC 20 december 2016 2. Nelson A et al. Obstet Gynecol 2013;122:1205–1213.

Voor verkorte productinformatie zie elders in deze uitgave.

L.NL.MKT.WH.06.2017.0344

LOG IN OP MEDISCHWIJZER.NL VOOR
MEER INFORMATIE OVER KYLEENA

 kyleena®

ONDERZOEK Proactief gezondheidsonderzoek bij verstandelijke beperking
Esther Bakker-van Gijssel, Tim olde Hartman, Peter Lucassen, et al.

Onderbouwing diagnostisch proces NHG-Standaarden
Arianne Verhagen, Arthur Bohnen

BESCHOUWING Meer counseling in de NHG-Standaard Anticonceptie nodig
Charles Picavet, Peter Leusink

DISCUSSIE Counseling is dagelijks werk voor de huisarts
Miranda Kurver, Margriet Bouma

Denk tijdig aan metformine bij diabetes
Nellie Jans

NASCHOLING Sepsis herkennen bij een volwassene
Feike Loots, Anne Prins, Dave Tjan, et al.

Herkennen van inflammatoir mammacarcinoom
Carolien Schröder, Gerda van der Woude, Liesbeth Jansen, et al.

(VER)STAND VAN ZAKEN Onderzoek naar lichttherapie bij depressie tijdens zwangerschap
Babette Bais

KLINISCHE LES Seksueel misbruik bij verstandelijk beperkte meisjes
Tonnie Coppus, Toine Lagro-Janssen

CATS Venapunctie mag na lymfeklierdissectie bij mammacarcinoom
Lotte Nijenbanning, Mariken Stegmann

CASUÏSTIEK De pancoasttumor: witte raaf bij schouderpijn
Pim Keurlings, Frans van Horne, Julius Janssen

Hoofdhuidkoeling bij chemotherapie
Simone Breed, Wim Breed

PEARLS Stoppen met roken bij COPD
Persijn Honkoop

IMPORT Minder regels, betere zorg?
Sjoerd Hobma

Ook in VS moet 'het roer' om
Sjoerd Hobma

Iedere patiënt een eigen gebruiksaanwijzing



In de stadspraktijk, waar ik het eerste jaar als aios heb doorgebracht, bevinden zich veel expats. Hoogopgeleide mensen met een diverse culturele achtergrond, die vaak gewend zijn aan een heel ander gezondheidssysteem dan het onze. Dit brengt een heel eigen soort vragen en problemen met zich mee. Zoals de Franse bloedsuikermeter die de glucose rapporteert in mg/dl in plaats van in mmol/l. Een hypoglykemie lijkt dan ineens een hyperglykemie.

Ook merkte ik dat deze patiënten een hele andere aanpak van mij als huisdokter vereisten. Zo herinner ik mij een vrouw uit Israël, die meende dat alleen een scan haar zou kunnen geruststellen over haar spierspanningshoofdpijn. Het vergde heel wat moeite om niet 'gewoon' aan haar verzoek gehoor te geven. Het had zeker een hoop tijd en ergeris gescheeld.

Op dat soort momenten is het goed om te weten dat Verhagen et al. bevestigen dat de aanbevelingen uit verschillende NHG-Standaarden om iets niet te doen (bijvoorbeeld geen MRI bij specifieke rugklachten) vaak goed wetenschappelijk onderbouwd zijn. In tegenstelling tot veel adviezen om iets wel te doen. Patiënten hechten vaak veel waarde aan aanvullend onderzoek. Het feit dat elke vraag tijdens de anamnese en elk onderzoek tijdens het lichamelijk onderzoek al een stap is in het diagnostisch proces krijgt daardoor minder erkenning. Als de patiënt vanuit het thuisland gewend is om direct aanvullend onderzoek te krijgen, kan dit botsen met de Nederlandse terughoudendheid.

Expats zijn zeker niet de enige patiëntengroep met een eigen gebruiksaanwijzing. Aan het andere uiterste van het spectrum bevinden zich patiënten met een verstandelijke beperking. Bakker et al. spraken met huisartsen over de zorg voor deze patiënten. Huisartsen voelen zich vaak niet bekwaam om de specifieke problemen van deze patiënten te herkennen. Ik heb zelf in ieder geval bij deze patiënten de neiging om meer onderzoek te willen om onzekerheid bij mijzelf weg te nemen. Terwijl ik bij deze groep juist meer bedacht zou moeten zijn op het herkennen van andere problemen, zoals seksueel misbruik.

Het herkennen van een probleem begint bij het erkennen van het bestaan ervan. Daarom willen sommige patiënten zo graag een onderzoek of verwijzing. Pas als ze die krijgen hebben zij het idee dat de dokter erkent dat er inderdaad een probleem is. Dan moet ik uitleggen dat het achterwege laten van een onderzoek niet betekent dat ik het probleem wil bagatelliseren. Bij andere patiënten moet ik juist bedacht zijn op problemen waar de patiënt niet zelf mee komt.

Dat iedere patiënt of patiëntengroep een eigen aanpak vergt, maakt het er niet makkelijker op. Maar als het dan lukt om de patiënt met spierspanningshoofdpijn gerust te stellen zonder scan, is het des te mooier.

Nadine Rasenberg

Patiënt niet tevredener na langer consult

Huisartsen zeggen regelmatig dat de consultduur van tien minuten te kort is. Maar leidt een langer consult ook tot meer tevredenheid bij patiënten? Recent onderzoek maakt duidelijk dat er geen verband is tussen consultduur en patiënttevredenheid.

Britse onderzoekers bekeken de relatie tussen de duur van een consult en patiënttevredenheid. In totaal deden 440 volwassen patiënten en 45 huisartsen aan het onderzoek mee. De duur van een consult werd berekend aan de hand

van video-opnamen en was gemiddeld tien minuten en 22 seconden. Na elk consult beantwoordden patiënten een korte vragenlijst over de communicatie van de huisarts, vertrouwen en algemene tevredenheid op een schaal van 0 tot 100. De onderzoekers hielden in de analyse rekening met leeftijd, geslacht, algemene gezondheid en etniciteit van de patiënten en het geslacht van de huisarts. Zij vonden geen verband tussen de duur van een consult en tevredenheid over communicatie (0,02; 95%-BI -0,20 tot 0,25), vertrouwen (0,07; 95%-BI -0,27 tot 0,41) of algemene tevredenheid (-0,14; 95%-BI -0,46 tot 0,18).

De resultaten van dit onderzoek komen overeen met een Cochrane-review

uit 2016 over dit onderwerp. De auteurs merken terecht op dat zij wellicht geen effect vonden doordat patiënten hun huisarts niet graag een lage score gaven. Helaas vermeldt het artikel niet of patiënten de vragen anoniem mochten beantwoorden. Toch maakt dit onderzoek duidelijk dat de algemene gedachte 'langer consult: tevredener patiënt' niet per se waar is. ■

Tobias Bonten

Elmore N, et al. Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract* 2016;66:e896-e903.

Langer leven door fietsen naar het werk

Fietsen naar het werk verkleint de kans op het ontwikkelen van en overlijden aan hart- en vaatziekten en kanker. In een groot, Brits onderzoek bleken de fietsende forenzen significant beter af dan de niet-actieve forenzen (openbaar vervoer of auto). Ook lopend naar het werk gaan was geassocieerd met minder hart- en vaatziekten, maar de lopers hadden niet minder kans op kanker.

In totaal werden 264.377 deelnemers, met een gemiddelde leeftijd van 53 jaar, gerekruteerd uit een grote, Britse database. De onderzoekers vroegen de deelnemers te rapporteren hoe ze op een normale dag naar hun werk gingen. Ze volgden de deelnemers gemiddeld vijf jaar en hielden ziekenhuisopnames en overlijdens bij. Er werd gecorrigeerd voor verschillen tussen deelnemers in geslacht, leeftijd, sociaaleconomische status, BMI, rookstatus en dagelijks recreatieve of werkgerelateerde lichaamsbeweging.

Gedurende het onderzoek overleden 2430 mensen (496 door hart- en vaatziekten, 1126 door kanker). Daarnaast waren er 1110 nieuwe hart- en vaatziekten en 3748 nieuwe gevallen



van kanker. Fietsen naar het werk was geassocieerd met het laagste risico op overlijden (hazard ratio 0,59; 95%-BI 0,42 tot 0,83), het ontwikkelen van kanker (hazard ratio 0,55; 95%-BI 0,44 tot 0,69) en het optreden van nieuwe gevallen van hart- en vaatziekten (hazard ratio 0,54; 95%-BI 0,33 tot 0,88).

De onderzoekers benadrukken dat een causaal verband tussen fietsen naar het werk en de gevonden gezondheidseffecten nog niet vaststaat. Het is wel aannemelijk, aangezien soortgelijke onderzoeken in andere landen dezelfde

effecten lieten zien. Zij adviseren beleidsmakers om het Verenigd Koninkrijk toegankelijker te maken voor fietsers. Gelukkig is onze Nederlandse maatschappij hier al uitstekend op ingericht. Dus geen woorden maar daden, pak voortaan de fiets naar uw werk en adviseer uw patiënten hetzelfde te doen. ■

Vincent van Vugt

Celis-Moralis CA, et al. Association between active commuting and incident cardiovascular disease, cancer, and mortality: prospective cohort study. *BMJ* 2017;357:j1456.

Gonorroë op 'vreemde plekken'

Bij vermoeden van een soa wordt een kweek of PCR gebruikt om de soa aan te tonen of uit te sluiten. Toch wordt er nog weleens een diagnose gemist. Zo is *Neisseria gonorrhoeae* soms alleen aantoonbaar in het anorectale gebied of in de orofarynx, zonder dat er sprake is van een genitale infectie. Blijven controleren, luidt het advies.

Onderzoekers analyseerden meer dan 17.000 soa-tests om het voorkomen van gonorroë-infecties op het lichaam te onderzoeken. Bij bijna 2% was sprake van een infectie met *Neisseria gonorrhoeae*. Tests die waren afgenomen van

andere locaties dan het urogenitale gebied waren uitsluitend afkomstig van soa-poli's; huisartsen beperkten zich tot urogenitale afname.

Bij 77% van de mannen en 60% van de vrouwen met een extragenitale infectie kon geen urogenitale infectie worden aangetoond. Van de patiënten met gonorroë werd 20% binnen drie tot twaalf maanden gecontroleerd en van hen had 17% een recidief.

De aanbeveling van de NHG-Standaard Het soa-consult om niet uitsluitend het urogenitale gebied te testen, vindt nog weinig navolging bij huisartsen. De onderzoekers benadrukken daarom ook de orofarynx en de anorectale regio te testen op *Neisseria gonorrhoeae*, zeker bij personen met een verhoogd

risico zoals mannen die seks hebben met mannen. Daarnaast adviseren zij, in aanvulling op de standaard, drie tot twaalf maanden later opnieuw een gonorroëtest te doen om herinfectie op te sporen. Tot slot adviseren zij controle twee weken na behandeling bij infectie van de orofarynx bij hoogrisicopatiënten, om zeker te zijn dat de behandeling is aangeslagen. ■

Bèr Pleumeekers

Den Heijer CDJ, et al. A comprehensive overview of urogenital, anorectal and oropharyngeal Neisseria gonorrhoeae testing and diagnoses among different STI care providers: a cross-sectional study. BMC Infect Dis 2017;17:290.

Bacterie niet schadelijker dan virus

Over het algemeen gaan we ervan uit dat bacteriële (ongecompliceerde) lageluchtweginfecties ernstiger verlopen dan luchtweginfecties die worden veroorzaakt door een virus. Een recent onderzoek toont aan dat die aanname klopt, maar dat het verschil in beloop klinisch niet significant is.

Teepe et al. onderzochten in een groot Europees eerstelijns onderzoek het beloop van lageluchtweginfecties. Bij een deel van de patiënten die geen

behandeling kregen (ongeveer 1000 patiënten) kon het natuurlijk beloop gevolgd worden. Bij deze patiënten werd met sputumkweken onderzocht wat de verwekker was. Patiënten die op klinische gronden, anamnese en lichamelijk onderzoek) de diagnose longontsteking kregen (gecompliceerde luchtweginfectie), werden uitgesloten voor deelname aan dit onderzoek.

Patiënten in de bacteriële groep hadden iets meer klachten tussen dag 2 en 4 na het bezoek aan de huisarts en gingen iets vaker terug naar de huisarts (OR 1,82; 95%-BI 1,21 tot 2,74). In beide groepen (bacteriële en virale in-

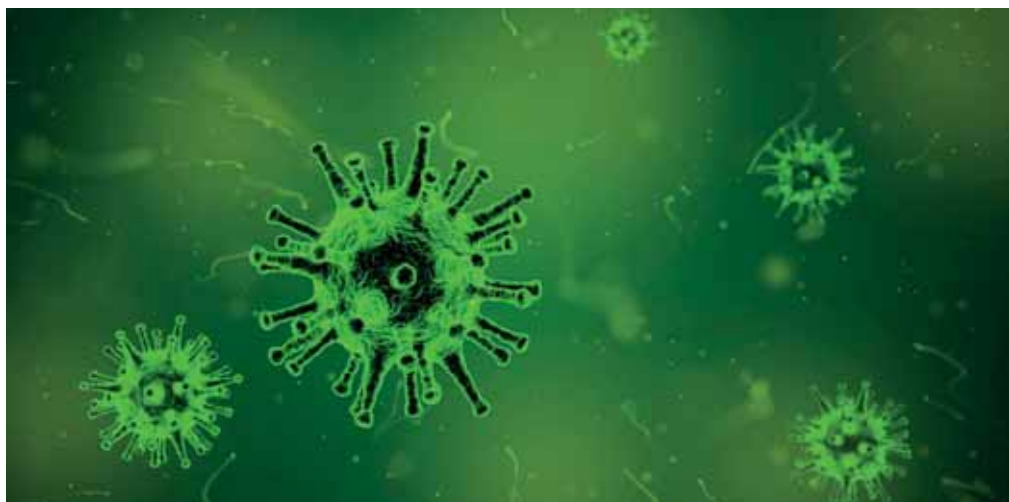
fecties) was er slechts een ziekenhuisopname nodig. De gemiddelde duur waarin de klachten verbeterden, was in beide groepen zeven dagen.

In nadere analyses zagen de onderzoekers evenmin verschil tussen typen bacteriële verwekkers. Ook patiënten bij wie klinisch geen gecompliceerde luchtweginfectie werd vastgesteld maar bij wie de röntgenfoto's toch een infiltraat toonde, hadden geen slechter beloop.

Dit artikel heeft gevolgen voor de huisarts die zijn patiënten geruststelt met de woorden: 'het is maar een virus(je)'. Het type verwekker is niet zo relevant als jaren werd gedacht. Wel blijkt wederom dat het beloop van een luchtweginfectie over het algemeen self-limiting is, onafhankelijk van het type verwekker. Dit artikel is een verdere onderbouwing voor het afwachtend beleid bij ongecompliceerde luchtweginfecties, zoals de NHG-Standaard Acute hoesten ook adviseert. ■

Jurgen Damen

Teepe J, et al. Disease course of lower respiratory tract infection with a bacterial cause. Ann Fam Med 2016;14:534-539.



Glutenvrij leven alleen bij coeliakie

Gluten hebben een slechte naam. Steeds meer jonge mensen zonder coeliakie volgen tegenwoordig een glutenvrij dieet, uit angst voor de schadelijke effecten van gluten. Nu blijkt echter dat gluten eten wanneer je geen coeliakie hebt de kans op coronaire ziektes niet groter maakt. Sterker nog, een glutenvrij dieet kan juist de kans op hartinfarcten vergroten.

In een groot, Amerikaans onderzoek werd bij 64.714 vrouwelijke en 45.303 mannelijke gezondheidsmedewerkers zonder hart- en vaatziekten of coeliakie 26 jaar lang informatie over hun voeding bijgehouden. Vanaf 1986 vulden de deelnemers elke vier jaar een uitgebreide vragenlijst in waarop ze aangaven wat ze iedere dag aten. De onderzoekers berekenden hieruit de hoeveelheid gluten. De belangrijkste uitkomstmaat

was het optreden van een hartinfarct gedurende de follow-up.

In de groep die de minste gluten at, traden 352 hartinfarcten op per 100.000 persoonsjaren. In de groep met de hoogste gluteninname traden slechts 277 hartinfarcten op per 100.000 persoonsjaren. Na aanpassing voor de bekende, cardiale risicofactoren en de inname van geraffineerde granen had de groep die de meeste gluten at een significant kleinere kans op hartinfarcten dan de groep met de laagste gluteninname (hazard ratio 0,85; 95%-BI 0,77 tot 0,93). Dit komt volgens de auteurs doordat gluten vermijden ook vaak leidt tot een verminderde inname van volkoren granen die een beschermende werking hebben op de kransslagaders.

Over voeding bestaan veel misverstanden, zowel onder dokters als patiënten. Het is bekend dat gluten schadelijk zijn bij coeliakie, hierdoor hebben gluten het label 'ongezond' gekregen. Als gevolg hiervan zijn de



laatste jaren steeds meer mensen zonder coeliakie ook glutenvrij gaan eten. Voorsnog zijn alle onderzoeken naar schadelijke langetermijneffecten van gluten bij deze mensen echter negatief. Het advies aan uw patiënten bij vragen over gluten is dan ook: blijf gluten eten, tenzij je coeliakie hebt. ■

Vincent van Vugt

Lebwohl B, et al. Long term gluten consumption in adults without celiac disease and risk of coronary heart disease: prospective cohort study. BMJ 2017;357:j1892.

Knieartrose voorkomen door gewichtsverlies

Al langer bestaat het vermoeden dat patiënten knieartrose kunnen voorkomen door gewichtsverlies en het gebruik van glucosamine. In een onderzoek bij vrouwen van middelbare leeftijd met overgewicht werd een goede preventieve interventie niet bewezen, maar leverde wel de voorzichtige conclusie op dat knieartrose na gewichtsverlies minder vaak voorkomt.

De Vos et al. onderzochten bij 244 vrouwen met overgewicht en van middelbare leeftijd of het ontstaan van artrose werd beïnvloed door het slikken van glucosamine en/of het meedoen aan een leefstijlinterventie die was gericht

op bewegen en afvallen. De vrouwen werden gerekruteerd uit huisartsenpraktijken in Nederland.

Na ruim 6,5 jaar (!) werd er bij 19% van deze vrouwen knieartrose vastgesteld. Er bleek geen significant verschil te zijn in het optreden van knieartrose tussen vrouwen die glucosamine slikten en vrouwen die dat niet deden (OR 1,58; 95%-BI 0,86 tot 2,89). Van de glucosaminegebruiksters was de therapietrouw 68%.

Ook bij de vrouwen die aan het leefstijlprogramma meededen, leek er geen significant verschil te zijn met de controlegroep (OR 0,86; 95%-BI 0,47 tot 1,54). Van deze vrouwen volgde 38% het leefstijlprogramma trouw, bij deze subgroep was het effect groter maar nog steeds niet significant (OR 0,55; 95%-BI 0,23 tot 1,33). Vrouwen die het programma volgden en in het eerste

jaar daadwerkelijk 5 kg of 5% van hun gewicht verloren, kregen wel minder vaak knieartrose (OR 0,10; 95%-BI 0,0 tot 0,41).

Dit onderzoek, dat solide is opgezet maar waarin de therapietrouw matig en de uitval hoog was, kon geen effectieve interventie voor knieartrose aantonen. Toch kan de huisarts vrouwen van middelbare leeftijd met overgewicht adviseren om 5 kg of 5% gewichtsverlies te bereiken. Deze maatregel heeft op meer vlakken voordelen dan alleen minder knieartrose. ■

Jurgen Damen

De Vos BC, et al. Long-term effects of a lifestyle intervention and oral glucosamine sulphate in primary care on incident knee OA in overweight women. Rheumatology (Oxford) 2017 Apr 20. Doi: 10.1093/rheumatology.

Ergotherapie goed voor kwetsbare ouderen

Ergotherapie verbetert het functioneren in ADL, sociale participatie en mobiliteit, aldus onderzoekers uit Leuven en Nijmegen. Zij verrichtten een systematisch literatuuronderzoek naar het effect van ergotherapie op het functioneren van thuiswonende, fysiek kwetsbare ouderen.

De auteurs includeerden negen gerandomiseerde trials met in totaal 3163 patiënten. Onderzoeken bij ouderen met cognitieve beperkingen werden uitgesloten. In zeven van de onderzochte trials was ergotherapie onderdeel van een multidisciplinaire behandeling, in de andere twee onderzoeken was ergotherapie een op zichzelf staande interventie. Het aantal contacten van de ergotherapeut met de patiënt varieerde van een tot negen per patiënt. Het contact betrof steeds een thuisbezoek of een telefonische follow-up. Onderdelen van de ergotherapie waren metingen, informatievoorziening en educatie, preventie, oefeningen, advies over en instructie bij het gebruik van

hulpmiddelen, risicoreductie in huis en coaching.

Het functioneren in ADL nam toe (gestandaardiseerd gemiddeld verschil 0,3 (95%-BI 0,11 tot 0,50)), net als sociale participatie (gestandaardiseerd gemiddeld verschil 0,4 (95%-BI 0,19 tot 0,69)) en mobiliteit (gestandaardiseerd gemiddeld verschil 0,45 (95%-BI 0,12 tot 0,78)). De grootte van deze uitkomsten wijst op een matig effect. Helaas ontbreken gegevens over andere belangrijke uitkomsten als kwaliteit van leven en ziekenhuisopnames.

De recente LESA Zorg voor kwetsbare ouderen (2017) noemt de ergotherapeut slechts kort als een van de mogelijk betrokken hulpverleners. Op basis van deze systematische review blijkt de ergotherapeut een zeer waardevolle bijdrage te kunnen leveren aan de zorg voor thuiswonende, kwetsbare ouderen. ■

Victor van der Meer

De Coninck L, et al. Home- and community-based occupational therapy improves functioning in frail older people: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2017. DOI: 10.1111/jgs.14889.



Statines na je 65e, een kwestie van maatwerk

Voor patiënten die eerder een cardiovasculair event doormaakten of diabetes mellitus hebben, is het voorschrijven van een statine haast vanzelfsprekend. Voor de indicatie primaire preventie na je 65e is de keuze voor een statine minder vanzelfsprekend, omdat statines dan weinig voordeel lijken op te leveren.

In de ALLHAT-LLT trial volgden onderzoekers gedurende zes jaar bijna 3000 deelnemers van 65 jaar en ouder. De ene helft kreeg pravastatine 40 mg dd, de controlegroep de gebruikelijke behandeling zonder statines. De patiënten werden geselecteerd op basis

van hypertensie en een LDL-cholesterolspiegel die mocht variëren van 3,1 tot 4,9 mmol/L. Geen van de patiënten had bij aanvang van het onderzoek hart- of vaatziekten. Het risico om te overlijden, ongeacht de oorzaak, was in de pravastatinegroep 18% hoger dan voor de deelnemers in de controlegroep (HR 1,18; 95%-BI 0,97 tot 1,42; $p = 0,09$). Het aantal hartinfarcten was bij de pravastatinegebruikers iets lager en nam toe met de leeftijd, maar dit verschil was niet statistisch significant.

De HOPE-3 trial liet wel enige vermindering zien van het aantal cardiovasculaire events bij sommige, oudere rosuvastatinegebruikers ten opzichte van placebo, maar ook geen verschil in de totale sterfte. De NHG-Standaard CVRM geeft in elk geval ter overweging om ook ouderen (70+) die voor primaire

preventie in aanmerking komen, met een statine te behandelen. Op basis van beide onderzoeken heeft slechts een kleine subgroep ouderen baat bij primaire preventie met statines. Voor wie rekening wil houden met risicofactoren, mogelijke bijwerkingen en de wensen van de patiënt is het voorschrijven van statines bij 65-plussers nog een hele klus. ■

Bèr Pleumeekers

Han BH, et al. Effect of statin treatment vs usual care on primary cardiovascular prevention among older adults. The ALLHAT-LLT Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2017 May 22. <http://bit.ly/2r4DVGv>.

Yusuf S, et al. Cholesterol lowering in intermediate-risk persons without cardiovascular disease. N Engl J Med 2016;374:2021-31.

Minderen alcohol verlaagt bloeddruk

Het is bekend dat overmatig alcoholgebruik het risico op hypertensie verhoogt. Maar het was nog onduidelijk of minder alcoholgebruik de bloeddruk daadwerkelijk verlaagt. Een nieuwe meta-analyse laat zien dat de bloeddruk tot wel 5 mmHg kan dalen door minder alcohol te drinken.

De onderzoekers voerden een systematisch literatuuronderzoek en meta-analyse uit en vonden 36 gerandomiseerde trials met in totaal 2865 deelnemers uit voornamelijk westerse landen (EU en de Verenigde Staten). De deelnemers

waren gemiddeld 49,5 jaar oud, hadden een BMI van 27,1 kg/m² en een systolische uitgangsbloeddruk van 137 tot 146 mmHg. Bij deelnemers die ≤ 2 eenheden (EH) alcohol per dag innamen, was er geen daling van de bloeddruk na verlagen van de alcoholinname. Maar bij verlaging van 3 EH per dag tot geen inname, bij mensen die meer dronken dus, daalde de bloeddruk gemiddeld -1,2 mmHg (95% BI -2,3 tot -0,04). Er was een dosisresponsrelatie, want bij inname van ≥ 6 EH per dag en verlaging tot geen inname daalde de systolische bloeddruk met gemiddeld -5,5 mmHg (95% BI -6,7 tot -4,3).

De NHG-Standaard CVRM meldt dat alcohol bloeddrukverhogend kan

werken, maar niet wat het effect is van minder alcoholgebruik. Dit zou patiënten met hypertensie kunnen motiveren om minder of niet te drinken. Deze cijfers laten zien dat elke vermindering helpt, maar dat het vooral bij zware drinkers loont om te stoppen. Dan kan zelfs een bloeddrukdaling worden bereikt die gelijk is aan die bij veelgebruikte antihypertensiva. ■

Tobias Bonten

Roerecke M, et al. The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017;2:e108-20.

Pijn op de borst, niet altijd onschuldig

Patiënten met pijn op de borst vormen een diagnostische uitdaging, met serieuze consequenties als de arts onderliggend cardiovasculair lijden mist. Bij de meeste patiënten heeft pijn op de borst geen specifieke oorzaak en wordt deze gecodeerd als borstkasklachten (ICPC-code L04). Onderzoek laat zien dat deze patiënten toch een verhoogd risico hebben op een cardiovasculair incident.

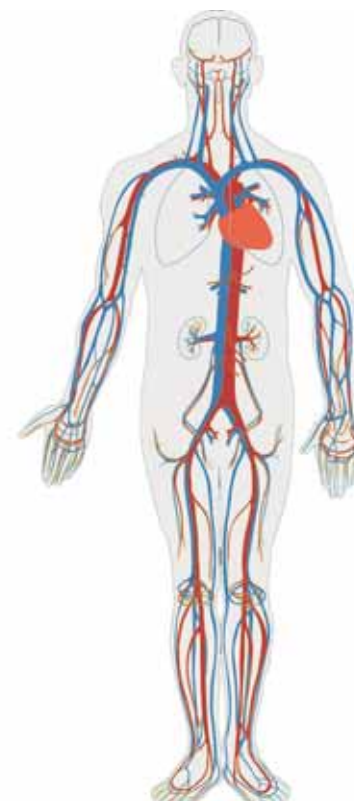
Britse onderzoekers hebben in een retrospectief databaseonderzoek gegevens verzameld van 172.180 volwassen patiënten, met een blanco cardiovasculaire voorgeschiedenis, die zich voor het eerst met pijn op de borst meldden in de eerste of tweede lijn. Zij gebruikten een elektronische huisartsendatabase, gelinked met data uit de tweede lijn, cardiovasculaire cijfers en sterftcijfers. De patiënten werden geclassificeerd in drie groepen: met niet anderszins omschreven pijn op de borst, niet-coronaire pijn op de borst of angina. De primaire uitkomstmaten waren fatale en niet-fatale cardiovasculaire events gedurende 5,5 jaar follow-up.

De gemiddelde leeftijd was 49 jaar (SD 17,59) en 72,4% van de patiënten had bij het eerste contact niet anderszins omschreven pijn op de borst. Bij 95,2% werd in de daaropvolgende zes maanden geen verdere, cardiale diagnostiek verricht. Na correctie voor onder andere leeftijd, geslacht en roken, bleek de incidentie van cardiovasculaire events na 5,5 jaar hoger in de groep patiënten met niet anderszins omschreven pijn op de borst (4,7%), die onveranderd bleef in de daaropvolgende zes maanden, dan in de groep patiënten met niet-coronaire pijn op de borst (3%).

Pijn op de borst lijkt een soort marker voor het cardiovasculaire risico, aldus de auteurs. Aangezien primaire preventie een belangrijke plek heeft in de huisartsenpraktijk, moeten we ook letten op 'onschuldige' pijn op de borst. Een diagnose is bij deze patiënten nog niet bepaald, maar wellicht is alertheid op en aandacht voor risicofactoren bij deze patiënten wel zinnig. ■

Adinda Mailuhu

Jordan KP, et al. Prognosis of undiagnosed chest pain: linked electronic health record cohort study. *BMJ* 2017;357:j1194. Doi: 10.1136/bmj.j1194.



De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org). Elke werkdag staat er een vers journaal op www.henw.org.



Proactief gezondheidsonderzoek bij verstandelijke beperking

Samenvatting

Bakker-van Gijssel EJ, Olde Hartman TC, Lucassen PLBJ, Van den Driessen Mareeuw FA, Dees MK, Assendelft WJJ, Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ. Proactief gezondheidsonderzoek bij verstandelijke beperking. *Huisarts Wet* 2017;60(8):384-6.

Achtergrond Huisartsen verlenen steeds vaker zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Die zorg stelt specifieke eisen, en vertraging bij diagnostiek en behandeling heeft soms ernstige gevolgen. Om dit te voorkomen zou proactief gezondheidsonderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking (PGO-VB) nuttig kunnen zijn.

Methode In een focusgroep exploreerden we met steeds vijf of zes Nederlandse huisartsen de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. De discussies werden letterlijk uitgeschreven en naderhand kwalitatief geanalyseerd.

Resultaten Uit vier bijeenkomsten met in totaal 23 huisartsen kwam naar voren dat huisartsen zich verantwoordelijk voelen voor de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, maar daarbij wel scholing en ondersteuning nodig hebben. Zij zien het nut van een PGO-VB, maar signaleren ook professionele en organisatorische barrières.

Conclusie Een PGO-VB is nuttig om de minder gangbare gezondheidsproblemen van patiënten met een verstandelijke beperking te signaleren, maar er is geen wetenschappelijk onderbouwd en gevalideerd instrument beschikbaar. Ook moeten de nodige praktische belemmeringen uit de weg geruimd worden.

INLEIDING

Sinds de stelselwijziging in 2015 wordt gestimuleerd dat mensen met een verstandelijke beperking buiten de instelling wonen. Huisartsen zullen dan ook steeds vaker medische zorg verlenen aan deze groep patiënten. Die zorg vergt relatief meer tijd en er is ook specifieke kennis voor nodig.¹ Communicatieproblemen, het niet herkennen van ziektes en moeite met onderzoek, diagnosestelling en behandeling leiden vaak tot vertraging bij dokter en patiënt, soms zelfs tot voortijdig overlijden van de patiënt.² Proactief gezondheidsonderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking (PGO-VB) is een effectieve methode om hoogprevalente, relevante ziektes in

deze groep patiënten op het spoor te komen.^{3,4} Gezondheidsprofessionals en familieleden waarderen dit soort gezondheidsonderzoek zeer, maar PGO-VB wordt in Nederland nog niet toegepast.⁵⁻⁹ In een focusgroeponderzoek peilden we de meningen van huisartsen over de inzet van een dergelijk instrument.

METHODE

We vormden een aantal focusgroepen waarin steeds vijf of zes Nederlandse huisartsen onder leiding van een huisarts-discussieleider het thema 'gezondheidsonderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking' exploreerden. De deelnemers vormden een heterogene groep qua leeftijd, geslacht en praktijktype.

De discussies werden opgenomen en letterlijk uitgetypt. Twee onderzoekers codeerden de tekst onafhankelijk van elkaar en maakten een thematisch raamwerk, waarna het hele onderzoeksteam dit raamwerk, de thema's en de gezichtspunten bediscussieerde.

RESULTATEN

In totaal 23 huisartsen, elf mannen en twaalf vrouwen, namen deel aan de focusgroepen. Hun leeftijd was gemiddeld 47,4 jaar en ze waren gemiddeld 16,6 jaar werkzaam als huisarts. Alle deelnemers hadden mensen met een verstandelijke beperking in de praktijk.

Na vier focusgroept bijeenkomsten werd geen nieuwe informatie meer gevonden. Er kwamen drie thema's naar voren: de verantwoordelijkheid van de huisarts voor deze groep, nut en noodzaak van proactief gezondheidsonderzoek en belemmeringen voor het toepassen van een PGO-VB.

Wat is bekend?

- Steeds meer mensen met een verstandelijke beperking wonen buiten een instelling en gaan naar de huisarts voor medische zorg.
- De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking stelt specifieke eisen; *patient's delay* én *doctor's delay* liggen op de loer.

Wat is nieuw?

- Huisartsen voelen zich nog niet volledig bekwaam om de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking op zich te nemen; ze hebben behoefte aan scholing en ondersteuning.
- Proactief gezondheidsonderzoek van mensen met een verstandelijke beperking (PGO-VB) kan helpen problemen tijdig te signaleren, maar er is nog geen gevalideerd instrument beschikbaar.
- Consequent gebruik van de ICPD-code voor verstandelijke beperking (P85) is een belangrijke voorwaarde voor goede implementatie van de zorg.

Radboudumc, Afdeling Eerstelijngeneeskunde – geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking, Nijmegen; E.J. Bakker-van Gijssel, arts voor mensen met een verstandelijke beperking (AVG) en promovendus; dr. T.C. olde Hartman, huisarts-onderzoeker; dr. P.L.B.J. Lucassen, huisarts-onderzoeker; dr. M.K. Dees, huisarts, SCEN-arts, onderzoeker; prof.dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. H.M.J. van Schrojenstein Lantman-de Valk, emeritus hoogleraar Geneeskunde voor mensen met verstandelijke beperkingen. Tilburg University, Tranzo, Scientific center for care and welfare, Tilburg; F.A. van den Driessen Mareeuw, voedings- en gezondheidsonderzoeker • Correspondentie: esther.bakker-vangijsel@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek verscheen eerder onder de titel GPs' opinions of health assessment instruments for people with intellectual disabilities: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2017;67:e41-8. Publicatie gebeurt met toestemming.

Verantwoordelijkheid van de huisarts

Huisartsen vonden in het algemeen dat de medische zorg voor mensen met een verstandelijke beperking onder hun verantwoordelijkheid valt, maar ze gaven ook aan dat daarvoor een specifiek instrumentarium, scholing en ondersteuning nodig zijn:

'Ik denk dat alle huisartsen wel iets meer tools, onderwijs, ondersteuning mogen hebben om voor die groep goede zorg te leveren.' [huisarts B]

Naar aanleiding van hun ervaring met geïntegreerde zorg voor andere doelgroepen suggereerden ze dat zulke ondersteuning wellicht door een praktijkondersteuner gegeven zou kunnen worden:

'Zou je dan niet, net als bij de oudere patiënten, een praktijkondersteuner kunnen inzetten om deze mensen te volgen op de een of andere manier?' [huisarts K]

Huisartsen voelden zich soms onvoldoende competent om goede medische zorg te leveren aan mensen met een verstandelijke beperking. Een bijdrage van de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) zou dan wenselijk zijn:

'Ik zou best voor zijn [...] als huisarts met informatie die ik weet van deze oudere of waarvan ik denk hier zit een beperking in hier moeten we dieper gaan kijken [...] Eerste en tweede niveau doe ik zelf en wordt het uitgebreider, meer ingewikkelder, dat ik een AVG-arts bijvoorbeeld erbij roep en het niet meer zelf doe.'
[huisarts F]

Nut en noodzaak van proactief gezondheidsonderzoek

In de focusgroepen kwam naar voren dat mensen met een verstandelijke beperking moeilijk over gezondheidsgerelateerde problemen kunnen communiceren. De deelnemers toonden zich voorstander van een PGO-VB als daarmee een ziekte kan worden opgespoord of ernstige complicaties kunnen worden voorkomen. Medische complicaties hebben dikwijls een grote inwerking op mensen met een verstandelijke beperking:

'Ik denk dat je [als huisarts] vaak in het algemeen een veel proactievere houding nodig hebt [...] je kennis moet hebben wat voor een problemen kan ik [bij patiënten met een verstandelijke



Foto: Shutterstock

De zorg voor mensen met een verstandelijke beperking vereist scholing en ondersteuning

beperking] verwachten en zelf actief nagaan of die spelen. Omdat je ervan uit moet gaan dat de kans groot is dat iemand zelf niet dat probleem noemt of inderdaad [...] niet met die woorden.'
[huisarts B]

Tabel Belemmeringen voor proactief gezondheidsonderzoek bij mensen met een verstandelijke beperking

Patiënt	Huisarts	Organisatie
■ De patiëntengroep is zeer divers ■ Communicatieproblemen ■ Groot zorgnetwerk rondom patiënt ■ Weinig continuïteit van zorg ■ De medische scholing van verzorgenden is beperkt	■ Niet herkennen dat de patiënt een verstandelijke beperking heeft ■ Niet willen stigmatiseren ■ Niet willen somatiseren ■ Handelingsverlegenheid ■ Zich onbekwaam voelen ■ Verkeerde attitude, weinig affiniteit ■ Angst voor medicalisering ■ Aversie tegen checklists ■ Checklists hinderen het gesprek	■ Extra tijd nodig ■ Onkostenvergoeding ■ Werkdrukverhoging ■ Meer mensen nodig ■ Patiënt niet gelabeld in HIS

'Ja want [patiënten met een verstandelijke beperking] zullen het zelf niet doen, maar de complicaties zijn natuurlijk voor iedereen erg, maar ja dan wordt de wereld [voor patiënten met een verstandelijke beperking] natuurlijk nog erger. Want ze is ook al doof en nu ziet ze ook al slecht, ja ik denk dat dat heel erg belangrijk is.' [huisarts U]

'Ik denk dat het heel goed is dat je inderdaad een soort probleemlijst krijgt of zo, of dat het ergens beschikbaar is, dat je in ieder geval een soort richtlijnen hebt. Een overzicht van waar het ze aan kan mankeren.' [huisarts S]

Mensen met een verstandelijke beperking worden lang niet altijd herkend in de huisartsenpraktijk. Huisartsen moeten hier alerter op zijn:

'Ja en [...] dat blijf ik een interessante vraag vinden die nu ook weer een beetje blijft hangen, van hoe ga je nou voor zorgen dat er awareness is bij de huisartsen? Want ik denk dat screeningsinstrument is heel leuk maar er moet eerst een stap voor en dat denk ik echt, ja.' [huisarts M]

'Ik denk dat we ook nog inderdaad hele grote groep [mensen met een verstandelijke beperking] ongediagnosticeerd rondlopen en waardoor ze vastlopen.' [huisarts M]

Als een PGO-VB wetenschappelijk gevalideerd is en aantoonbaar gezondheidswinst oplevert, zouden huisartsen dit instrument wel willen inzetten:

'Ik zou gemotiveerd zijn om zo'n instrument in te zetten als ik ook zeker wist dat het belangrijke winst oplevert.' [huisarts L]

'Ik zou graag ook willen weten wat er aan onderzoek gedaan is, wat er nou uitkomt, hoeveel er nou gemist wordt, of er evidence is voor je zo'n groot onderzoek gaat introduceren als iets wat bij de gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke beperking hoort.' [huisarts H]

Belemmeringen voor het toepassen van een PGO-VB

De huisartsen benoemden veel mogelijke belemmeringen voor het daadwerkelijk toepassen van een PGO-VB. We hebben die barrières verdeeld in drie niveaus: patiënt, huisarts en organisatie (zie [tabel]). In de praktijk lopen die niveaus natuurlijk door elkaar.

BESCHOUWING

De huisartsen in ons focusgroeponderzoek vonden over het algemeen dat de medische behandeling van mensen met een verstandelijke beperking onder hun verantwoordelijkheid valt en dat een instrument voor proactief gezondheidsonderzoek bij deze patiënten waardevol zou kunnen zijn. Zo'n instrument moet dan wel wetenschappelijk ontwikkeld en getoetst zijn. Om deze patiënten vervolgens goede zorg te kunnen leveren, hebben huisartsen scholing en ondersteuning nodig.

Voordat een dergelijk PGO-VB-instrument geïmplementeerd kan worden, moeten er nog veel barrières uit de weg geruimd worden: de patiënt moet kunnen worden herkend als verstandelijk beperkt en kunnen worden gelabeld met een ICPC-code, en voor het consult zal extra tijd moeten worden ingeruimd. Eerdere onderzoeken onder Britse huisartsen bevestigden dat zij zich verantwoordelijk voelden voor de medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, maar beducht waren voor de hogere werkbelasting.^{10,11} Ook zij achtten ondersteuning door een praktijkondersteuner of andere gezondheidswerker wenselijk en mogelijk.^{3,11}

Sterke en zwakke punten

Bij dit onderzoek hebben we de internationale COREQ-richtlijnen voor kwalitatief onderzoek gevolgd en een heterogene groep huisartsen uitgenodigd, maar huisartsen zonder affiniteit met mensen met een verstandelijke beperking hebben we mogelijk gemist. Zij zouden wellicht andere onderwerpen voor het voetlicht gebracht hebben

Gevolgen voor de praktijk

Een recente review laat zien dat proactief gezondheidsonderzoek een positief effect heeft op het welzijn van mensen met een verstandelijke beperking.^{12,13} Wereldwijd zijn er twintig PGO-VB-instrumenten beschreven, maar geen ervan is afdoende wetenschappelijk onderbouwd.¹⁴ Er zal dus eerst een goed wetenschappelijk onderbouwd instrument voor PGO-VB ontwikkeld moeten worden.

Verder moeten er nog de nodige praktische barrières uit de weg geruimd worden. De NHG-Leergang (Licht) verstandelijke beperking is een goede eerste stap in de scholing van gezondheidsmedewerkers (<https://www.nhg.org/scholing/nhg-leergang-licht-verstandelijke-beperking>). Consequent gebruik van de ICPC-code voor verstandelijke beperking (P85) is een belangrijke tweede stap. Waarom huisartsen deze code nog relatief weinig gebruiken, verdient nader onderzoek.

DANKBETUIGING

De auteurs danken alle huisartsen die meegewerkt hebben aan dit onderzoek. Daarnaast bedanken zij Lex van Son, student Geneeskunde aan het Radboudumc, voor zijn assistentie bij het uitwerken van de transcripten. ■

LITERATUUR

- 1 Bekkema N, De Veer A, Francke A. Zorgen over patiënten met verstandelijke beperking. Huisarts Wet 2014;57:259.
- 2 Heslop P, Houghton M, Blair P, Fleming P, Marriott A, Russ L. The need for FASTER CARE in the diagnosis of illness in people with intellectual disabilities. Br J Gen Pract 2013;63:661-2.
- 3 Cooper SA, Morrison J, Allan LM, McConnachie A, Greenlaw N, Melville CA, et al. Practice nurse health checks for adults with intellectual disabilities: a cluster-design, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 2014;1:511-21.

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

NPA is op zoek naar enthousiaste kandidaten voor:

HOOFDAUDITOR / HUISARTS m/v

NHG-Praktijkaccreditering is hét kwaliteitsinstrument van de eigen beroepsgroep voor de verbetering en borging van de huisartsgeneeskundige zorg. We doen dit door de geleverde zorg van huisartsenpraktijken inzichtelijk te maken en door het toekennen van een kwaliteitskeurmerk. De uitvoeringsorganisatie NPA b.v. is een dochteronderneming van het Nederlands Huisartsen Genootschap, de wetenschappelijke vereniging. Momenteel werkt al meer dan 70% van de Nederlandse huisartsen in een deelnemende praktijk.

Uw werk

Als hoofdauditor voert u op waarderende wijze de audits voor de NHG-Praktijkaccreditering uit. U plant de audit, bereidt de audit voor met de beschikbare praktijkdocumentatie, bezoekt de praktijk en rapporteert hierover. U bespreekt uw bevindingen met de huisartspraktijk en adviseert NPA over de toekenning van het keurmerk. Collegiale toetsing en deelname aan het interne kwaliteitssysteem behoren ook tot uw werk.

Uw profiel

In deze sollicitatieronde gaat onze voorkeur uit naar kandidaten die zelf huisarts zijn. Ook waarnemers en niet meer actieve huisartsen nodigen wij graag uit te reageren. Kwaliteit heeft uw belangstelling en u bent communicatief zeer vaardig en klantgericht. U hebt aantoonbaar affiniteit met kwaliteitsmanagement en/of auditing.

Beschikbaarheid/omvang werkzaamheden

Als kandidaat-auditor voor NPA start u met onze interne basisopleiding, bestaande uit drie cursusdagen (op 9 november en vervolgens op 30 november en 1 december 2017, inclusief tussenliggende avond) en een terugkomdag (op 16 januari 2018) met in de tussenliggende periodes zelfstudie en 2 (begeleide) praktijkdagen, afgerond met een praktijk- en kennistoets.

Deelname aan deze opleiding en dus beschikbaarheid voor de genoemde activiteiten is een voorwaarde voor uw kwalificatie als hoofdauditor voor NPA.

Na uw kwalificatie verwachten we dat u als hoofdauditor regelmatig (minimaal 20 keer per jaar) een audit uitvoert. Inclusief de verplichte auditorenbijeenkomsten vraagt dit gemiddeld 16 uur per maand.

Opdrachtrelatie

De werkzaamheden zullen worden uitgevoerd op basis van een modelovereenkomst als zelfstandige.

Inlichtingen

Nadere informatie over NPA vindt u op de website www.praktijkaccreditering.nl.

Voor inhoudelijke informatie over de functie kunt u contact opnemen met Jean van Wersch, Hoofd Kwaliteit of Pauline Lorier, Adviseur Deskundigheidsbevordering, telefoonnummer 030-2823600 of per e-mail j.vanwersch@praktijkaccreditering.nl.

Sollicitaties

Uw sollicitatie met curriculum vitae, waarin u beschrijft in welke mate u aan het profiel voldoet, graag uiterlijk **31 augustus 2017** richten aan NHG Praktijk Accreditering b.v., bij voorkeur per e-mail aan j.baardman@praktijkaccreditering.nl. Sollicitatiegesprekken zullen plaatsvinden in de eerste week van september a.s.



Jaarcongres Praktische huisartsgeneeskunde

Bij
inschrijving
50% korting
op het boek
Kleine kwalen

12 oktober 2017 | Hotel Houten

Tijd: 09.30 - 17.00 uur

- Extra aandacht voor de complexe patiënt
- Focus op (zorg voor) ouderen
- Praktische insteek met zowel plenaire sessies als workshops
- Met quiz gewijd aan Kleine Kwalen in de huisartsenpraktijk

Doelgroep

Huisartsen en huisartsen in opleiding

Accreditatie

Wordt aangevraagd bij Accreditatie Bureau Cluster 1 voor 5 punten.

Mede mogelijk gemaakt door meerdere partijen, waaronder:



ALK, Ferring B.V., Meda Pharma B.V.,
Galephar Netherlands B.V. en Kyowa Kirin Pharma B.V.

Inschrijven? mednet.nl/PHG2017

Mednet is onderdeel van:
 **Springer Healthcare**



Onderbouwing diagnostisch proces NHG-Standaarden

Samenvatting

Verhagen AP, Bohnen, AM. *Onderbouwing diagnostisch proces NHG-Standaarden*. Huisarts Wet 2017;60(8):387-92.

Achtergrond De richtlijnen voor de huisarts (NHG-Standaarden) bevatten onder andere aanbevelingen voor het diagnostisch proces. Hoe beter deze aanbevelingen zijn onderbouwd, hoe beter het diagnostisch proces verloopt. Een richtlijncommissie onderbouwt de aanbevelingen met het beste bewijs dat voorhanden is. Ons onderzoek heeft tot doel inzicht te krijgen in de lacunes in de onderbouwing van de diagnostische aanbevelingen in richtlijnen. Hierbij gaan we ervan uit dat het gevonden bewijs voor de aanbevelingen een adequate reflectie is van de aanwezige literatuur/bewijzen.

Methode Bij elf NHG-Standaarden over het bewegingsapparaat hebben twee beoordelaars per diagnostische aanbeveling de mate van het gevonden bewijs gescoord en in vijf categorieën ondergebracht (van geen wetenschappelijk bewijs tot een systematische review).

Resultaten We vonden 101 diagnostische aanbevelingen. Ruim 37% van de aanbevelingen was met goed bewijs onderbouwd en voor ruim 36% van de aanbevelingen was er geen bewijs gevonden. Vooral aanbevelingen om geen aanvullend onderzoek uit te voeren waren gebaseerd op goed bewijs (54,2%). Bij de onderbouwing van de aanbevelingen was echter veelal sprake van onderzoek uit de tweede lijn.

Conclusie Voor ruim een derde van de diagnostische aanbevelingen voor het bewegingsapparaat ontbreekt wetenschappelijk bewijs, waardoor de diagnostische onzekerheid daarvan onbekend is. Er is meer onderzoek nodig op het gebied van eenvoudige diagnostiek van het bewegingsapparaat in de eerste lijn.

INLEIDING

Een goed en duidelijk diagnostisch proces is essentieel voor het stellen van een diagnose (werkhypothese), en de daaruit voortvloeiende prognose en het behandelplan.^{1,2} Elke vraag tijdens de anamnese en elke bevinding bij de inspectie of het lichamelijk onderzoek zijn een diagnostische test die de achterafkans op een aandoening vergroot of verkleint. Volgens de WHO betreft 5% van de kosten in de gezondheidszorg diagnostiek, maar heeft deze diagnostiek invloed op 60 tot 70% van de kosten in de gezondheidszorg.³ Verbetering van het diagnostisch proces in de huisartsenzorg en een daaraan gekoppeld rationeel aanvraagbeleid (het voorkomen van onnodige diagnostiek op basis van een onjuiste indicatie) kunnen bijdragen aan het gericht verwijzen naar de tweede lijn.¹ Idealiter zijn alle aanbevelingen in richtlijnen goed wetenschappelijk onderbouwd. Bij een gebrek aan wetenschappelijk bewijs kan men er bij richtlijnen voor kiezen aanbevelingen te doen op basis van expertopinie. Het doel van dit onderzoek is om zicht

te krijgen in de mate van wetenschappelijke onderbouwing van de diagnostische aanbevelingen in NHG-Standaarden.

METHODE

Onderzoeksopzet

We selecteerden NHG-Standaarden uit een gebied waar de huisarts veel mee te maken heeft, namelijk het bewegingsapparaat (hoofdstuk 1), zoals beschreven in de uitgave van het Nederlands Huisartsen Genootschap, januari 2016.⁴

Gegevensextractie en -analyse

Twee personen voerden de gegevensextractie aan de hand van een standaardformulier onafhankelijk van elkaar uit. Een derde persoon controleerde de gegevensextractie van twee standaarden. We verzamelden algemene informatie over het jaar van uitgave en de patiëntenpopulatie en brachten de diagnostische aanbevelingen van elke standaard in drie categorieën onder: anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullende diagnostiek.

Per standaard inventariseerden we het aantal anamnestiche aanbevelingen in items (een los item, bijvoorbeeld geslacht, of een cluster van vragen, bijvoorbeeld alle vragen naar pijn). Voor het lichamelijk onderzoek hebben we de aanbevelingen uitgesplitst in inspectie, palpatie, basisbewegingsonderzoek en specifieke tests.

Wat betreft het bewijs voor de aanbevelingen haalden we gegevens over correlaties, associaties, sensitiviteit en specificiteit uit de standaarden. Het niveau van bewijs wordt als volgt gedefinieerd: A1: een diagnostische systematische review; A2: een diagnostisch accuratesseonderzoek van voldoende grootte en kwaliteit; B: een patiëntgebonden onderzoek anders dan A; C: een niet-vergelijkend onderzoek; D: een expertopinie.

Wat is bekend?

- Valide en betrouwbare diagnostiek vermindert de diagnostische onzekerheid.

Wat is nieuw?

- De meeste aanbevelingen in NHG-Standaarden over het bewegingsapparaat die zijn gebaseerd op de anamnese konden niet goed wetenschappelijk worden onderbouwd.
- De meeste diagnostische aanbevelingen om iets niet te doen (bijvoorbeeld geen röntgenfoto's) waren gebaseerd op goed wetenschappelijk bewijs.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: A.P. Verhagen, universitair hoofddocent; A.M. Bohnen, huisarts, universitair hoofddocent • Correspondentie: a.verhagen@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Tabel 1 Overzicht diagnostische aanbevelingen

Aandoening (Standaard)	Anamnese			Lichamelijk onderzoek			Aanvullend onderzoek		
	Aanbeveling	Onderbouwing	NvB (setting)	Aanbeveling	Onderbouwing	NvB (setting)	Aanbeveling	Onderbouwing	NvB (setting)
Artritis (M90) 2009	7 clusters items	Geen		Inspectie (roodheid, zwelling, knobbels)	Geen		Lab: BSE, CRP	BSE en CRP onder-scheid niet voldoende	B, C
				Palpatie gewricht spleet	Pijnlijke gewricht spleet correleert met ontstekings-activiteit (verhoogd CRP)	C			
				Actieve/passieve ROM	Geen				
Bacteriële artritis							Spoedverwijzing	Geen	
Jichtartritis							Urinezuurbepaling (eventueel)	Hyperuremie: nww: 96%; pww: 19%	C (2e lijn)
							Geen röntgenfoto's bij aanhoudende twijfel	Onvoldoende se/sp	B
								Uraatkristallen, niet haalbaar in HAP	B, C (2e lijn)
Reactieve artritis							Lab-verwijzing	Alleen als behandeling primaire infectie noodzakelijk is	B, C
							Geen röntgenfoto's	Geen	
Reumatoïde artritis	4 extra items	Onduidelijk	A2 (2e lijn)				Geen röntgenfoto's	Niet geïndiceerd	A2, B (2e lijn)
							Lab niet zinvol	Reumafactor geringe vw	B (2e lijn)
Aspecifieke lage rugpijn (M54) 2005	Alarmsignalen: 6 clusters items	Onduidelijk	A2 (1e lijn)	Niet nodig	Geen		Lab niet zinvol	Verhoogd BSE weinig specifiek	A2 (1e lijn)
	1e consult: 6 items	Geen		Niet nodig	Geen		Geen beeldvorming	Weinig sensitief en specifiek	A2 (2e lijn)
	Bij aanhoudende problemen: 10 items	Psychologische en sociale factoren zijn voorspellend aanhoudende klachten	A2, C (1e lijn)	Niet nodig	Geen		Geen beeldvorming	Weinig sensitief en specifiek	A2 (2e lijn)
							Lab niet zinvol	Geen	
Enkelbandletsel (M04) 2012	4 items	Geen		Inspectie (zwelling)	Se: 90%	B (2e lijn)			-
				Specifieke tests	Schuifladetest: se: 86% Combinatie zwelling, pijn en schuiflade: se 96%	B (2e lijn)			
Fractuur	Ottawa Ankle Rules (OAR)	Uitsluiten fractuur, se: 99,6%	A1 (SEH)				Röntgenfoto bij positieve OAR	Geen	
							Echo niet aanbevolen;	Se: 92%; sp: 64%	A2 (2e lijn)
Epicondylitis (M60) 2009	9 clusters items	Geen		Palpatie: lokalisatie pijn	Onbekend	B	Geen röntgenfoto's	Geen	
				Weerstandtest: dorsaal/ palmairflexie pols	Onbekend	B	Echo niet aanbevolen	Onbekend	A2 (1e lijn)
Fractuurpreventie (M69) 2012	Verhoogd valrisico: 3 items	Eerdere val, verminderde mobiliteit en valangst verhogen valrisico AUC: 65-79%	A2, B (1e lijn)	Mobiliteitstests	AUC: 51-67%	A2 (1e lijn)	Botdichtheid meting niet zinvol	Se/sp < 50%	A2 (2e lijn)
	Anders: 10 items	Lengteverlies > 5 cm voorspeller voor wervelfractuur	A2				Vertebral Fracture Assessment (VFA)	Se: 64-84%; nww: 97%, pww: 76%	A2 (2e lijn)

Aandoening (Standaard)	Anamnese			Lichamelijk onderzoek			Aanvullend onderzoek		
	Aanbeveling	Onderbouwing	NvB (setting)	Aanbeveling	Onderbouwing	NvB (setting)	Aanbeveling	Onderbouwing	NvB (setting)
Hand- en pols- klachten (M91) 2010					–				
Carpaletunnelsyn- droom	3 items	Vrouw: OR = 9,9; Hoger BMI: OR = 1,8	B	Provocatietests niet zinnig	Onduidelijk	A2	Elektrofysiologisch onderzoek, niet zinvol	Se: 4-85%, sp: 52-99%	A1 2e lijn
Ganglion				Palpatie vastelastische zwelling	Geen		Aspiratie Echo	Geen Onbekend	B
Artrose hand	ACR-criteria (ouder dan 45 jaar, pijn bij bewegen, start stijfheid, startpijn)	Onbekend	A2 (2e lijn)	Inspectie/palpatie verdikking handgewrichten	Geen		Lab niet geïndiceerd Geen röntgenfoto's	Geen Geen	
Trigger finger	1 item	Onbekend	B	Palpatie flexorpees	Geen				
Mallet finger		–		Inspectie/palpatie flexiestand	Geen		Röntgenfoto aanbevelen	Geen	
Contractuur (Dupuytren)	1 item	Positieve familieanamnese	B	Inspectie/palpatie flexiecontractuur	Onbekend	B			
Tendovaginitis (De Quervain)	2 items	Geen		Inspectie (roodheid, zwelling)	Geen				–
				Palpatie crepitatie	Geen				
				Test van Finkelstein	IBB: kappa 0,79	B			
Lumbosacraal radiculair syndroom (M55) 2015	Alarmsignalen: 2 items	Geen		Sensibiliteit rijbroekgebied	Geen				
	7 items	Niet-acuut begin, man, meer pijn in been en bij hoesten, niezen, persen is voorspellend voor wortelcompressie (AUC 65%)	A2 (1e lijn)	Vinger-voerafstand	Se: 85-90%; sp: 16-29%; pww: 78-86%; nvw: 27-29%	A1 (1e en 2e lijn)	Geen MRI	Se 75%; sp: 77% IBB: kappa 52-77%	A1 (2e lijn)
				Straight leg raising test (SLR)	Se: 92%; sp: 28%	A1 (1e en 2e lijn)	Geen CT-scans	SE 77%; sp: 74%	A1 (2e lijn)
				Gekruiste SLR	Se: 28%, sp: 90%	A1 (1e en 2e lijn)			
Niet-traumatische knieklachten (M107) 2016	7 clusters items	Geen		Inspectie staand/ liggend	Geen				
	Alarmsignalen: 2 items	Geen					Röntgenfoto's indien verdenking op tumoren, osteomyeli- tis, enzovoort	Geen	
Gonartrose	Leeftijd > 45 jaar, activiteitgerela- teerde kniepijn en ochtendstijf- heid voorspel- lend voor gonartrose	Onduidelijk	B	Verminderde ROM, crepitaties, pijnlijke gewrichtsspleet en benige verbreding gewrichtsspleet voorspellend voor gonartrose	Onduidelijk	B	Geen röntgenfoto's MRI niet zinvol Echo niet zinvol	Se: 46-84%; sp 73-94% Onduidelijk Onduidelijk	A1 (2e lijn) B B
Patellofemorale pijn syndroom	3 clusters items	Geen		Provocatietests niet zinnig	LR+ = 2,3	B			
Polymyalgia rheumatica (PMR) (M92) 2010	3 cluster items	Geen		Actieve/passieve ROM	Geen		Lab CRP-bepaling	Onduidelijk	C
Arteriitis temporalis (AT)	3 cluster items	Pijn bij kauwen en dubbelzien zijn geassocieerd met AT (LR+ = 4,2); se (pijn kauwen): 34%; se (dubbel- zien): 9%	A1 (2e lijn)	Palpatie pijn, zwelling	Geen		Lab BSE-bepaling	Normale BSE sluit AT uit (LR- = 0,2)	A1 (2e lijn)

Tabel 1 Overzicht diagnostische aanbevelingen (vervolg)

Aandoening (Standaard)	Anamnese			Lichamelijk onderzoek			Aanvullend onderzoek		
	Aanbeveling	Onderbouwing	NvB (setting)	Aanbeveling	Onderbouwing	NvB (setting)	Aanbeveling	Onderbouwing	NvB (setting)
Schouderklachten (M08) 2008	5 cluster items	Geen		Inspectie vorm, standsafwijking Actieve/passieve ROM schouder, eventueel nek	Geen Reductie exo hangt samen met glenohumerale problematiek IBB (kappa: 50-74%)	B	Beeldvorming niet zinvol; geen invloed op behandelbeleid	Geschikt voor detectie spierrupturen: Echo: se: 87%, sp: 96% MRI: se: 89%, sp: 93%	A1 (2e lijn)
Traumatische knieproblemen (M66) 2010	10 items	Mogelijk verband tussen hemartrose en letsel	A2, B (1e lijn)	Ballotement patella	Afwezigheid zwelling en ballotement kans op hydrops klein	A2 (1e lijn)			
Kruisbandletsel	4 items	Kans op letsel neemt toe van 21% (1 positief item) tot 83% (3 positieve items) Bij 2 of 3 negatieve items: kans op afwezigheid letsel 90%	A2 (1e lijn)	Palpatie gewrichtsspleet Pijn passieve flexie Specifieke tests niet zinvol	Se: 63-76%; sp: 29-77% Pvw: 41%; nvw: 77% Voorste schuifladetest: se: 55-62% sp: 88-92% lachmantest: se: 85-85% sp: 91-94% 'Pivot shift'-test: se: 24-32%; sp: 98%	A1 (2e lijn) B	MRI niet zinvol	Se: 75-94%; sp: 91-99%	A1 (2e lijn)
Meniscusletsel	3 items	Hydrops en trauma: OR = 14	B	Specifieke tests niet zinvol	Mcmurraytest: se: 48-70%; sp: 59-97%	A1 (2e lijn)	MRI niet zinvol	Se: 79-93%; sp: 80-96%	A1 (2e lijn)
Fractuur	Ottawa Knee Rules (OKR)	Uitsluiten fractuur, se: 98,5%; sp: 49%	A1 (SEH)				Röntgenfoto alleen bij vermoeden fractuur	Onduidelijk	A2 (2e lijn)

NvB: niveau van bewijs; A1: diagnostische systematische review; A2: diagnostisch accuratesseonderzoek van voldoende grootte en kwaliteit; B: patiëntgebonden onderzoek anders dan A; C: niet-vergelijkend onderzoek; D: expertopinie; se: sensitiviteit; sp: specificiteit; pvv: positief voorspellende waarde; rom: range of motion.

RESULTATEN

We hebben elf NHG-Standaarden en 101 diagnostische aanbevelingen gevonden [tabel 1]. Van de vier meest voorkomende klachten aan het bewegingsapparaat (lagerug-, nek-, schouder- en knieklachten) bestaat er alleen van nekpijn geen NHG-Standaard. De standaarden zijn gepubliceerd tussen 2005 (Aspecifieke lagerugpijn) en 2016 (Niet-traumatische knieklachten).

Anamnese

Alle standaarden bevelen aan om een anamnese uit te voeren [tabel 1], alleen het aantal items dat aan bod zou moeten komen varieert van 1 tot 10. Drie standaarden adviseren om eerst de alarmsignalen voor mogelijk ernstige pathologie na te gaan (Aspecifieke lagerugpijn, Lumbosacraal radiculair syndroom, Niet-traumatische knieklachten). Twee standaarden bevatten screeningslijsten om te screenen op een fractuur (Traumatische knieproblemen, Enkelbandletsel) en bijna alle standaarden (behalve die van Fractuurpreventie) adviseren om lokalisatie, ernst, duur, ontstaan en beloop van de klacht uit te vragen.

In twee standaarden is voor geen enkele anamnestiche aanbeveling wetenschappelijk bewijs gevonden (Epicondylitis, Schouderklachten). In twee standaarden kon bij alle aanbevelingen van de anamnese bewijs worden gepresenteerd, waarbij het niveau van bewijs veelal op A1- en A2-niveau ligt (Fractuurpreventie, Traumatische knieproblemen).

Lichamelijk onderzoek

Alle standaarden bevatten aanbevelingen over het lichamelijk onderzoek. De NHG-Standaard Aspecifieke lagerugklachten beveelt aan geen lichamelijk onderzoek te doen (expertopinie) en volgens de Standaard Traumatische knieproblemen is het uitvoeren van specifieke tests bij een verdenking op een meniscus- of kruisbandletsel niet zinvol (niveau A1).

In twee standaarden is voor geen enkele aanbeveling voor lichamelijk onderzoek wetenschappelijk bewijs gevonden (Aspecifieke lagerugpijn, Polymyalgia rheumatica en arteritis temporalis). In vier standaarden zijn alle aanbevelingen onderbouwd (Traumatische knieproblemen, Lumbosacraal radiculair syndroom, Epicondylitis, Enkelbandletsel), waarbij het niveau van bewijs op A1- en B-niveau ligt. De aanbe-



Wetenschappelijk bewijs ontbreekt bij een derde van de diagnostische aanbevelingen in de NHG-Standaarden over het bewegingsapparaat.

velingen om wel lichamelijk onderzoek te doen zijn veelal gebaseerd op expertopinie, terwijl de aanbevelingen om geen lichamelijk onderzoek uit te voeren voornamelijk gebaseerd zijn op niveau A-bewijs (behalve in de Standaard Aspecifieke lagerugpijn).

Aanvullend onderzoek

Alle standaarden bevatten aanbevelingen voor aanvullend onderzoek. Aanvullend onderzoek wordt in acht standaarden bewust afgeraden, veelal vanwege het gebrek aan meerwaarde voor het stellen van de diagnose (Artritis (B- en C-niveau), Aspecifieke lagerugpijn (A-niveau), Epicondylitis (expertopinie, A-niveau), Fractuurpreventie (A-niveau), Hand- en polsklachten (expertopinie, A-niveau), Niet-traumatische knieklachten (A- en B-niveau), Schouderklachten (A1-niveau) en Traumatische knieproblemen (A-niveau)). Röntgenfoto's worden alleen aanbevolen na een positieve score op de frac-

tuurscreening (Traumatische knieproblemen, Enkelbandletsel (A1-niveau)), bij verdenking op tumoren (Niet-traumatische knieklachten (expertopinie)) en bij verdenking op een mallet finger (Hand- en polsklachten (expertopinie)).

In vijf standaarden zijn alle aanbevelingen voor aanvullend onderzoek onderbouwd (Fractuurpreventie, Lumbosacraal radiculair syndroom, Polymyalgia rheumatica en arteriitis temporalis, Schouderklachten, Traumatische knieproblemen) (A- tot C-niveau).

Niveau van bewijs

De frequenties van niveau van bewijs van de verschillende diagnostische onderdelen zijn samengevat in [tabel 2]. Hierbij valt op dat ruim een derde van het bewijs uit A1- en A2-niveau bestaat (38/101; 37,6%), voornamelijk gebaseerd op onderzoeken uit de tweede lijn, maar ook dat voor ruim een derde (37/101; 36,6%) van de aanbevelingen geen wetenschappelijk bewijs is

Tabel 2 Frequenties van niveau van bewijs in anamnese, lichamelijk- en aanvullend onderzoek

Niveau van bewijs	Anamnese	Lichamelijk onderzoek	Aanvullend onderzoek	Totaal
A1	3	6	8	17
A2	9	3	9	21
B	5	10	8	23
C		1	2	3
Aanbeveling zonder referentie (D)	11	16	10	37
Totaal	28	36	37	101

gevonden. Dit percentage verschilt enigszins tussen de anamnese (11/28; 39,3%), het lichamelijk onderzoek (16/36; 44,4%) en aanvullend onderzoek (10/37; 27%). Opvallend is dat vooral de aanbevelingen bij aanvullend onderzoek om iets niet te doen zijn gebaseerd op A-niveau van bewijs (13/24; 54,2%). Er zijn twee standaarden waarin (nagenoeg) alle aanbevelingen bewijs op A-niveau hebben (Fractuurpreventie, Traumatische knieproblemen).

BESCHOUWING

Voor ruim een derde van de diagnostische aanbevelingen in de NHG-Standaarden van het bewegingsapparaat is geen wetenschappelijk bewijs gevonden. Ook is het wetenschappelijke bewijs voornamelijk gebaseerd op onderzoek dat in de tweede lijn heeft plaatsgevonden. Dit betekent dat de resultaten uit die onderzoeken lang niet altijd te extrapoleren zijn naar de huisartsenpraktijk in verband met lagere prevalentiecijfers en een andere ziektestatus. Opvallend is dat vooral de aanbevelingen om iets niet te doen (lichamelijk onderzoek of aanvullend onderzoek) zijn gebaseerd op A-niveau van bewijs.

Beperkingen

We zijn bij de evaluatie van het bewijs uitgegaan van wat er in de standaarden is vermeld (tekst, cijfers en literatuurverwijzingen). Tevens gingen we ervan uit dat als er geen bewijs is gegeven, dit ook niet bestaat, aangezien inhoudsdeskundigen verantwoordelijk zijn voor het ontwikkelen van een standaard en zij bij de ontwikkeling van de standaarden een zeer goede zoekactie uitvoeren naar bestaande literatuur. Sommige NHG-Standaarden bevatten een explicietere formulering van de achtergrond van het bewijs dan andere, waardoor een onderschatting van het niveau van bewijs kan optreden.

We onderzochten de NHG-Standaarden van het bewegingsapparaat. Het is onduidelijk of onze bevindingen representatief zijn voor alle NHG-Standaarden.

Lacunes

In 1997 startte het NHG met het programma Alledaagse ziekten, dat is gericht op onderzoek naar 'alledaagse ziekten in de huisartsenpraktijk'. Bij de evaluatie van dit succesvolle programma bleek dat van de 33 projecten die in tien jaar tijd waren gefinancierd, er zeven deels of geheel een diagnostische vraagstelling hadden.⁵

Vanaf 2001 heeft de NHG de hiaten in het wetenschappelijke bewijs van de NHG-Standaarden vastgelegd in een data-

base, de 'lacunebak'.⁶ Onlangs is die lacunebak geactualiseerd. Hierin zijn geen vraagstellingen opgenomen over NHG-Standaarden die niet bestaan, zoals een standaard voor nekpijn. In de lacunebak blijkt slechts 12% van de vragen een diagnostische vraagstelling te hebben. Dit percentage verschilt sterk van het percentage aanbevelingen zonder wetenschappelijk bewijs (36,6%). Het lage percentage van diagnostische vragen in de lacunebak lijkt geen indicatie van een goede evidence-base van de diagnostische aanbevelingen.

Het Programma Alledaagse Ziekten heeft een stimuleren-de werking gehad op onderzoek dat is gericht op de lacunes in de NHG-Standaarden.⁷ Desondanks blijft de evidence-base van de diagnostische aanbevelingen mager. Daarom lijkt het goed om het bewijs voor de diagnostische aanbevelingen te verbeteren door gericht diagnostisch onderzoek binnen de huisartsgeneeskunde te stimuleren. Dit leidt tot het verbeteren van rationeel aanvraagbeleid, de onderbouwing van het vak en de kosteneffectiviteit van de eerstelijnszorg.

CONCLUSIE

Voor ruim een derde van de diagnostische aanbevelingen in de NHG-Standaarden van het bewegingsapparaat is geen wetenschappelijk bewijs gevonden. Gerichte subsidiemogelijkheden voor diagnostisch onderzoek in de eerste lijn zijn noodzakelijk voor een verbetering van het bewijs voor de diagnostische aanbevelingen.

DANKBETUIGING

We danken Caroline E.J. Lous hartelijk voor haar hulp bij het uitvoeren van de gegevensextractie en de eerste opzet van het artikel. ■

LITERATUUR

- 1 Bindels PJ. Over diagnostiek en overdiagnostiek; rationeel aanvraagbeleid blijft de basis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A7770.
- 2 Heneghan C, Godlee F. Where next for evidence based health care? *BMJ* 2013;346:f766.
- 3 Lewis Group. The value of diagnostics. Lewis report 2005. <http://www.lewin.com/publications/publication/237/>
- 4 NHG-Standaarden voor de huisarts: <https://www.nhg.org/nhg-standaarden>
- 5 Van der Wouden JC, Kortekaas MF, Dreesens D, Keuken DG, Dekker JH. Alledaagse ziekten: wat heeft 10 jaar subsidie opgeleverd? *Huisarts Wet* 2013;56:202-7.
- 6 Tasche MJA, Oosterberg E, Kolnaar B, Rosmalen K. Inventarisatie van lacunes in huisartsgeneeskundige kennis, zeventig standaarden doorgelicht. *Huisarts Wet* 2001;3:91-4.
- 7 Dekker J. Standaarden en onderzoek voor en door huisartsen. *Huisarts Wet* 2010;53:47-50.

Meer counseling in de NHG-Standaard Anticonceptie nodig

Samenvatting

Picavet C, Leusink P. Meer counseling in de NHG-Standaard Anticonceptie nodig. *Huisarts Wet* 2017;60(8):393-5.

De NHG-Standaard Anticonceptie wordt momenteel herzien. Er zijn niet veel nieuwe anticonceptiemethoden op de markt gekomen sinds de vorige herziening, maar er is wel nieuw onderzoek dat suggesties oplevert voor andere accenten in de standaard. Het gaat dan met name om de begeleiding van vrouwen in het eerste consult, zodat zij beter in staat zijn de kans op ongewenste zwangerschap te verkleinen. Het proefschrift *The contraceptive cycle* biedt een aantal nieuwe inzichten.

Goede anticonceptiecounseling blijft belangrijk. Nog altijd gaan de meeste vrouwen naar de huisarts voor een eerste recept, maar als deze eenmaal een eerste recept heeft uitgeschreven, hoeft de vrouw niet meer terug te komen. Voorlichting en monitoring zijn daardoor steeds meer een zaak geworden van apotheken en van de vrouw zelf. Ook andere beroepsgroepen profileren zich op het terrein van anticonceptie, met name GGD's (via Sense) en verloskundigen. Zou de huisarts niet wat meer te bieden hebben dan alleen een recept?

De anticonceptie is in Nederland relatief goed, er worden hier minder abortussen uitgevoerd dan in vrijwel alle andere westerse landen.¹ Toch gaat er nog altijd veel mis: ruim een op de acht zwangerschappen eindigt in een abortus.² Bovendien zijn de verschillen tussen bevolkingsgroepen groot; vrouwen met een Surinaamse of Antilliaanse achtergrond hebben een vijf tot zeven keer hogere kans op een abortus dan vrouwen van Nederlandse herkomst.²

Breng bij het eerste consult ook alternatieven voor pil en condoom ter sprake

Veel abortussen zouden voorkomen kunnen worden als anticonceptiva beter gebruikt werden. Ongeveer een derde van alle vrouwen die een abortus laten uitvoeren zegt dat ze in de zes maanden voorafgaand aan de abortus helemaal geen anticonceptiva hadden gebruikt. Van alle abortuscliënten gebruikte ongeveer 30% naar eigen zeggen de pil en een bijna even groot percentage condooms; vier vijfde van de pilgebruiksters en ongeveer de helft van de condoomgebruiksters gaf toe dat zij zelf fouten hadden gemaakt bij de anticonceptie.²

Recent onderzoek, beschreven in het proefschrift *The contraceptive cycle*, laat zien wat er zoal mis kan gaan bij anticonceptie.³ De NHG-Standaard Anticonceptie wordt momenteel herzien; in deze beschouwing kijken we op welke punten de standaard wellicht kan worden verbeterd.⁴

Dit artikel gaat vooral over vrouwen, omdat het onderzoek waarop het gebaseerd is over vrouwen gaat. Uiteraard is het voorkomen van een ongewenste zwangerschap ook de verantwoordelijkheid van hun mannelijke partners.

DE KEUZE VOOR EEN ANTICONCEPTIVUM

Als ze beginnen met anticonceptie kiezen vrijwel alle meiden voor de pil of het condoom.^{5,6} Het is de vraag of ze ook wel eens alternatieven overwegen die beter zouden passen bij hun behoeften en omstandigheden. Misschien kiezen jonge vrouwen soms te makkelijk voor de pil. Daarom vroegen we de gebruikers van zeven verschillende anticonceptiemethoden naar welke factoren ze belangrijk vonden toen zij met hun huidige methode startten en hoe tevreden zij op dat moment waren.³

Uit dit onderzoek kwam naar voren dat vrouwen over het algemeen een methode kiezen die bij ze past en dat ze over het algemeen tevreden zijn met die keuze. Vrouwen die hun menstruatie willen reguleren, gebruiken vaker hormonale methoden; vrouwen die het belangrijk vinden dat hun partner ook een steentje bijdraagt, gebruiken vaker condooms of natuurlijke methoden. Het is echter niet zo dat ze die overwegingen belangrijker vonden dan de betrouwbaarheid van de anticonceptie: alle vrouwen, ook de gebruikers van natuurlijke methoden, vonden betrouwbaarheid gemiddeld toch het belangrijkste. Aan de volgorde van wat ze belangrijk vinden is dus weinig af te lezen. Ook is het niet zo dat vrouwen die minder tevreden waren over een bepaalde methode andere aspecten belangrijk vonden dan degenen die wel tevreden waren over die methode.³

Deze resultaten geven weinig richting aan de vragen die de huisarts zou moeten stellen wanneer een vrouw voor anticon-

De kern

- De NHG-Standaard Anticonceptie biedt een goed overzicht van de effectiviteit en veiligheid van anticonceptiemethoden, maar heeft weinig aandacht voor counseling.
- Vrijwel alle meiden kiezen voor pil of condoom als ze met anticonceptie beginnen; het is de vraag of ze ook over alternatieven te horen krijgen.
- De meeste vrouwen zijn tevreden met de gekozen anticonceptiemethode, maar de pil wordt vaak vergeten.
- De kans op ongewenste zwangerschap is het grootst bij vrouwen die al eens een abortus ondergaan hebben, vooral deze groep zou meer counseling moeten krijgen over anticonceptie.

AllthatChas Research Consultancy, Amsterdam: dr. C.B.C. Picavet, psycholoog, Praktijk de Huisarts, Gouda: P.M. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS • Correspondentie: charles@allthatchas.nl • Mogelijke belangenverstremming: Charles Picavet heeft opdrachten uitgevoerd voor MSD, HRA Pharma, Gedeon Richter en Titus Healthcare. Geen van deze bedrijven is financieel of inhoudelijk betrokken geweest bij de totstandkoming van dit artikel. Peter Leusink heeft geen conflicterende belangen aangegeven.



Goede anticonceptiecounseling blijft belangrijk.

ceptie komt. Het belangrijkste lijkt dat de huisarts de vrouw zelf haar keuze laat bepalen en dit enkel met voorlichting begeleidt. Dit wil overigens niet zeggen dat de huisarts geen alternatieve anticonceptiemethoden ter sprake hoeft te brengen. Het is belangrijk dat vrouwen weet hebben van de alternatieven die er zijn, niet alleen voor het moment zelf maar ook voor de toekomst – het kan immers gebeuren dat ze mettertijd minder tevreden worden over de gekozen methode. Op de (niet gesponsorde) website www.anticonceptievoorjou.nl van Rutgers kunnen jongeren onder de 25 jaar een test doen om te kijken welke anticonceptiemethode het best bij hen past.

COUNSELING BIJ HET VOORSCHRIJVEN VAN DE PIL

De pil is verreweg de meest gebruikte anticonceptiemethode in Nederland. Meer dan de helft van de vrouwen die anticonceptie gebruiken, gebruikt de pil, al dan niet in combinatie met condooms. Jongeren onder 20 jaar gebruiken bijna geen andere methode dan pil of condoom. Doordat zoveel meisjes al op jonge leeftijd de pil gebruiken, is het aantal tienerzwangerschappen in Nederland heel laag.^{1,7} Toch zit er ook een andere kant aan dit verhaal: de pil wordt vaak vergeten. Bekend is ook dat het aantal ongeplande zwangerschappen in het eerste jaar dat de pil gebruikt wordt vele malen hoger is (9%) dan de theoretische kans bij perfect gebruik (0,3%).⁸

In ons onderzoek zei 67% van de pilgebruiksters dat ze in de afgelopen zes maanden wel eens een pil vergeten waren. Bij 21% waren er dat ook wel eens meer dan één van dezelfde strip. Die laatste groep bevatte relatief veel jongere vrouwen, vrouwen met een niet-westerse achtergrond en vrouwen zonder vaste partner. We onderzochten vier psychosociale factoren die van invloed zouden kunnen zijn op het vergeten van de pil. Twee daarvan, de inschatting van het risico op zwangerschap en de wil om die zwangerschap te voorkomen, speelden naar eigen zeggen bij geen van de ondervraagde vrouwen een

rol. Twee andere factoren bleken wél samen te hangen met het vergeten van de pil, namelijk de attitude ten aanzien van de pil en de 'eigeneffectiviteit', dat wil zeggen de eigen inschatting van de vrouw of ze in staat is de pil ook in moeilijke omstandigheden dagelijks in te nemen, bijvoorbeeld als ze niet thuis slaapt of onregelmatige diensten draait. De invloed van deze beide factoren kwam tot uiting bij vrouwen met een niet-westerse achtergrond: als zij de pil vaker vergaten dan vrouwen met een Nederlandse of andere westerse achtergrond, kwam dat doordat zij gemiddeld negatiever dachten over de pil en ook over hun vermogen hem dagelijks in te nemen. 'Attitude' en 'eigeneffectiviteit' speelden geen rol bij jongere vrouwen en bij vrouwen zonder vaste partner, dus de redenen waarom deze groepen de pil vaker vergeten dan gemiddeld zijn nog niet opgehelderd.³

De NHG-Standaard vermeldt wel wat een pilgebruikster moet doen na het vergeten van pillen, maar besteedt minder aandacht aan het voortraject. De verschillende strategieën bij het vergeten van een pil zouden eigenlijk al aan bod moeten komen in het consult waarin de keuze voor een anticonceptiemethode bepaald wordt. Het is wellicht verstandig om andere methoden dan de pil aan te raden wanneer een vrouw ambivalentie laat zien over de pil of over haar eigeneffectiviteit.

Een ander punt waarover gedacht kan worden, is vrouwen die regelmatig de pil vergeten aan te raden geen stopweek meer in te lassen: het risico van ongewenste zwangerschap is het grootst als men een pil vergeet in de eerste week van de strip. De vrouw moet het wel acceptabel vinden dat de maandelijkse bloeding wegblijft, maar in ons onderzoek bleken veel vrouwen de stopweek al regelmatig over te slaan.³ De NHG-Standaard is tot nu toe terughoudend met dit advies, omdat er nog niet veel bekend is over de gevolgen van langdurig continu gebruik van oestrogenen. Daartegenover staat dat een

Door reserves over de pil wordt hij wel eens vergeten

Cochrane-review in 2014 tot de conclusie kwam dat er geen medische redenen zijn om een stopweek in te lassen en dat continu slikken ook het voordeel heeft dat de hormoonschommelingen en de daarmee samenhangende klachten achterwege blijven.⁹

COUNSELING BIJ ONGEWENSTE ZWANGERSCHAP

Wanneer ondanks de anticonceptie toch een ongewenste zwangerschap ontstaat, zal de huisarts weer in beeld komen. Huisartsen zijn vaak al betrokken bij de zorg rond een ongewenste zwangerschap, en die rol zal nog belangrijker worden als zij de abortuspil mogen gaan voorschrijven.¹⁰

Meer dan een derde van de vrouwen die een abortus hebben ondergaan, ondergaat ook een tweede abortus, bij geen andere groep in Nederland is de kans op een ongewenste

zwangerschap zo groot. Daarom onderzochten we de verschillen tussen vrouwen die voor een eerste abortus komen en diegenen die al vaker een abortus hebben ondergaan. Vrouwen van Surinaamse en Antilliaanse herkomst zijn oververtegenwoordigd in de eerste groep en in de tweede groep is die oververtegenwoordiging nog groter. Opvallend is verder dat vrouwen die voor een herhaalde abortus komen vaker zeggen anticonceptie te hebben gebruikt in de periode voor de abortus, maar dat ze dat niet consequent hebben gedaan.³ Blijkbaar hebben ze wel behoefte aan het voorkomen van een zwangerschap, maar zijn ze daar toch niet goed toe in staat.

De meeste vrouwen zijn prima in staat hun eigen methode te kiezen

Hoewel we hebben gezien dat vrouwen over het algemeen prima in staat zijn om een anticonceptiemethode te kiezen die bij hen past, is er bij vrouwen die ongewenst zwanger zijn geraakt misschien toch reden om extra aandacht aan de anticonceptie te besteden. De huisarts kan samen met de vrouw onderzoeken hoe een volgende ongewenste zwangerschap voorkomen kan worden. Elke anticonceptiemethode is afdoende wanneer hij goed wordt toegepast, maar bij vrouwen die herhaaldelijk ongewenst zwanger raken, verdient een langwerkende methode zoals een spiraal of een implantaat de voorkeur. Vooral wanneer ze direct bij de abortus worden geplaatst, reduceren deze middelen de kans op een nieuwe abortus sterk.¹¹

CONCLUSIE

De NHG-Standaard Anticonceptie is een waardevol naslagwerk en geeft een gedegen wetenschappelijk overzicht van de effectiviteit en veiligheid van anticonceptiemiddelen. De interpretatie van het aangehaalde wetenschappelijke onderzoek kan op punten verschillen, maar de grote lijn is zonder meer erg waardevol voor professionals die zich met anticonceptiecounseling bezighouden. De standaard beschrijft echter slechts in beperkte mate wat er aan bod zou moeten komen in een counselinggesprek. Dat gesprek wordt vooral beschreven vanuit het perspectief van gezondheid; de individuele beleving en de omstandigheden komen veel minder aan bod.

Als we één onderwerp zouden moeten noemen dat naar

ons inzicht meer nadruk mag krijgen in de NHG-Standaard, dan is dat de ondersteuning van zelfregulering door de vrouw. Het is belangrijk te benadrukken dat vrouwen zelf hun anticonceptiegebruik in de gaten moeten houden en hun gedrag moeten aanpassen als dit niet goed loopt. Daar hoort ook bij dat ze op tijd aan de bel trekken en om hulp vragen. Die zelfregulering is vooral belangrijk bij kortwerkende anticonceptiva zoals de pil. Omdat de huisarts een vrouw die net begonnen is met anticonceptie misschien niet meer terugziet, moet al vanaf het eerste consult voldoende aandacht aan dit punt besteed worden.

Andere aanbevelingen die we zouden willen doen bij de herziening van de NHG-Standaard Anticonceptie, zijn de volgende:

- over het algemeen kunnen vrouwen prima bepalen welke anticonceptiemethode geschikt is, maar dat betekent niet dat de huisarts geen alternatieven zou moeten bespreken of haar motieven niet zou kunnen toetsen;
- als een vrouw de pil of een natuurlijke methode wil gaan gebruiken, moet de huisarts samen met haar nagaan of dit verstandig is, bijvoorbeeld door haar attitude en eigeneffectiviteit te bespreken;
- leer de vrouw van tevoren hoe zij kan omgaan met lastige situaties zoals bijwerkingen, maar ook bijvoorbeeld pilgebruik bij onregelmatige diensten of niet thuis overnachten, en wat zij kan doen als er iets is misgegaan;¹²
- na een abortus kan de keuze voor een langwerkende anticonceptiemethode worden gestimuleerd.

Er zijn aanwijzingen dat counseling de effectiviteit van anticonceptie verbetert,¹³ maar de onderzoeken zijn niet eensluidend.³ Waarschijnlijk heeft één kort consult te weinig effect. Het zou dan ook interessant kunnen zijn de doktersassistente of praktijkondersteuner deze taak voor een deel te laten overnemen, bijvoorbeeld in het kader van een Spreekuur Seksuele Gezondheid.^{14,15} ■

LITERATUUR

- 1 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapportage 2015 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht: IGZ, 2017.
- 2 Hehenkamp L, Wijsen C. Landelijke abortusregistratie 2014. Utrecht: Rutgers; 2016.
- 3 Brand AK, Bruinsma ACA, Van Groenigen COM, Kalmijn S, Kardolus CJ, Peerden MJM, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54:652-76.

De rest van de literatuur is te vinden bij dit artikel op www.henw.org.



Counseling is dagelijks werk voor de huisarts

Picavet en Leusink betogen dat er meer aandacht moet komen voor counseling in de NHG-Standaard Anticonceptie ('Meer counseling in de NHG-Standaard Anticonceptie nodig', pagina 393). Wij onderschrijven het belang van goede counseling. Dit is namelijk de kern van het dagelijks werk van de huisarts. Momenteel is de standaard in herziening, waarbij er aandacht is voor patiëntenvoorlichting, 'shared decision making' en controle.

Hoewel Picavet en Leusink vinden dat de NHG-Standaard Anticonceptie een goed wetenschappelijk onderbouwd en waardevol naslagwerk is, is er kritiek omdat vrouwen vaak vergeten anticonceptiepillen in te nemen. Daarnaast pleiten zij voor meer aandacht voor anticonceptiegebruik na een ongewenste zwangerschap. Dit laatste kunnen we natuurlijk alleen maar onderschrijven. Ook wij vinden counseling erg belangrijk en de standaard besteedt daar eveneens aandacht aan. Goede counseling, het gesprek over attitude en zelfmanagement is overigens niet alleen van belang bij het onderwerp anticonceptie, maar is belangrijk bij alle consulten in de huisartsenpraktijk.

Pil vergeten

De auteurs geven aan dat de huisarts bij de keuze van een anticonceptiemethode moet bespreken wat te doen als de pil wordt vergeten. De standaard sluit hier naar ons idee op aan met de uitleg van



Foto: Shutterstock

De NHG-Standaard Anticonceptie adviseert drie maanden na invoering van een anticonceptiemethode te evalueren.

het 'juiste gebruik'. Verder staat in de standaard dat het bij bespreking van de anticonceptiekeuze van belang is om te weten over welke informatie de patiënt beschikt en of deze correct is. Waarom heeft de patiënt een bepaalde voorkeur, en zijn alle relevante keuzemogelijkheden bekend? Na bespreking van de hulpvraag, de specifieke situatie van de patiënt en de diverse anticonceptiemogelijkheden, kan de patiënt een middel of methode kiezen. Het is inderdaad zo dat de formulering van de informatie over dit onderwerp in de standaard en op Thuisarts.nl specifieker kan.

Zelfregulering

Picavet en Leusink vinden verder dat ondersteuning van zelfregulering door vrouwen meer nadruk mag krijgen in

de standaard. Vrouwen moeten zelf hun anticonceptiegebruik in de gaten houden en hun gedrag aanpassen als dit niet goed loopt. Daar hoort bij dat ze op tijd aan de bel trekken en hulp vragen. De standaard geeft het advies om drie maanden na invoering van een anticonceptiemethode te evalueren, en om uitleg te geven over veelvoorkomende, voorbijgaande bijwerkingen. Daarnaast adviseert de huisarts de patiënt om contact op te nemen bij vragen of klachten.

Miranda Kurver, Margriet Bouma

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap, Utrecht: M. Kurver, wetenschappelijk medewerker en huisarts; M. Bouma, senior wetenschappelijk medewerker en huisarts n.p.

Denk tijdig aan metformine bij diabetes

Samenvatting

Jans N. Denk tijdig aan metformine bij diabetes. *Huisarts Wet* 2017; 60(8):397-9.

Elke patiënt zou bij de diagnose 'diabetes mellitus type 2' niet alleen intensieve leefstijlbegeleiding, maar meteen ook een recept voor metformine aangeboden moeten krijgen. Diabetes type 2 is een ziekte die onherroepelijk escaleert. Snel en intensief verlagen van de bloedglucosewaarden verkleint de kans op complicaties aanzienlijk. Leefstijlbegeleiding is bewezen het effectiefst, maar intensieve leefstijlinterventies zijn voor veel patiënten moeilijk vol te houden en zijn niet bij iedereen effectief. Daarom, en omdat snel en stevig ingrijpen belangrijk is, zouden huisartsen ook andere interventies moeten inzetten en direct metformine voorschrijven. Dat is weliswaar niet de effectiefste behandeling, maar wel veilig beproefd.

Diabetes mellitus type 2, ook wel kortweg DM2 genoemd, is een progressieve aandoening doordat de hyperglykemie en de verhoogde concentraties vrije vetzuren en triglyceriden de bestaande insulineresistentie en bètaceldisfunctie verder verergeren – een proces dat men 'glucolipotoxiciteit' noemt. Op het moment dat de diagnose 'diabetes type 2' gesteld wordt, is 70-80% van de bèta-celfunctie al verloren gegaan en is snelle glykemische controle geboden om het cardiovasculaire risico binnen de perken te houden.

Inmiddels heeft ongeveer één op de zeventien inwoners van Nederland diabetes type 2.¹ Ter illustratie: een willekeurige Rotterdammer van 45 jaar heeft 31,3% kans om in de loop van zijn leven diabetes type 2 te ontwikkelen, ongeacht het geslacht.²

Om een goede bloedglucoseregulatie te bereiken, moet de patiënt zijn leefstijl veranderen of bloedglucoseverlagende medicatie gaan gebruiken. De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 adviseert pas te starten met orale medicatie, bij voorkeur metformine, als verlaging van de bloedglucose met voorlichting, educatie en leefstijladvisering niet lukt.³ In onderzoeksverband zijn intensieve leefstijlinterventies inderdaad even effectief of zelfs effectiever gebleken dan met-

formine, maar de dagelijkse praktijk is weerbarstig. Weinig patiënten houden zo'n regime vol en een behoorlijk aantal heeft uiteindelijk toch medicatie nodig. In de praktijk houdt men vaak een termijn aan van drie maanden leefstijlbeïnvloeding en gaat men dan over op metformine als succes uitblijft.⁴ Wel houdt de NHG-Standaard de mogelijkheid open om meteen na de diagnose te starten met medicatie wanneer een patiënt hoge glucosewaarden heeft en daarbij ook klachten van hyperglykemie. Ook de Britse NICE-richtlijn adviseert eerst leefstijlmaatregelen te proberen en pas met metformine te beginnen bij een $HbA_{1c} \geq 48$ mmol/mol.⁵ Ik noem deze benadering de 'nee-tenzijstrategie'.

Bij diabetes type 2 is vroeg ingrijpen geboden

Niet alle richtlijnen zijn in dit opzicht echter eensluidend. Zo adviseert de gezamenlijke Amerikaans-Europese richtlijn om met orale medicatie te starten op het moment van diagnose, tenzij het HbA_{1c} weinig verhoogd is en de patiënt zeer gemotiveerd is voor leefstijlverandering.⁶ Dus rijst de vraag of men ook in Nederland niet beter kan overgaan op een 'ja-tenzijstrategie': eerder starten met metformine.

WAAROM INTENSIEVE GLUCOSEREGULATIE?

Vroeg in het ontstaansproces van diabetes type 2 treedt insulineresistentie op. Daardoor hopen triglyceriden zich op buiten het vetweefsel in organen zoals lever, hart en spieren, wat gepaard gaat met functionele en structurele afwijkingen in die organen. De glucolipotoxiciteit van de verhoogde concentraties glucose, vrije vetzuren en triglyceriden in het bloed zorgt ervoor dat de insulineresistentie en de bètaceldisfunctie steeds verder toenemen. Bij normalisatie van de bloedglucoseconcentratie gebeurt het omgekeerde: de bèta-celfunctie herstelt zich, de insulineresistentie verbetert en de concentratie vrije vetzuren neemt weer af.⁷ De sleutel om het zichzelf versterkende proces van glucolipotoxiciteit in te dammen is behoud van de bèta-celfunctie, dus een zo snel mogelijke glykemische controle.⁸ Therapeutische inertie, dat wil zeggen het te laat starten of intensiveren van de behandeling, versterkt het variabele, maar bovenal progressieve en escalerende karakter van diabetes type 2.

De kern

- Diabetes type 2 is een progressieve, zichzelf versterkende aandoening, daarom is snelle behandeling het effectiefst.
- Intensieve glucoseverlaging heeft langdurig effect, mits tijdig ingezet.
- Leefstijlinterventies zijn in het algemeen effectiever dan metformine, maar niet bij iedereen.
- Het is daarom aan te raden iedere diabetespatiënt op het moment van diagnose naast leefstijlbegeleiding ook metformine aan te bieden.

Onze Huisartsen Keten zorg Arnhem, Velp: P.G.W. Jans, kaderhuisarts diabetes (tevens Huisartsencoöperatie Zeist • Correspondentie: njans@onzehuisartsen.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

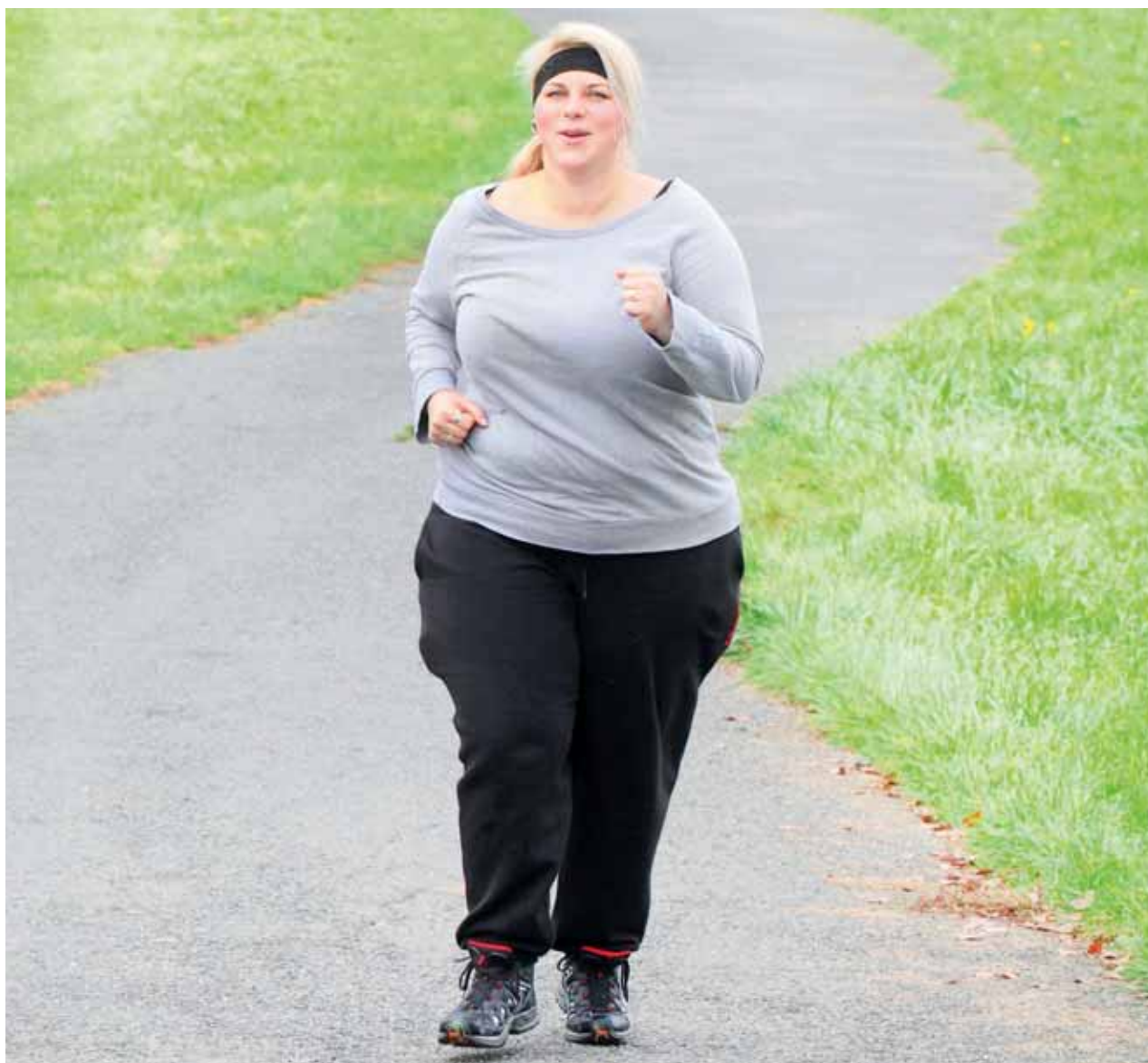


Foto: Shutterstock

Intensieve leefstijlinterventies zoals meer en vaker bewegen, zijn voor veel patiënten vaak moeilijk vol te houden.

CARDIOVASCULAIR RISICO

Diabetes type 2 verdubbelt het risico op hart- en vaatziekten, onafhankelijk van andere risicofactoren.⁹ In een groot multi-etnisch onderzoek bleek een stijging van de nuchtere bloedglucoseconcentratie met 1 mmol/l te leiden tot een 17% grotere kans op het optreden van of overlijden aan een hart- en vaat-incident.¹⁰ En voor elk procentpunt dat het HbA1c stijgt, stijgt het risico op microvasculaire complicaties met 37%.¹¹

Vraag is of intensieve bloedglucoseverlaging bij iedereen leidt tot de gewenste reductie van het cardiovasculaire risico. Een computersimulatie wees uit dat drie jaar vervroeging van diagnose en behandeling het absolute risico op een hart- en vaatziekte reduceerde met 3,3% en dat die risicoreductie nooit meer te bereiken is als men later start met de behandeling,

hoe intensief die ook is.¹² Een aantal grote onderzoeken liet zien dat dit niet alleen opgaat voor diabetespatiënten die na een screening waren opgespoord of die de diagnose kort geleden hadden gekregen, maar ook voor patiënten die de ziekte al enige tijd hadden. Medicamenteuze behandeling verlaagde het risico op microvasculaire complicaties en de intensiteit was bepalend: hoe intensiever de bloedglucoseverlaging, des te minder complicaties.^{11,13,14} Een langetermijnanalyse na tien jaar bracht een positief 'naijleffect' van vroegtijdige intensieve bloedglucoseverlaging aan het licht: ook al waren de HbA1c-waarden inmiddels vergelijkbaar, toch waren het aantal microvasculaire complicaties en het risico op macrovasculaire complicaties nog steeds significant lager in de intensief behandelde groep.¹⁵

Daar staat tegenover dat intensieve bloedglucoseverlaging juist nadelig kan uitpakken bij mensen die al langer dan tien jaar diabetes type 2 hebben; een onderzoek moest vroegtijdig worden afgebroken vanwege oversterfte onder de deelnemers, van wie 35% bij inclusie al een cardiovasculaire aandoening had.¹⁶

Al met al zijn er toch duidelijke aanwijzingen dat snelle, intensieve bloedglucoseverlaging op korte termijn microvasculaire complicaties en op lange termijn ook macrovasculaire complicaties kan voorkómen.

LEEFSTIJLINTERVENTIE OF MEDICATIE?

Intensieve bloedglucoseverlaging, mits tijdig begonnen, verkleint dus het cardiovasculair risico op korte én op langere termijn. Nu is het belangrijk te kijken naar de verschillende interventies.

Intensieve leefstijlinterventies zijn goed voor het fysieke functioneren en de kwaliteit van leven, en bij gezonde personen verminderen ze zowel de kans op diabetes type 2 als de kans op hart- en vaatziekten. Ook bij mensen die al diabetes

In de praktijk is leefstijlbegeleiding niet altijd genoeg

type 2 hebben, verlagen leefstijlinterventies het cardiovasculaire risico, maar ze hebben geen – althans geen aantoonbaar – effect op het sterfterisico. Men heeft niet afdoende kunnen bewijzen dat leefstijlinterventies microvasculaire en macrovasculaire complicaties kunnen voorkomen.^{17,18}

De eerste optie naast leefstijlinterventies is orale medicatie, en daarbinnen is metformine de eerste keus. Metformine was het eerste orale glucoseverlagende middel waarvan vaststond dat het de cardiovasculaire prognose verbetert. De bloedglucoseverlaging kan dit effect niet volledig verklaren; de exacte werking van metformine is nog niet volledig opgehelderd.¹⁹ Een zeer recente meta-analyse bevestigt de voordelen van metformine in termen van veiligheid, bijwerkingen en effectiviteit.²⁰

Over het algemeen blokkeren leefstijlinterventies de progressie van diabetes type 2 effectiever dan metformine.²¹ Alleen in bepaalde subgroepen zoals mensen met een BMI > 35 of vrouwen met zwangerschapsdiabetes in de voorgeschiedenis zijn beide methoden even effectief.²² En bij patiënten met een

combinatie van lage insulinesecretie, hoge insulineresistentie en niet-alcoholische vetlever (NAFLD) zal een leefstijlinterventie minder of geen resultaat hebben. Hun fenotype wijst op een al tamelijk vergevorderd proces van glucolipotoxiciteit.²³

Intensieve leefstijlinterventies doen een appel op de eigen verantwoordelijkheid; ze benadrukken de noodzaak om zelf in actie te komen. Dat betekent dat de patiënt meestal intensief begeleid moet worden en in de dagelijkse praktijk is die mogelijkheid vaak beperkt. Voor een aantal patiënten is het ook te hoog gegrepen. Ook bij medicatie is therapietrouw natuurlijk een belangrijk punt, ook daarbij kan de praktijk weerbarstig zijn. In elk geval is gebleken dat het voorschrijven van metformine aan mensen met een recente diagnose 'diabetes type 2' niet leidt tot een minder gezonde leefstijl.²⁴

CONCLUSIE

Vanwege het progressieve, escalerende karakter van diabetes type 2 is vroegtijdige intensieve bloedglucoseverlaging belangrijk om de kans op micro- en macrovasculaire complicaties te verminderen. Uit onderzoek blijkt dat zowel vroeg starten als intensief verlagen belangrijk is.

Diabetes type 2 is een 'leefstijlziekte' en leefstijlbegeleiding is dan ook van groot belang. In een aantal situaties zijn (intensieve) leefstijlinterventies effectiever dan metformine, maar op de langere termijn verliezen ze hun effect. Leefstijlbegeleiding is in de dagelijkse praktijk vaak niet intensief genoeg en een aantal patiënten vindt het sowieso moeilijk de leefstijl aan te passen. Patiënten bij wie het proces van glycolipotoxiciteit verder gevorderd is, reageren voorspelbaar minder goed op leefstijlinterventies en gewichtsreductie.

Metformine is veilig, beproefd en effectief, en gezien de aantoonbare noodzaak om én vroeg én intensief te behandelen, pleit ik ervoor om aan elke patiënt op het moment dat de diagnose 'diabetes type 2' wordt gesteld, niet alleen (intensieve) leefstijlbegeleiding maar meteen ook metformine aan te bieden. ■

LITERATUUR

- 1 Incidenties en prevalenties: diabetes 2015 [internet]. Utrecht: Nivel, 2016. <https://www.nivel.nl/nl/NZR/incidenties-en-prevalenties>, geraadpleegd mei 2017.
- 2 Ligthart S, Van Herpt TT, Leening MJ, Kavousi M, Hofman A, Stricker BH, et al. Lifetime risk of developing impaired glucose metabolism and eventual progression from prediabetes to type 2 diabetes: a prospective cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016;4:44-51.
- 3 Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Houweling ST, Van de Laar FA, Bilo HJ, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). *Huisarts Wet* 2013;56:512-25.

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

Sepsis herkennen bij een volwassene

Samenvatting

Loots F, Prins A, Tjan D, Koekkoek K, Hopstaken R, Giesen P. Sepsis herkennen bij een volwassene. *Huisarts Wet* 2017;60(8):400-3.

Sepsis is een levensbedreigende aandoening die gekenmerkt wordt door orgaanfalen na een infectie. Huisartsen krijgen er steeds vaker mee te maken door het groeiende aantal kwetsbare ouderen. Een patiënt met sepsis moet zo snel mogelijk naar het ziekenhuis om behandeld te worden. Sepsis is echter lastig te herkennen. De eerste verschijnselen zijn vaak aspecifiek en buiten het ziekenhuis worden ze regelmatig pas laat onderkend. De huisarts kan wel een zo goed mogelijke inschatting maken door zorgvuldig te kijken naar bewustzijn, tensie, ademhaling, perifere circulatie en diurese.

Een vrouw met koorts, koude rillingen en malaise

Een 50-jarige vrouw met een blanco voorgeschiedenis heeft in de nacht koorts ontwikkeld met koude rillingen en malaise. Ze collabeert later die dag, maar wil op dat moment nog geen contact opnemen met haar huisarts. Aan het eind van de middag alarmeert haar dochter de huisarts, die besluit tot een spoedvisite.

De huisarts treft een heldere, adequate vrouw in bed aan. Ze oogt niet acuut ziek en er is geen duidelijke focus van de koorts te vinden. De vitale parameters tonen een temperatuur van 38,9 °C, bloeddruk van 90/52 mmHg en een hartfrequentie van 118/min. Onderzoek van de urine wijst op een urineweginfectie. Wegens verdenking op een urosepsis wordt patiënte met spoed naar de SEH verwezen. Daar reageert ze goed op intraveneuze toediening van vocht en antibiotica, en uiteindelijk kan de behandeling op de afdeling worden voltooid.

S INLEIDING

Sepsis is een levensbedreigende complicatie van een infectie. Ongeveer één op de vier patiënten overlijdt eraan.¹ In Nederland worden ieder jaar ongeveer 10.000 patiënten met sepsis opgenomen op de Intensive Care (IC) – dat maakt sepsis één van de belangrijkste oorzaken van een IC-opname.² De meeste mensen met sepsis overlijden echter buiten de IC. Onderzoek van overlijdensverklaringen in het Verenigd Koninkrijk heeft laten zien dat bij één op de twintig overledenen sepsis de doodsoorzaak was.³ Ook degenen die een sepsis overleven, houden vaak blijvend functionele en cognitieve beperkingen.⁴

Het is zeer belangrijk dat sepsis tijdig herkend en behandeld wordt. Als de infectie niet adequaat met antibiotica wordt behandeld, daalt de overlevingskans na het intreden van hypotensie met 7% per uur.⁵

In ziekenhuizen is de mortaliteit duidelijk afgenomen na de introductie van een protocol waarin vitale parameters gebruikt worden om sepsis snel te herkennen.^{6,7} Buiten het ziekenhuis wordt sepsis echter minder goed herkend en daardoor overlijden meer mensen dan nodig is.^{8,9} Daarom geven we in deze nascholing een overzicht van de kennis die een huisarts nodig heeft om sepsis bij volwassenen te herkennen.

DEFINITIE

In 2016 is de internationale consensusdefinitie van sepsis herzien; zij luidt nu: ‘... een levensbedreigende orgaandysfunctie als gevolg van een ontregelde immuunrespons op een infectie’.¹⁰ Orgaandysfunctie wordt vastgesteld aan de hand van de Sequential Organ Failure Assessment (SOFA), een klinische score bestaande uit zeven vitale parameters. De nieuwe de-

qSOFA

Sepsis is waarschijnlijk als een patiënt met een infectie voldoet aan minimaal twee van de volgende kenmerken:

- ademhalingsfrequentie ≥ 22 /min;
- veranderd bewustzijn;
- systolische bloeddruk ≤ 100 mmHg.

finitie vervangt die uit 1991, waarin de criteria voor *systemic inflammatory response syndrome* (SIRS) centraal stonden.¹¹

Omdat voor de SOFA laboratoriumbepalingen gedaan moeten worden, is tegelijk met de consensusdefinitie een verkorte versie geïntroduceerd: de quick SOFA (qSOFA, [kader]).

De qSOFA is enkel bedoeld om een snelle inschatting te maken. Om sepsis definitief vast te stellen moet men de volledige SOFA-score gebruiken. Beide instrumenten zijn ontwikkeld voor gebruik in de tweede lijn; hoewel de qSOFA goed lijkt aan te sluiten bij de klinische mogelijkheden van de huisarts,¹² is vooralsnog onduidelijk hoe ze in de eerste lijn toegepast zou moeten worden.

EPIDEMIOLOGIE

Volgens een recente systematische review is de incidentie van *community-acquired sepsis* in westerse landen 0,4-4,5 per 1000 personen per jaar.¹³ In een Nederlandse normpraktijk zou dit

De kern

- Sepsis is een medisch spoedgeval met hoge mortaliteit en morbiditeit.
- De incidentie van sepsis stijgt, vooral door het groeiende aantal kwetsbare ouderen.
- Patiënten met sepsis horen in het ziekenhuis behandeld te worden.
- Bewustzijn, tensie, ademhaling, perifere circulatie en diurese geven belangrijke aanwijzingen.

Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences, IQ healthcare, Nijmegen: F.J. Loots, arts-onderzoeker; dr. P. Giesen, huisarts, projectleider onderzoek huisartsenposten en spoedzorgonderzoek. Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede: A.M. Prins, anios intensive care/SEH (thans anios huisartsgeneeskunde); D.H.T. Tjan, anesthesioloog-intensivist; W.A.C. Koekkoek, anios interne geneeskunde. Salto diagnostisch centrum, Utrecht: dr. R.M. Hopstaken, huisarts, vakspecialist POCT • Correspondentie: Feike.loots@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Foto: Shutterstock

Hypotensie is een belangrijke aanwijzing voor sepsis.

neerkomen op 1-10 sepsispatiënten per jaar. Een belangrijk deel van deze patiënten wordt eerst gezien op de huisartsenpost (HAP). Uit eigen, nog niet gepubliceerd onderzoek blijkt dat de helft van de patiënten die wegens een community-acquired sepsis op een IC werden opgenomen eerder contact had gehad met een HAP; bij twee derde van deze patiënten had de huisarts een visite afgelegd.

Zowel op de IC als daarbuiten overlijden veel mensen aan sepsis

De laatste decennia is de incidentie van sepsis gestegen.^{17,18} Deze stijging is vooral het gevolg van de toegenomen levensverwachting.¹ De kans op sepsis neemt namelijk toe met de leeftijd: vanaf het veertigste levensjaar verdubbelt de incidentie grofweg elke tien levensjaren.¹⁶

PATHOFYSIOLOGIE

Sepsis ontstaat als het immuunsysteem niet in staat is een ziekteverwekker voldoende onder controle te krijgen. De pathofysiologie is complex en omvat zowel pro- als anti-inflammatoire reacties.¹ In de eerste fase heeft een sterke pro-inflammatoire reactie endotheelschade tot gevolg en wordt de stollingscascade geactiveerd. Het orgaanfalen ontstaat vooral door zuurstoftekort als gevolg van bloeddrukdaling, beschadiging van rode bloedcellen en microtrombi.¹

OORZAKEN EN RISICOFACTOREN

Pneumonieën, urineweginfecties en abdominale infecties zijn de belangrijkste oorzaken van sepsis.^{1,17} De bron van de infectie is van invloed op de uitkomst: het risico van overlijden is relatief hoog bij pneumosepsis en wekedelensepsis (fasciitis necroticans).¹⁷

Veruit de belangrijkste ziekteverwekkers zijn bacteriën, maar ook virussen, schimmels en parasieten kunnen sepsis veroorzaken. De bloedkweek is slechts bij een derde van de patiënten positief.¹

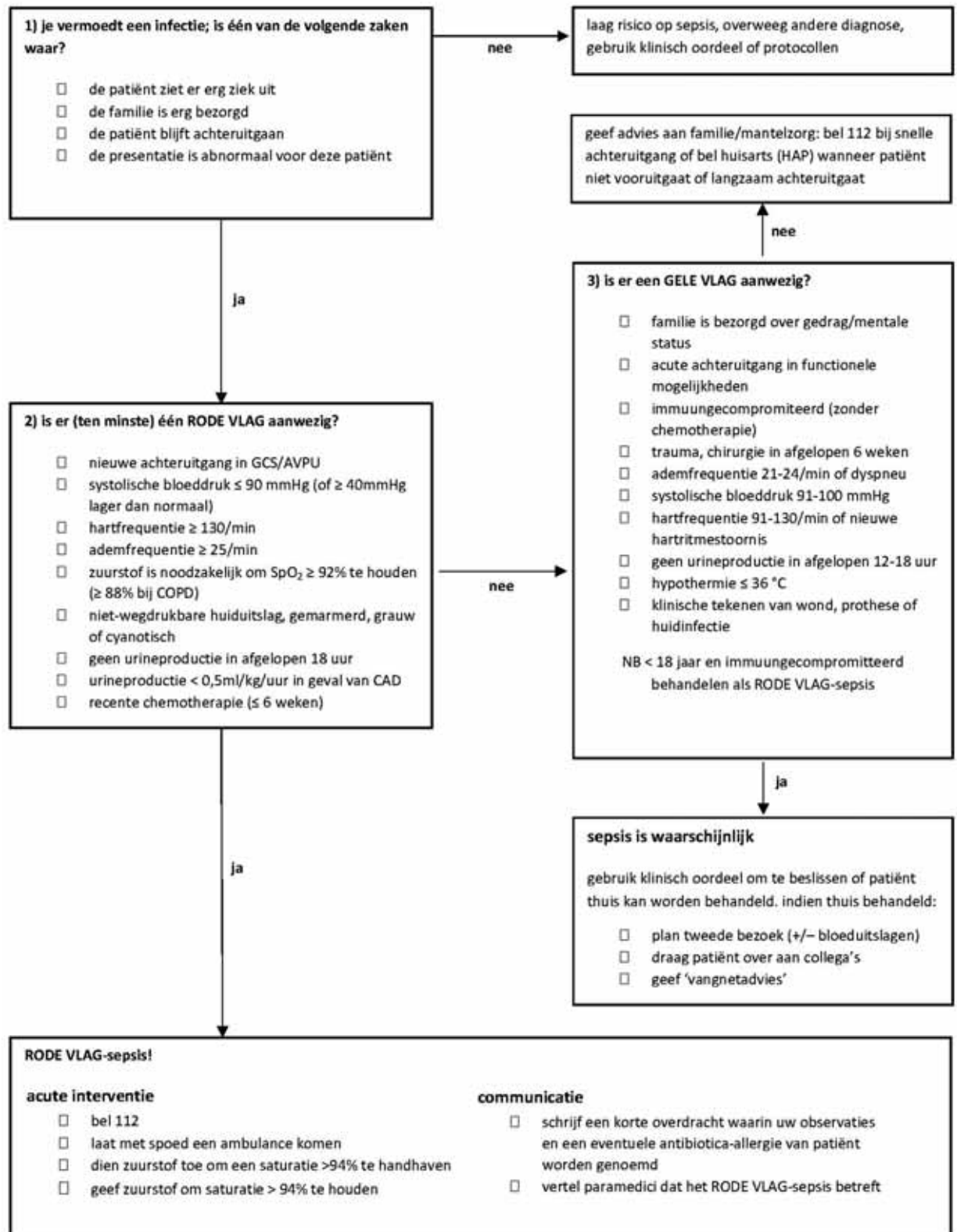
Ouderdom en comorbiditeit verhogen het risico op sepsis. Risicofactoren zijn chronische aandoeningen zoals COPD, hart- en vaatziekten en diabetes, psychotische stoornissen, alcoholgerelateerde aandoeningen en afweeronderdrukkende medicatie.¹⁸ Ook patiënten die recentelijk een operatie heb-

Buiten het ziekenhuis wordt sepsis vaak niet herkend

ben ondergaan of bij wie een katheter of andere porte d'entrée aanwezig is, hebben een verhoogd risico. Bij asplenie is de afweer verminderd, vooral tegen infecties door gekapselde bacteriën zoals pneumokokken, en kan een fulminant verlopende sepsis optreden.

DIAGNOSE

De symptomen van een sepsis zijn sterk afhankelijk van de ziekteverwekker, de locatie van de infectie, de getroffen orga-



Figuur Beslisregel voor de huisartsenpraktijk bij een vermoede sepsis bij een niet-zwangere patiënt > 12 jaar met (recente) koorts
 AVPU = alert, voice, pain, unresponsive ; CAD = verblijfskatheter (catheter à demeure); COPD = chronic obstructive pulmonary disease) GCS = Glasgow Coma Scale; HAP = huisartsenpost; SpO₂ = partiële zuurstofsaturatie.
 Bron: General Practice Sepsis Decision Support Tool.²¹

nen en de gezondheidstoestand van de patiënt.¹ De tekenen van infectie kunnen subtiel zijn, vooral bij oudere patiënten, en dat geldt ook voor de tekenen van orgaanfalen.

Vroege symptomen zijn tachycardie, tachypneu en veranderde mentale status.¹⁹ Er kunnen aanwijzingen zijn voor een circulatiestoornis – behalve hypotensie zijn dat een verminderde perifere circulatie en een grauwe, bleke of gemarmerde huid. Koorts is niet altijd aanwezig en er kan juist ook hypothermie optreden. Bij verdere progressie van de sepsis kunnen tekenen van shock en orgaanfalen meer op de voorgrond komen te staan: hypotensie, hypoxie, oligurie, paralytische ileus en een verstoorde glucoseregulatie.

WANNEER VERWIJZEN?

Een vermoeden van sepsis is een indicatie voor een onmiddellijke ziekenhuisopname. Er is geen NHG-Standaard die daar goede handvatten voor geeft, maar in het Verenigd Koninkrijk heeft het National Institute of Care Excellence (NICE) wel recentelijk een richtlijn gepubliceerd die ook concrete aanwijzingen bevat voor het herkennen van sepsis buiten het ziekenhuis.²⁴ De adviezen in de NICE-richtlijn zijn geformuleerd voor algemeen gebruik in niet-klinische settings, waaronder ook poliklinische contacten en ambulancezorg. Dat maakt ze minder goed toepasbaar in de huisartsenpraktijk. De NICE-richtlijn is gebaseerd op de beslisregel van de UK Sepsis Trust. De [figuur] bevat een vertaling van die beslisregel voor huisartsen.

ACUTE INTERVENTIE VÓÓR ZIEKENHUISOPNAME

Bij verdenking op sepsis zorgt de huisarts voor een spoedverwijzing met ambulance. Een U1-urgentie is aangewezen als de patiënt hemodynamisch of respiratoir instabiel is. In afwachting van de ambulance start de huisarts met het inbrengen van een infuus en intraveneuze vochttoediening. Er zijn sterke aanwijzingen dat ruime vochttoediening voor aankomst in het ziekenhuis de mortaliteit verlaagt.²² Of het ook voordeel oplevert als men al vóór de ziekenhuisopname start met antibiotica, is nog niet duidelijk. Er loopt momenteel een onderzoek naar vroege antibioticatoediening door ambulance medewerkers en huisartsen in de thuissituatie, de PHANTASI-trial.²³ Tot de resultaten daarvan bekend zijn, blijft het advies binnen een uur te starten met antibiotica.²⁴ In Nederland zal de patiënt zich op dat moment al op de SEH bevinden.

BESCHOUWING

Er bestaat geen simpele en betrouwbare manier om sepsis aan te tonen of uit te sluiten. Bij gebrek aan onderzoek in de eerste lijn is een goed en toepasbaar advies voor de huisarts niet eenvoudig te geven. Zoals de casus laat zien, maakt de patiënt niet altijd een zieke indruk. Bij de patiënt in kwestie was vooral hypotensie doorslaggevend voor de spoedverwijzing, maar een normale bloeddruk sluit sepsis niet uit. Ademhalingsfrequentie, bewustzijn, perifere circulatie en urineproductie kunnen helpen bij de herkenning van sepsis, maar deze signalen worden makkelijk over het hoofd gezien als men er niet actief naar zoekt.

Voor bij oudere patiënten is de klinische beoordeling uitdagend. Ouderen krijgen niet altijd koorts bij een infectie en hun klachten bij sepsis zijn vaak specifiek, terwijl het risico op een ernstig beloop sterk is verhoogd.²⁵ Aan de andere kant is ook een ziekenhuisopname voor ouderen niet zonder risico.

Infecties van de longen, urinenwegen en buik zijn de belangrijkste oorzaken

De beslisregel van de UK Sepsis Trust [figuur] kan in dat geval aangeven bij welke alarmsymptomen directe verwijzing noodzakelijk is – met één belangrijke beperking, namelijk dat de alarmsymptomen zijn afgeleid uit onderzoeksresultaten in de tweede lijn. De kans bestaat dat deze beslisregel in de huisartsenpraktijk al snel leidt tot overschatting van de ziekteverschijnselen, waardoor de patiënt ten onrechte wordt opgenomen. Het is bovendien een nogal complex protocol om in de dagelijkse praktijk te gebruiken. Huisartsen zouden misschien beter in staat zijn een correcte inschatting te maken als ze konden beschikken over aanvullend laboratoriumonderzoek aan het bed, maar hoe dit effectief kan worden ingezet is nog niet onderzocht.

Zolang er geen goede diagnostische test of bruikbare evidence based richtlijn is, is het de taak van de huisarts om op basis van alle beschikbare informatie de kans op sepsis zo goed mogelijk in te schatten.

Bij de meeste infecties kan de patiënt thuis behandeld worden, mits de familie of mantelzorgers goede instructies krijgen en de follow-up wordt geregeld. Bij een reële verdenking op sepsis moet de patiënt zonder onnodige vertraging naar het ziekenhuis worden verwezen. Bij twijfel kan de huisarts overwegen het beloop van het ziektebeeld goed te volgen – de herbeoordeling moet dan wel plaatsvinden binnen enkele uren of in ieder geval nog dezelfde dag.

CONCLUSIE

Sepsis is een levensbedreigende aandoening en huisartsen zullen er steeds vaker mee te maken krijgen, vooral bij oudere patiënten. Er is meer aandacht nodig voor het herkennen van sepsis in de eerste lijn, zowel in de dagelijkse praktijk als door wetenschappelijk onderzoek. ■

LITERATUUR

- 1 Angus DC, Van der Poll T. Severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2013;369:840-51.
- 2 Bakker J, Levi M, Van Hout BA, Van Gestel A. Sepsis, een gecompliceerd syndroom met belangrijke medische en maatschappelijke consequenties. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;48:975-8.
- 3 McPherson D, Griffiths C, Williams M, Baker A, Klodowski E, Jacobson B, et al. Sepsis-associated mortality in England: an analysis of multiple cause of death data from 2001 to 2010. *BMJ Open* 2013;3. pii: e002586.

De rest van de literatuur is te vinden bij dit artikel op www.henw.org.

Herkennen van inflammatoir mammacarcinoom

INLEIDING

Inflammatoir mammacarcinoom is een zeldzame vorm van borstkanker, die bij relatief jonge vrouwen voorkomt en een agressief beloop kent. Een knobbel in de borst is vaak afwezig, en het beeld lijkt meer op een ontsteking dan op kanker. Toch zijn spoedige herkenning door de huisarts en verwijzing cruciaal voor een optimale behandeling. Dit artikel geeft hiervoor handvatten in de huisartsenpraktijk.

ACHTERGROND

Inflammatoir mammacarcinoom, ook wel bekend als mastitis carcinomatosa of *inflammatory breast cancer* (IBC), komt zelden voor en betreft minder dan 1% van alle mammacarcinomen. Als uitzonderlijk ziektebeeld is het opgenomen in de classificatie voor *rare diseases* van het Amerikaanse National Institute of Health.¹ Inflammatoir mammacarcinoom zien we bij relatief jonge patiënten met een mediane leeftijd van 56 jaar. Inflammatoir mammacarcinoom heeft een agressief beloop, dat zich bijvoorbeeld kenmerkt doordat op het moment van diagnose al tot 85% van de patiënten lymfekliermetastasen en 30 tot 40% afstandsmetastasen heeft.² Maar ook los van het stadium van de ziekte en ongeacht intensieve behandeling met pre-operatieve chemotherapie, mastectomie en radiotherapie is inflammatoir mammacarcinoom prognostisch ongunstig (vergeleken met niet-inflammatoir mammacarcinoom; hazardratio 1,43 met 95%-BI 1,10-1,86; overleving bij stadium-IV mediaan 2,3 versus 3,4 jaar).^{3,4}

ANAMNESE EN DIFFERENTIËLE DIAGNOSE

De anamnese is kort: patiënten met inflammatoir mammacarcinoom vertellen dat de klachten in weken of hooguit maanden tijd zijn ontstaan [figuur 1]. Oedeem en erytheem geven een gevoel van een zware – soms pijnlijke – borst, waarvan de omvang kan zijn toegenomen. Dit kan gepaard gaan met putjes in de huid, de zogenaamde *peau d'orange* [figuur 2], veroorzaakt door vergrote haarfollikels met het oedeem. Ook kan er sprake zijn van een warme of jeukende borst, zonder koorts. Bij lichamelijk onderzoek ontbreekt vaak een knobbel in de borst. Wel kunnen eventueel al pathologische okselklieren te palperen zijn.

Differentieel diagnostisch denkt men vaak het eerst aan een infectieuze oorzaak, bijvoorbeeld mastitis of een abces. Ook hierbij is de anamnese van belang, want mastitis of een abces komen niet vaak voor bij vrouwen die geen borstvoeding geven. Een andere differentieel diagnostische overweging is dat het wel om een maligniteit zou kunnen gaan, maar bijvoorbeeld om een lokaal gevorderd mammacarcinoom (*locally*

advanced). Hierbij is het beloop in de tijd cruciaal, aangezien de klachten bij inflammatoir mammacarcinoom sinds kort bestaan, terwijl dit bij een (verwaarloosd) *locally advanced* mammacarcinoom veel langer is.²

Kortom, hoewel inflammatoir mammacarcinoom makkelijk te verwarren is met andere ziektebeelden kan de anamnese al richting geven. Daarnaast kunnen het uitblijven van een reactie op antibiotica en de afwezigheid van koorts of leukocytose de verdenking inflammatoir mammacarcinoom verder ondersteunen. Zoals de NHG-Standaard Borstkanker (revisie 2016) aangeeft is verwijzing naar de mammapoli aangewezen bij non-puerperale mastitis die na één week antibioticabehandeling aanhoudt.⁵

Ook mannen kunnen inflammatoir mammacarcinoom krijgen. Met minder dan 1% van de gevallen van mannen met borstkanker is dat echter extreem uitzonderlijk (retrospectieve Nederlandse Male Breast Cancer Registry, ongepubliceerde gegevens).

DIAGNOSTIEK

Het daadwerkelijk vaststellen van inflammatoir mammacarcinoom is de volgende uitdaging. Het betreft een *klinisch* beeld met oedeem en erytheem in ten minste een derde deel van de borst.^{6,7} Voor het bevestigen van een invasief carcinoom is het noodzakelijk een histologisch biopt van de aangedane huid te doen. In vergelijking met mammacarcinoom in het algemeen is inflammatoir mammacarcinoom relatief vaak ongevoelig voor hormonen (tripel negatief of HER2-positief).⁸ Dit past bij het agressieve karakter van de ziekte. Wat betreft radiologische diagnostiek zijn er op dit moment geen specifieke radiologische onderzoeken om de diagnose inflammatoir mammacarcinoom vast te stellen. Wel is, naast de standaard diagnostiek met mammografie en/of echo,⁹ een mamma-MRI

De kern

- Inflammatoir mammacarcinoom is een zeldzame vorm van borstkanker.
- Een agressief beloop met korte anamnese, bij relatief jonge patiënten, en aanwijzingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek, kunnen helpen onderscheid te maken met infectie of *locally advanced* mammacarcinoom.
- Non-puerperale mastitis die na één week antibioticabehandeling aanhoudt is reden voor verwijzing naar mammapoli voor diagnostiek en een spoedige start met pre-operatieve chemotherapie.
- Wetenschappelijk onderzoek kan bijdragen aan behandelingen die specifiek op inflammatoir mammacarcinoom zijn gericht. Gezien het zeldzame karakter van deze ziekte is het van groot belang dat zo veel mogelijk patiënten aan onderzoek deelnemen.

UMCG, afdeling Medische Oncologie, Groningen: dr. C.P. Schröder, internist oncoloog; L. Jansen, chirurg oncoloog, Meander, Coevorden; G. van der Woude, huisarts, Erasmus MC, Rotterdam; J. Martens, medisch bioloog, NKI/AVL, Amsterdam; J. Wesseling, patholoog; G. Sonke, internist oncoloog • Correspondentie: c.p.schröder@umcg.nl • Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Algemeen		Diagnostiek	
kenmerken		klinische diagnose!	
zeldzaam (<1% van de mammacarcinomen)		oedeem, erytheem >1/3 ^e deel mamma, al dan niet met:	
agressief (30-40% van patiënten met metastasen bij presentatie)		peau d'orange	
relatief jonge vrouwen (gemiddeld 56 jaar)		warmte	
		zwelling	
		palpabele lymfeklieren axillair, infra- of supraclaviculair	
		radiologisch	
		standaard mammografie, echo	
		MRI mammae	
		stageringsonderzoek (FDG PET/CT)	
		pathologisch	
		huidbiopsie ter bevestiging mammacarcinoom	
		+/- lymfovasculaire tumoremboliën	
		+/- E-cadherine aanwezigheid	
		relatief vaak ER negatief, triple negatief of HER2 positief	
		Behandeling	
		1. pre-operatieve chemotherapie, als HER2 positief: met anti-HER2 therapie (trastuzumab, pertuzumab)	
		2. optimale lokale behandeling, zo mogelijk OOK in gemetastaseerde setting: mastectomie, radiotherapie (inclusief thoraxwand)	
		3. als ER positief: post-operatief anti-hormonale therapie	

Figuur 1 Kenmerken, anamnese, onderzoek, diagnostiek en behandeling van inflammatoir mammacarcinoom

van belang om de lokale uitbreiding te evalueren, en FDG-PET/CT ter stadiëring,¹⁰ gezien de grote voorafkans op metastasen.

BEHANDELING

Primair lokale behandeling (met chirurgie en radiotherapie) leidde in het verleden tot een fors lokaal recidiefpercentage bij 50% van de patiënten en uiteindelijk tot een ongunstig beloop van inflammatoir mammacarcinoom. Hierin is verbetering gekomen met pre-operatieve systeemtherapie. De consensus van het internationale expertpanel (2011) geeft dan ook aan dat pre-operatieve chemotherapie, gevolgd door lokale behandeling, de standaardbehandeling is voor inflammatoir mammacarcinoom.⁷ De systeemtherapie omvat in ieder geval chemokuren met antracyclines en taxanen. Zo mogelijk neemt een patiënt deel aan wetenschappelijk onderzoek. Een pathologisch complete remissie na de chemotherapie verbe-

tert de prognose, maar wordt helaas maar bij 20 tot 30% van de patiënten bereikt. Dit percentage kan voor HER2-positief inflammatoir mammacarcinoom flink verhoogd worden (tot ruim 50%) als anti-HER2-therapie wordt toegevoegd.² Postoperatieve chemotherapie verbetert de prognose niet, zelfs niet bij een persisterende tumor na pre-operatieve behandeling.¹¹ Na de pre-operatieve systeemtherapie is niet-sparende chirurgie van borst en oksel geboden, in de vorm van een radicale gemodificeerde mastectomie. Vrije sneevlakken sluiten verdere huiduitbreiding door tumorembolieën niet uit, waardoor aanvullende radiotherapie van de thoraxwand noodzakelijk is.¹² Een dergelijke intensieve lokale behandeling lijkt zowel bij aan- als afwezigheid van afstandsmetastasen zinvol te zijn. In een analyse van Amerikaanse gegevens afkomstig van Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) resulteerde chirurgie in een halvering van het overlijdensrisico bij patiën-

ten met gemetastaseerd inflammatoir mammacarcinoom.⁸ Lokale controle heeft bij deze ziekte dus vermoedelijk een gunstig effect op het systemische ziektebeloop. Het gaat hier echter om retrospectieve gegevens, die bij voorkeur bevestigd zouden moeten worden in prospectieve onderzoeken.

BESCHOUWING

Op dit moment bestaat er veel belangstelling voor immuuntherapie, waarbij immuun-checkpointremmers ervoor kunnen zorgen dat het immuunsysteem de tumorcellen kan herkennen en opruimen. Van oudsher beschouwde men mammacarcinoom als een niet-immunogene ziekte, die genetisch relatief stabiel zou zijn.¹³ Het inflammatoir mammacarcinoom, met veel mutaties en instabiliteit,¹⁴ vormt daar echter een uitzondering op. Inmiddels lopen de eerste onderzoeken met immuuntherapie voor inflammatoir mammacarcinoom.

Vanwege de noodzaak van nationale en internationale samenwerking bij onderzoeken naar deze zeldzame ziekte is in 2015 het Nederlandse INFLAME-initiatief gestart (met ondersteuning van KWF-Alpe d'HuZes, samen met de Borstkanker Onderzoeksgroep BOOC) voor alle ziekenhuizen in Nederland. In dit multidisciplinaire project wordt in samenwerking met huisartsen en patiëntgeledingen een prospectieve registratie en biobank voor inflammatoir mammacarcinoom opgezet. Als iedere nieuwe patiënt met inflammatoir mammacarcinoom wordt geïnccludeerd, worden unieke gegevens verkregen over aard en omvang van dit probleem in Nederland, en kunnen de kennis en alertheid bij patiënten en professionals worden geoptimaliseerd. Een prospectief interventieonderzoek maakt ook deel uit van het INFLAME-project. Het uiteindelijke doel is om te komen tot daadwerkelijke verbetering van de vooruitzichten van patiënten met inflammatoir mammacarcinoom.

CONCLUSIE

Inflammatoir mammacarcinoom is een zeldzame vorm van borstkanker, die bij relatief jonge patiënten voorkomt en een agressief beloop kent. Praktische handvatten bij anamnese en lichamelijk onderzoek kunnen richting geven, bijvoorbeeld de korte duur van de klachten (zoals roodheid, zwaar gevoel, pijn, jeuk, warmte) bij een vrouw die geen borstvoeding geeft, noch onlangs zwanger is geweest. Geen reactie op een week antibiotica ondersteunt de verdenking op inflammatoir mammacarcinoom. Verwijzing naar een mammapoli is dan aangewezen voor diagnostiek en spoedige start van de preoperatieve chemotherapie.

Gezien het zeldzame karakter van deze ziekte is het van groot belang dat zo veel mogelijk patiënten aan wetenschappelijk onderzoek deelnemen. Dit kan tot behandelingen leiden die specifiek op inflammatoir mammacarcinoom zijn gericht, waardoor de vooruitzichten voor patiënten kunnen verbeteren.



Figuur 2 Beeld van inflammatoir mammacarcinoom

Dankbetuiging

Met dank aan dr. Beth Overmoyer, hoofd Inflammatory Breast Cancer Program, Dana-Farber Cancer Institute, Harvard Medical School (Boston, VS) voor behulpzaam commentaar. ■

LITERATUUR

- 1 <http://rarediseases.info.nih.gov>
- 2 Robertson FM, Bondy M, Yang W, Yamauchi H, Wiggins S, Kamrudin S, et al. Inflammatory breast cancer, the disease, the biology, the treatment. *Ca Cancer J Clin* 2010;60:351-75.
- 3 Dawood S, Ueno NT, Valero V, Woodward WA, Buchholz TA, Hortobagyi GN, et al. Differences in survival among women with stage III inflammatory and noninflammatory locally advanced breast cancer appear early: a large population-based study. *Cancer* 2011;117:1819-26.
- 4 Fouad TM, Kogawa T, Liu DD, Shen Y, Masuda H, El-Zein R, et al. Overall survival differences between patients with inflammatory and noninflammatory breast cancer presenting with distant metastasis at diagnosis. *Breast Cancer Res Treat* 2015;152:407-16.

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

Onderzoek naar lichttherapie bij depressie tijdens zwangerschap

Lichttherapie

Het gebruik van antidepressiva en psychotherapie kent een aantal bezwaren en beperkingen, zeker bij zwangere vrouwen met een depressie. Lichttherapie daarentegen is een bewezen effectieve behandeling bij depressie, geeft snel resultaat en heeft weinig bijwerkingen. Deze therapie lijkt een aantrekkelijke behandeling te zijn voor zwangere vrouwen met een depressie. We onderzoeken of lichttherapie inderdaad een effectieve behandeling is voor depressie tijdens de zwangerschap. Daarbij kijken we primair naar de effecten op de depressieve klachten van de moeder en secundair naar de effecten bij het kind. Het onderzoek loopt tot 2019. www.brightupstudie.nl

Lichttherapie is bewezen effectief in de behandeling van depressie, geeft snel resultaat en heeft weinig bijwerkingen. Maar is het ook effectief en veilig bij zwangere vrouwen met een depressie en hun kind? Nieuw onderzoek moet daar licht op werpen.

Depressie tijdens de zwangerschap is een ingrijpende aandoening en heeft niet alleen een negatieve invloed op de moeder, maar ook op de geboorte en ontwikkeling van het (ongeboren) kind. Maternale depressie tijdens de zwangerschap verhoogt onder andere het risico op vroeggeboorte en een lager geboortegewicht.¹ Vroege opsporing en behandeling zijn daarom belangrijk voor zowel moeder als kind. In een niet-zwangere populatie zijn psychotherapie en antidepressieve medicatie veelal de eerste keus in behandeling. Beide behandelingen kennen echter hun beperkingen bij een zwangere, zoals bijwerkingen en wachtlijsten. Desondanks wordt bij depressie tijdens de zwangerschap vaak gekozen voor antidepressieve medicatie of psychotherapie als behandeling. Depressie tijdens de zwangerschap treft ongeveer 5 tot 10% van de zwangere vrouwen.² Dit komt neer op ongeveer 20.000 vrouwen per jaar in Nederland.

ANTIDEPRESSIVA EN PSYCHOTHERAPIE TIJDENS ZWANGERSCHAP

Het gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap is controversieel: enerzijds kan medicatie schadelijk zijn voor het ongeboren kind, anderzijds kan een terugval van depressie en/of angst risico's met zich meebrengen voor zowel moeder als kind.³ Wanneer een zwangere vrouw doorverwezen wordt naar een psychotherapeut, dan belandt zij mogelijk op

een wachtlijst. Gezien de korte tijdsperiode tijdens de zwangerschap en de lange duur van psychotherapeutische behandelingen, profiteert het ongeboren kind dan mogelijk niet mee van de behandelingen. Psychotherapie en medicatie hebben hun beperkingen voor het behandelen van depressie tijdens de zwangerschap. ■

LITERATUUR

- 1 Jarde A, Morais M, Kingston D, et al. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016;73(8):826-37.
- 2 Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106:1071-83.
- 3 Richtlijn: SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2012.



Foto: Shutterstock

Gezien de bewezen, positieve effecten van lichttherapie bij behandeling van depressie, is deze therapie waarschijnlijk zeer geschikt voor zwangeren met depressie.

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 aan het promoveren is. Coördinatie: Nadine Rasenberg • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

Erasmus MC, afdeling Psychiatrie, Rotterdam; B. Bais, onderzoeker-in-opleiding • Correspondentie: b.bais@erasmusmc.nl • Belangenverstrengeling: niet gemeld.

'Investeer in het begin bij SOLK'

Maar liefst 30 tot 40% van de consulten besteedt een huisarts aan somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Patiënten met persisterende SOLK komen steeds terug op het spreekuur, terwijl huisartsen menen dat ze deze patiënten weinig te bieden hebben. Ook de communicatie verloopt moeizaam. Maar juist daar ligt de sleutel tot succes, zegt huisarts Madelon den Boeft, die op SOLK promoveerde.

Ze vormen het leeuwendeel van het spreekuur: de patiënten met klachten als misselijkheid, buikpijn, hoofdpijn en klachten van het bewegingsapparaat. Er is geen somatische verklaring, en toch gaan de klachten niet binnen een paar weken over. Dus blijven deze mensen terugkomen. Huisartsen hebben vaak het gevoel dat ze de patiënt niets

te bieden hebben en de consulten leiden tot frustratie en irritatie, zowel bij de huisarts als bij de patiënt. Hoe voorkom je dat je in een strijd terechtkomt met je patiënt?

Huisarts Madelon den Boeft: 'Natuurlijk heb ik er als huisarts ook mee geworsteld. Daar heb je hem weer, die

'Uitleg is de brug tussen de diagnostische en de therapeutische fase'

patiënt met hoofdpijn, dacht ik dan. Maar als het lukt om je mindset te veranderen, kun je empathisch blijven luisteren.' Een doel is om tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen met de patiënt: overeenstemming over wat er met de patiënt aan de hand is. Zonder die overeenstemming vertraag

je dat proces alleen maar omdat de patiënt zich niet begrepen voelt en daardoor niet openstaat voor behandeling. Maar hoe krijg je dat voor elkaar, die gezamenlijke probleemdefinitie?

Cruciaal is de uitleg die je de patiënt geeft. Den Boeft: 'Bij een daadwerkelijke dialoog tussen huisarts en patiënt is de kans groter dat de patiënt de uitleg van SOLK accepteert. En dat is belangrijk, want daarna wil je een behandeling kunnen voorstellen aan de patiënt. Je uitleg is de brug tussen de diagnostische en de therapeutische fase.' Goede uitleg over deze klachten is niet gemakkelijk. Verklaringsmodellen en een onderscheid in subgroepen kunnen de huisarts helpen bij een behandelplan en de uitleg daarover.

Subgroepen

Den Boeft: 'Ik gebruikte tijdens mijn opleiding de verklaringsmodellen uit de NHG-richtlijn als basis voor uitleg, zoals het biopsychosociale model, het



stressmodel, en de vicieuze cirkel. Maar ook onderscheid in subgroepen kan nuttig zijn: je gooit dan niet alle SOLK-patiënten op een hoop, maar geeft uitleg met een subgroep in je achterhoofd. Tijdens mijn onderzoek bleek dat huisartsen SOLK-patiënten al snel herkennen en dat ze verschillende subgroepen onderscheiden: de angstige, de ongelukkige, de gespannen, de passieve, en de *puzzling* SOLK-patiënt.’

‘Bij het angstige type vraag je uit waar de patiënt precies bang voor is. Geruststelling is belangrijk, maar je moet die geruststelling ook weer niet te vaak herhalen: dat werkt averechts. Als je steeds zegt: “U hebt geen kanker”, gaan deze patiënten daar toch weer over piekeren. De volgende tekst gebruik ik vaak bij pijnklachten van angstige SOLK-patiënten: “Pijn is een goed mechanisme, maar het werkt bij iedereen net weer anders. Wanneer je je hand op een warme verwarming legt, voel je pijn en trek je je hand terug. Zo werkt ons pijn-alarmsysteem. Maar bij sommige mensen staat dit alarmsysteem te scherp afgesteld. Wanneer zij met hun hand nog niet eens in de buurt van de verwarming komen, voelen ze al de pijn, te vroeg dus.”

‘In mijn uitleg vergelijk ik pijnvezels met platgetreden gras’

Binnen de subgroepen vergen mensen nog steeds een individuele aanpak. Soms heeft iemand een angststoornis en die vergt in eerste een andere aanpak dan SOLK: bijvoorbeeld eerder verwijzen naar de poh-ggz, en eventueel medicatie.’

Puzzling

Bij de passieve SOLK-patiënten is het probleem vaak dat ze tot niets komen

en externaliseren: het probleem buiten zichzelf zoeken. Huisartsen vonden deze externaliserende patiënten erg lastig om mee om te gaan, bleek tijdens Den Boef's onderzoek. Als je maar zorgt dat je in gesprek blijft, zegt Den Boef: ‘Ik bewandel de tussenweg: inventariseren wat de patiënt wil, vertellen wat ik nodig vind, en vervolgens komen we hopelijk uit op een compromis.’ Dan houd je de deur op een kiertje voor de mogelijkheid dat de uitleg van SOLK bespreekbaar is. Als de patiënt dat uiteindelijk accepteert, kun je gericht behandelen en echt vooruitkomen.

‘Met de sombere subgroep probeer ik een plannetje te maken: waar heb je tijd om te ontspannen; ik breng in kaart wat ze allemaal moeten van zichzelf. Melden ze zich toch twee weken ziek dan doe ik in de tussentijd toch wat met ze: een schema maken, ritme en structuur aanbrengen. Maar ook binnen deze subgroep zijn er grote verschillen. De depressieve patiënt die nauwelijks zijn bed uitkomt en daardoor rugpijn krijgt, bied ik uiteraard initieel geen behandeling voor rugklachten, maar voor zijn depressie.’

Bij een *puzzling* (raadselachtige, onbegrijpelijke) SOLK-patiënt is de verklaring niet zo gemakkelijk te vinden als rugpijn door veel liggen. Deze subgroep is het moeilijkst te helpen: de huisarts en de patiënt hebben beiden geen idee wat er aan de hand kan zijn. Den Boef: ‘Wat ik wel kan doen, is vertellen dat we ook in deze tijd veel nog niet weten: ook van verklaarde ziekten weten we nog niet alles. Meestal vraag ik om een dagboek bij te houden, om toch samen op den duur mogelijk achter een verklaring te komen. En in de tussentijd kijk ik zo goed mogelijk naar de invloed van de klachten, om daarmee aan de slag te gaan.’

Pijnvezels en plat gras

‘In de loop van de tijd is mijn mindset veranderd: SOLK is interessant; de verhalen van patiënten zijn bijzonder als je

doervraagt. Dat maakt mijn werk ook leuk. Sinds mijn onderzoek ben ik empathischer. Ik luister goed, vraag de SCEGS uit (somatische, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en sociale dimensie), en doe zo nodig onderzoek. Vervolgens geef ik een toegespitste, passende uitleg met de subgroepen in mijn achterhoofd.’

‘SOLK-patiënten verdelen in subgroepen kan de huisarts helpen’

Uitleggen is zo gemakkelijk nog niet, vindt Den Boef: ‘Op die uitlegmodellen heb ik veel geoefend in de praktijk. Ik pas behandeling aan op de subgroepen en zorg voor een goede uitleg, uiteraard aansluitend bij de patiënt voor me.’ Den Boef gebruikt vaak metaforen bij haar uitleg, en tekent veel. ‘Ik leg uit dat je de pijnvezels soms kunt zien als platgetreden gras: als je een tijdje een omweg neemt, kan het gras zich herstellen. En ik maak een tekening van de darmen om uitleg te geven over obstipatie.’ Dit alles vergt tijd: een schaars goed op het spreekuur. Maar Den Boef vindt: ‘Investeren in het begin betekent besparen aan het einde. Als je sneller tot een gezamenlijke probleemdefinitie komt, krijgen je patiënten ook sneller de juiste behandeling en hoeven ze niet meer terug te komen voor hun SOLK.’ ■

Fijtje Koets

Madelon den Boef promoveerde aan de Vrije Universiteit Amsterdam op haar proefschrift *Medically unexplained physical symptoms in primary care: Identification, management and societal aspects*. Zie <http://dare.ubvu.vu.nl/handle/1871/54568>.

Seksueel misbruik bij verstandelijk beperkte meisjes

Definitie Seksueel misbruik en mensen met een verstandelijke beperking

'Elke vorm van seksueel gedrag of seksuele toenadering, in verbale, non-verbale of fysieke zin, opzettelijk of onopzettelijk, die door de persoon die het ondergaat als ongewenst of gedwongen wordt ervaren; en/of plaatsvindt binnen een ongelijke machtsverhouding (volwassene-kind, hulpverlener-cliënt, leerkracht-leerling, trainer-pupil, leiding-jeugd lid, en dergelijke); Let op leefstijl bij zwangerschapsdiabetesen/of andere handelingen of gedragingen die strafbaar zijn volgens het Wetboek van Strafrecht.^{1,6} Seksueel geweld kan voorkomen in verschillende relaties. We onderscheiden seksueel geweld tussen mensen met een beperking onderling, seksueel geweld tussen een persoon met een beperking en een andere persoon zonder beperking (bekenden, verwanten, buitenstaanders, enzovoort) en seksueel geweld tussen professionals (hulpverleners) en hun cliënten.

INLEIDING

Mensen met een verstandelijke beperking (VB) zijn extra kwetsbaar voor seksueel misbruik. Onder seksueel misbruik verstaan we elke vorm van een door het slachtoffer ongewenste seksuele toenadering (zie de uitgebreide definitie in het [kader]). Uit Nederlands onderzoek blijkt dat 61% van de vrouwen en 23% van de mannen met een VB ooit seksueel misbruik heeft meegemaakt, variërend van op een kwetsende manier aangeraakt worden tot verkrachting. Dit gebeurt vaak al op jonge leeftijd: 28% van de meisjes heeft voor het 16de jaar een situatie van seksueel misbruik meegemaakt. Vooral jonge vrouwen zijn een gewild slachtoffer. Mensen uit hun directe omgeving zijn vaak niet op de hoogte van het misbruik omdat zij, nog minder dan andere slachtoffers, in staat zijn om over het misbruik te vertellen. Hulpverleners zijn op hun beurt te weinig vaardig om signalen van misbruik op te vangen en adequaat te interpreteren. In de spreekkamer wordt daarom

Samenvatting

Coppus AMW, Lagro-Janssen T. Seksueel misbruik bij verstandelijk beperkte meisjes. *Huisarts Wet* 2017;60(8):410-2.

Seksueel misbruik bij mensen met een verstandelijke beperking komt vaak voor. Juist bij de groep jonge meisjes zijn veel risicofactoren voor seksueel misbruik aanwezig. Huisartsen zijn niet altijd voldoende toegerust om een verstandelijke beperking te herkennen, om seksueel misbruik te signaleren en bespreekbaar te maken. Deze nascholing geeft de huisarts handvatten voor een betere benadering van deze kwetsbare groep.

Casus 1 Gonda

Gonda komt samen met haar moeder naar het spreekuur van de huisarts. Ze wil aan de pil. Gonda komt uit een gezin met vader (ongeschoold arbeider), moeder (schoonmaakster) en een oudere zus. Gonda is zestien en volgt bijzonder onderwijs. Ze is licht verstandelijk beperkt met een verstandelijke leeftijd vergelijkbaar met die van een acht- tot twaalfjarige. Ze ziet er leuk uit maar omdat ze niet zo snel is, heeft ze weinig vrienden. Sinds kort heeft Gonda een vriend, volgens haar ouders een nette jongen met een goede baan. Hij rijdt in een dure auto. Moeder doet vooral het woord bij de huisarts.

Twee maanden na dit consult komt Gonda alleen bij de huisarts. Ze heeft pijn bij het plassen en een rare afscheiding. Ze blijkt een *Chlamydia*-infectie te hebben, de kweek op gonorrroe is negatief en andere soa-tests zijn niet gedaan. Dit herhaalt zich nog eens. De huisarts probeert in gesprek te komen met Gonda, maar ze wimpelt afwerend alle vragen af. Bij het afnemen van een vaginale kweek merkt de huisarts dat Gonda blauwe plekken heeft op bovenarmen en onderbuik, en verwondingen, zowel anaal als vaginaal. Gonda reageert heftig wanneer de huisarts hierover wil praten. Ze doet haar kleren aan en loopt weg. De huisarts overweegt, gezien de kwetsbaarheid van het meisje, hierover in gesprek te gaan met haar moeder. Van haar hoort hij dat de vriend van Gonda inmiddels is opgepakt. 'Hij bleek iets te hebben met meisjes.'

de kans op een gesprek over het seksueel misbruik en over de gevolgen ervan gemist. Bij slachtoffers met een VB bestaat bovendien een grotere kans op herhaling.¹⁻⁶ Omdat mensen met een lichte en matige VB steeds vaker beschermd of onder begeleiding in de wijk wonen vallen zij onder de zorg van de huisarts. In deze klinische les willen we de huisarts handvatten bieden om seksueel misbruik bij jonge vrouwen met een VB te signaleren en vaardig het gesprek aan te gaan.

BESCHOUWING

Ongeveer 1% van de Nederlanders heeft een verstandelijke beperking (VB). Volgens de klassieke definitie (IQ tot 70) zijn er 142.000 mensen met een VB. Daarnaast zijn er waarschijnlijk 2,2 miljoen zwakbegaafde mensen met een IQ tussen 70 en 85.⁷ Het is voor huisartsen vaak moeilijk mensen met een lich-

De kern

- Seksueel misbruik komt veel voor bij jonge vrouwen met een verstandelijke beperking.
- Meer nog dan andere slachtoffers zijn zij slecht in staat om het misbruik te bespreken.
- Huisartsen zijn niet altijd voldoende toegerust om een verstandelijke beperking te herkennen en nog minder om seksueel misbruik te signaleren en bespreekbaar te maken.
- Wij adviseren de huisarts vragen te stellen, bij voorkeur zo concreet mogelijk.
- De meldcode Huiselijk Geweld en Kindermishandeling is er ook voor mensen met een verstandelijke beperking.

Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Geneeskunde voor mensen met een Verstandelijke Beperking, Nijmegen: dr. A.M.W. Coppus, onderzoeker. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Gender & Women's Health, Centrum voor Seksueel en Familiaal geweld, Nijmegen: em.prof. dr. T. Lagro-Janssen, emeritus hoogleraar. Centrum voor mensen met een verstandelijke beperking, Gennep: dr. A.M.W. Coppus, arts voor Verstandelijk Gehandicapten en vertrouwensarts Dichterbij • Correspondentie: Tonnie.Coppus@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstremgeling: niets aan-gegeven.

te VB of een zwakbegaafdheid te herkennen. Mensen met een IQ tussen de 50 en 70 functioneren op het niveau van een zeven- tot twaalfjarige [tabel 1]. Ze zien er normaal uit en kunnen zich verbaal meestal goed redden. Daarnaast kunnen ze, naast hun verstandelijke beperking, op een lager emotioneel niveau functioneren. Hierdoor kunnen ze, zoals Gonda in [casus 1], situaties verkeerd inschatten en als een kleuter verrukt zijn van de cadeautjes die een mogelijke pleger hen aanbiedt. Bij een intake van een nieuwe patiënt, zoals bij Astrid in [casus 2], is het niet alleen belangrijk om geboortedatum en woonplaats te kennen, maar ook welk schooltype iemand gevolgd heeft en of iemand werkt. Misschien is dit werk georganiseerd vanuit de sociale werkvoorziening. Het is ook belangrijk om te weten of iemand begeleid wordt en door wie en welke organisatie daarvoor verantwoordelijk is. Omdat mensen met een lichte VB vaak iets vertellen waarvan ze denken dat een ander dit graag wil horen, spreken ze niet altijd de waarheid. Astrid in [casus 2] blijkt bijvoorbeeld helemaal geen mbo-opleiding te zullen gaan volgen. Alleen bij doorvragen, vragen naar details of vragen naar aanwezige kennis kan het opvallen dat iemand wel erg weinig weet.

RISICOFACTOREN VOOR SEKSUEEL GEWELD

Mensen met een VB zijn in vrijwel alle situaties een gemakkelijk slachtoffer. Lichamelijke en cognitieve beperkingen maken het moeilijker om te ontkomen aan seksueel misbruik.⁸ We zien dit terug in beide casus. Gonda zag de verkeerde bedoelingen van haar vriend niet en was daarom een gemakke-

Casus 2 Astrid

Astrid, zeventien jaar, komt voor klachten van een frequente mictie. Ze woont sinds kort zelfstandig en heeft tweemaal per dag een contactmoment met de begeleiding. Ze is als nieuwe patiënte in uw praktijk ingeschreven. Ze komt op advies van de begeleiding omdat ze zo vaak naar het toilet moet. Bij navragen geeft ze aan geen pijn te hebben bij het plassen en vaak te moeten plassen. Astrid maakt geen verlegen indruk, praat makkelijk en geeft bij doorvragen weinig concrete antwoorden. De nitriettest is negatief. U vraagt naar klachten van het urogenitale gebied. Ze heeft een periode de pil gebruikt, maar die vergat ze vaak te nemen. Ze heeft geen vriendje. U wilt haar buik onderzoeken, maar Astrid weigert. Bij navragen meldt ze geen chronische aandoeningen en zegt ze geen medicatie te gebruiken. Ze vertelt dat ze het komend jaar gaat starten met de mbo-opleiding zorg en welzijn. Daar heeft ze heel veel zin in.

In het dossier van de vorige huisarts leest u dat ze ongeveer een jaar geleden vanwege lang bestaand verbaal en fysiek geweld uit huis is geplaatst naar een crisisopvang voor mensen met een VB.

Een week later zit Astrid weer op uw spreekuur. Ze heeft heftig vaginaal bloedverlies met buikpijn. Met heel veel schroom vertelt ze dat ze ongeveer een maand geleden, ze weet het niet meer precies, door haar vriendin was uitgenodigd om te gaan zwemmen. Haar vriendin kwam met haar vriend, en nog een andere jongen, Kevin. Het was stiekem, een zwembad in een hotel, ze werden door de jongens binnen gesmokkeld. Toen ze ging douchen kwam Kevin achter haar aan, bedreigde haar met een mes en dwong haar om seks te hebben. Ze is zowel oraal als vaginaal verkracht. Ze weet niet of er een condoom is gebruikt. Ze heeft niemand iets verteld, is niet bij een dokter geweest en al helemaal niet bij de politie.

lijk slachtoffer voor deze loverboy. Astrid begreep niet dat de twee jongens meer wilden dan een middagje zwemmen. Het lukt haar vervolgens ook niet om aandacht te vragen voor de verkrachting en daarover te vertellen. Mensen met een verstandelijke beperking zijn gevoeliger voor dominantie en autoriteit, omdat zij eigenlijk altijd afhankelijk zijn van anderen.²



Foto: Shutterstock

Stel directe en concrete vragen bij vermoeden van seksueel misbruik.

Tabel Relatie tussen IQ en functioneren

IQ		Overeenkomende leeftijd van functioneren
Lager dan 20/25	Diepe verstandelijke beperking	Baby-peuterniveau
20/25-35/40	Ernstige verstandelijke beperking	2-4 jaar
35/40-50/55	Matige verstandelijke beperking	4-6½ jaar
50/55-70	Lichte verstandelijke beperking	6½-12 jaar
70/75-85/90	Zwakbegaafd	12-14 jaar
85-100	Laag normaal/gemiddeld begaafd	

Bron: VWS; www.volksgezondheidenzorg.info.

Net als alle andere jongeren gebruiken jongeren met een VB internet. Zij posten vaker foto's van zichzelf en worden vaker seksueel benaderd. Vooral jongeren die zich eenzaam voelen, sociaal geïsoleerd zijn en weinig ondersteuning ondervinden van hun ouders zijn een gemakkelijk slachtoffer.^{9,10} Daarnaast verhogen een lage sociaal-economische status, negatieve gezinsomstandigheden (casus Astrid) en alcohol- en drugsverslaving het risico op seksueel misbruik.¹¹

HERKENNEN EN BESPREKEN SEKSUEEL GEWELD

Lichamelijke klachten, zoals urineweginfecties, plotseling optredende incontinentie, kwetsuren in het urogenitale gebied, soa's en zwangerschap zijn belangrijke signalen van seksueel geweld. Ook veranderingen in gedrag, zoals paniekaanvallen, angst, slaapproblemen, inactiviteit en/of overmatige aanhangelijkheid, kunnen op seksueel geweld wijzen (signalenlijst: www.kennispleingehandicaptensector.nl).

Wanneer u als huisarts *acuut* seksueel misbruik vermoedt, kunt u het beste met spoed verwijzen naar het dichtstbijzijnde Centrum voor Seksueel Geweld (www.centrumseksueelgeweld.nl) en zelf niet te veel naar details over de verkrachting vragen. Dit vanwege contaminatie van uw vragen met de latere waarheidsvinding van de zedenpolitie. Op een Centrum voor Seksueel Geweld besteedt men aandacht aan de somatische consequenties en is men toegerust om een volledige soa-diagnostiek te verrichten naar onder andere *Chlamydia*, gonorrroe, hiv en hepatitis B. Bij Gonda heeft helaas onvolledig soa-onderzoek plaatsgevonden. Indien de verkrachting korter dan 72 uur geleden heeft plaatsgevonden zijn PEP en vaccinatie tegen hepatitis B mogelijk. Dit moet goed worden uitgelegd. Bij onvoldoende anticonceptie is een morning-afterpil aangewezen en op korte termijn een gesprek over anticonceptie. Voor vrouwen met een verstandelijke beperking zijn midelen als de prikpil, een IUD of Implanon beter geschikt dan orale anticonceptiva. Het is belangrijk om hier begeleiding, zowel professioneel als familie, bij te betrekken, niet alleen ter ondersteuning, maar ook om de wettelijke belangen van het slachtoffer te behartigen. Voor het doen van een aangifte is bijvoorbeeld toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger nodig. Wanneer er officieel geen wettelijk vertegenwoordiger benoemd is, treden ouders of naaste familieleden als zodanig op.

Is het misbruik *langer* geleden, dan is het belangrijk over

deze ingrijpende gebeurtenis te laten vertellen. Stel directe en concrete vragen over het wie, wat en wanneer. Een vraag als 'Komt iemand aan je terwijl je dat eigenlijk niet wilt?' is een voorbeeld van een concrete vraag over wat er gebeurd is. Een vraag als 'Is het voor of na de vakantie gebeurd' zal eerder een antwoord opleveren dan het vragen naar een datum. Het komt geregeld voor dat een slachtoffer zonder de ander te kennen met iemand is meegegaan (in het geval van Astrid). Wanneer er dan gevraagd wordt met wie ben je meegegaan en waar naartoe, zal deze vraag niet naar waarheid beantwoord kunnen worden. Mochten de antwoorden aanleiding zijn tot een vermoeden van een strafrechtelijk feit, dan moet u proberen samen met familie of begeleiding de juiste weg te volgen. Ook voor mensen met een verstandelijke beperking, die niet of slechts ten dele wilsbekwaam zijn, geldt de meldcode huiselijk geweld en kunt u contact opnemen met Veilig Thuis.

Het komt te vaak voor dat artsen wel signalen zien maar het te moeilijk vinden om deze te interpreteren, te bespreken of aan een deskundige voor te leggen. Meer dan de helft van het seksuele misbruik bij mensen met een beperking wordt niet bij de autoriteiten gerapporteerd.¹²⁻¹⁴ Ongewenste situaties worden zo in stand gehouden. Wanneer u tegen uw eigen grenzen aanloopt, is het verstandig u tot de hulpverlening voor mensen met een beperking te wenden (voor adressen www.mee.nl en/of www.nvavg.nl). Binnen deze sector werken deskundigen die in gesprek gaan met het (vermoedelijke) slachtoffer; zij kunnen vertellen welke vervolgstappen noodzakelijk zijn. Begeleiding is altijd nodig en behandeling hangt niet alleen af van de aard en ernst van het misbruik, maar ook van het niveau van het functioneren. Er worden positieve resultaten gemeld van EMDR-behandeling van matig tot licht verstandelijk beperkte slachtoffers.¹⁵ ■

LITERATUUR

- 1 Dekker A, Safi M, Zon-van Welzenis EI van der, Echteld MA, Evenhuis HM. Seksualiteit en anticonceptie bij licht verstandelijk beperkte jongeren. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A8010.
- 2 Van Berlo W. Beperkt weerbaar. Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke beperking. Utrecht: Rutgers WPF/MOVISIE, 2011.
- 3 Eastgate G, Van Driel ML, Lennox NG, Scheermeyer E. Women with intellectual disabilities – a study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Aust Fam Physician* 2011;40:226-30.

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

Venapunctie mag na lymfeklierdissectie bij mammacarcinoom

Vraagstelling Patiënten die een axillaire lymfeklierdissectie ondergaan, krijgen het advies geen bloed af te laten nemen uit dezelfde arm uit angst voor het optreden van lymfoedeem. Is dit advies juist? De NHG-Standaarden geven hier geen antwoord op en daarom formuleerden wij de vraag: hebben vrouwen die een axillaire lymfeklierdissectie ondergingen vanwege borstkanker een hogere kans op lymfoedeem in de ipsilaterale arm wanneer venapuncties zijn verricht dan zonder venapuncties?

Zoekstructuur We zochten in Medline met de zoektermen 'phlebotomy', 'lymph node excision', 'breast neoplasm', 'lymphedema', 'lymphedema' en 'risk factors'. Nadien zochten we met bovenstaande termen als vrije zoektermen. Dit resulteerde in drie recente, prospectieve cohortonderzoeken.

Resultaten Showalter et al. onderzochten risicofactoren voor het optreden van lymfoedeem.¹ Bij 295 patiënten met een mammacarcinoom met stabiel lymfoedeem of een risico op lymfoedeem maten zij gedurende twaalf maanden iedere drie maanden het armvolume. Met vragenlijsten stelden de ze de risicofactoren vast, waaronder venapuncties. Het ondergaan van venapuncties (7% van de vrouwen) in de aangedane arm bleek geen risicofactor voor het optreden van lymfoedeem, met een incidentie van 9% (OR 1,13; 95%-BI 0,15 tot 8,74; $p = 0,91$).

Ferguson et al. verrichtten bij 632 nieuw gediagnosticeerde patiënten met een mammacarcinoom, die een lymfeklierdissectie of schildwachtprocedure ondergingen, regelmatig metingen van het armvolume en de armomtrek gedurende een mediane follow-up van 24 maanden.² Met vragenlijsten legden zij de blootstelling aan venapuncties vast. Zij vonden geen associatie tussen venapuncties (8% van de vrouwen) en het optreden van lymfoedeem, met een cumulatieve incidentie van 7,8% (OR 0,60; 95%-BI 0,31 tot 1,15; $p = 0,62$).

Killbreath et al. voerden een onderzoek uit onder 540 vrouwen met een mammacarcinoom, waarbij zij lymfoedeem maten voorafgaand aan en meerdere malen na operatieve behandeling, met een follow-up van achttien maanden.³ De blootstelling aan venapuncties (48% van de vrouwen) legden zij vast met wekelijks bijgehouden dagboeken. Bij patiënten met meer dan vijf verwijderde lymfeklieren kwam lymfoedeem (incidentie 18,2%) niet significant meer voor wanneer venapuncties waren verricht (OR 2,0; 95%-BI 0,8 tot 5,2; $p = 0,17$). De groep met minder dan vijf verwijderde lymfeklieren kon vanwege het niet optreden van lymfoedeem in deze groep niet geanalyseerd worden.

Bespreking Bovenstaande grote cohortonderzoeken laten zien dat er geen associatie bestaat tussen het ondergaan van venapuncties en het optreden van lymfoedeem na een axillaire lymfeklierdissectie. Ze zijn goed opgezet en in algemene ziekenhuizen uitgevoerd. Een kanttekening bij met name het onderzoek van Showalter et al. is de duur van de follow-up, aangezien lymfoedeem na een axillaire lymfeklierdissectie pas optreedt na veertien maanden (mediaan).⁴ Bij Ferguson et al. werden echter de meeste patiënten wel gedurende deze periode of langer gevolgd en bij Killbreath et al. iedereen. Verder zijn er verschillende methoden voor het meten van lymfoedeem gebruikt: bioïmpedantiespectrometrie bij Showalter et al. en Killbreath et al. en opto-elektrische perimetrie bij Ferguson et al. De incidentie van lymfoedeem is echter bij Ferguson et al. vergelijkbaar met die van Showalter et al.

Conclusie Op dit moment lijkt er geen bewijs te zijn voor een verband tussen venapuncties en het optreden van lymfoedeem bij vrouwen die een axillaire lymfeklierdissectie hebben ondergaan vanwege mammacarcinoom in de ipsilaterale arm.

Betekenis In de huisartsenpraktijk speelt bloedonderzoek een belangrijke rol in de zorg voor de patiënt. Het advies om venapuncties in de aangedane arm na een axillaire lymfeklierdissectie te vermijden, zorgt in de praktijk soms voor moeilijkheden. Dit advies lijkt achterhaald. Dus: prik als het kan in de niet-aangedane arm, maar wees niet bang om de andere arm ook te gebruiken. ■

LITERATUUR

- 1 Showalter SL, Brown JC, Cheville AL, et al. Lifestyle risk factors associated with arm swelling among women with breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2013; 20:842-49.
- 2 Ferguson CM, Swaroop MN, Horick N, et al. Impact of ipsilateral blood draws, injections, blood pressure measurements, and air travel on the risk of lymphedema for patients treated for breast cancer. *J Clin Oncol* 2016; 34:691-98.
- 3 Killbreath SL, Refshauge KM, Beith JM, et al. Risk factors for lymphoedema in women with breast cancer: a large prospective cohort. *The Breast* 2016; 28:29-36.
- 4 Specht MC, Miller CL, Russell TA, et al. Defining a threshold for intervention in breast cancer-related lymphedema: what level of arm volume increase predicts progression? *Breast Cancer Res Treat* 2013; 140:485-94.

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

De pancoasttumor: witte raaf bij schouderpijn

Casus

Een 50-jarige man bezoekt het spreekuur met pijn rondom zijn rechterschouder. De pijn is er sinds een week en zit ter hoogte van zijn rechterbovenarm, oksel, schouderblad en aan de bovenzijde van zijn schouder. De patiënt voelt ook een licht drukkend gevoel op de rechter thoraxhelft. Onderzoek van de schouder laat een painful arc zien vanaf negentig graden. Daarnaast wekt palpatie van tussenribspieren en spieren rondom het schouderblad herkenbare pijn op. Neurologisch onderzoek van de arm en auscultatie van hart en longen leveren geen afwijkingen op. De huisarts-in-opleiding duidt de klachten als subacromiaal pijnsyndroom in combinatie met tendomyalgie. Hij geeft uitleg en adviezen, en schrijft diclofenac voor. Drie weken later komt patiënt terug met dezelfde klachten, die niet zijn verminderd. Een aanvullende tractusanamnese van hart en longen geeft geen nieuwe informatie. De uitslag van het lichamelijk onderzoek is onveranderd en in overleg met de patiënt wordt fysiotherapie gestart.

Hoewel de patiënt telkens na een behandeling minder pijn heeft, komen de klachten ook steeds weer terug, nu ook in de nacht. Hij vertelt dat hij zich langzaam zorgen maakt over longkanker, waaraan zijn vader op 53-jarige leeftijd overleed. De patiënt rookt en heeft dertig pakjaren. Hierop laat de huisarts-in-opleiding, inmiddels twee maanden na het eerste spreekuurbezoek, bloedonderzoek en een X-thorax verrichten. De bezinking is 40 mm/uur en de röntgenfoto toont opvallende, rechtszijdige toppleuraverbreiding die kan wijzen op een longtoptumor. Aanvullende beeldvorming door de longarts bevestigt de aanwezigheid van een ruimte-innemend proces van de longtop, met ingroei in de intercostaalruimtes van rib 1 en 2 en partiële destructie van deze ribben [figuur]. Pathologisch onderzoek laat een plaveiselcelcarcinoom zien, CT3NoMo. De patiënt start met concurrente chemoradiatie. In de toekomst zal en-bloc lobectomie van de rechterbovenkwab volgen.

BESCHOUWING

Een longtoptumor, ook wel pancoasttumor genoemd, is een relatief zeldzame vorm van longkanker (1 tot 3% van alle longtumoren).^{1,2} Huisartsen komen deze in hun werkzame carrière gemiddeld één of hooguit tweemaal tegen. De lage incidentie in combinatie met de verraderlijke symptomatologie maakt de pancoasttumor een diagnostische uitdaging en veroorzaakt een gemiddelde doctors' delay van drie tot vier maanden.³

Door de perifere plaats van de longtumor zijn de gebruikelijke pulmonale symptomen als hoest, hemoptoë en dyspnoe pas in een laat stadium aanwezig. Het grootste deel van de patiënten (45 tot 95%) heeft eerst last van schouderpijn, die wordt veroorzaakt door ingroei in de plexus brachialis, pleura of eerste ribben.⁴ De pijn kan uitstralen naar boven richting de nek, of naar beneden richting schouderblad, oksel, borstkas of bovenarm. De pijn wordt vaak erger door bewegingen en palpatie, hetgeen de arts op een verkeerd spoor kan zetten.

Figuur Coronale snede van de CT-thorax: ruimte-innemend proces in de top van de rechterlong, met doorgroei in de intercostaalruimtes.



Patiënten krijgen dan ook vaak behandeling voor een subacromiaal of cervicobrachiaal pijnsyndroom, zoals in deze casus.

Het uitblijven van behandelingsresultaat, in combinatie met een significante rookvoorgeschiedenis en de vaak aanwezige rust- en nachtpijn, kan in de juiste richting wijzen. Bovendien kunnen opvallende neurologische verschijnselen ontstaan, zoals spierzwakte van de intrinsieke handmusculatuur (spreiden van de vingers) en pijn of paresthesie van de vierde en vijfde vinger. Het alom in tekstboeken genoemde syndroom van Horner (hangend ooglid, vernauwde pupil en eenzijdig verminderd zweten) komt slechts bij 14 tot 50% van de patiënten voor.⁴ Overige uitingsvormen zijn gewichtsverlies, supraclaviculaire lymfekliervergroting en het vena cava superior-syndroom.

Hoewel een thoraxfoto om tumoren aan te tonen dan wel uit te sluiten een behoorlijke specificiteit heeft (88 tot 97%), is de sensitiviteit slechts 20 tot 60%.⁵ Daarom luidt het advies om bij verdenking op een pancoasttumor direct te verwijzen naar de longarts.

De longarts zal een behandeling voorstellen die bestaat uit een combinatie van chemo- en radiotherapie, gevolgd door chirurgie. De vijfjaarsoverleving bedraagt bij deze behandeling ongeveer 45% en is mede afhankelijk van de uitgebreidheid van het proces en de afwezigheid van mediastinale lymfekliermetastasen.⁶ Vroege herkenning door de huisarts draagt daarmee bij aan een betere prognose. ■

LITERATUUR

- 1 Pancoast HK. Importance of careful roentgen-ray investigations of apical chest tumors. JAMA 1924;83:1407-11.

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

Hoofdhuidkoeling bij chemotherapie

Casus

Een 65-jarige vrouw met borstkanker in de voorgeschiedenis komt op het spreekuur met hoge rugklachten. Drie jaar geleden is zij wegens uitzaaiingen behandeld met hormonale en chemotherapie. Röntgenonderzoek toonde metastasen in de wervels. De patiënte zegt direct dat zij niet opnieuw chemotherapie wil, omdat zij destijds ernstige haaruitval kreeg. Zij vond dat verschrikkelijk, had lang een pruik gedragen en werd daarvoor steeds met haar ziekte geconfronteerd. Bovendien voelde zij zich door de pruik gestigmatiseerd als patiënt met kanker.

De huisarts adviseert haar om met de oncoloog te overleggen of zij voor hoofdhuidkoeling in aanmerking kan komen. De oncoloog adviseert aanvankelijk radiotherapie van enkele wervels en palliatieve chemotherapie. Wanneer de patiënte aangeeft alleen een kuur te willen waarbij hoofdhuidkoeling mogelijk is, stelt hij een andere chemokuur voor waarbij met hoofdhuidkoeling de kans op voldoende haarbehoud 80 tot 90% is. Daarop besluit de patiënte toch tot chemotherapie. Zij heeft daarbij wel wat haaruitval, maar hoofdbedekking is niet nodig. Er treedt partiële remissie op.



Patiënten die hoofdhuidkoeling krijgen, hebben gemiddeld een driemaal kleinere kans op haaruitval.

BESCHOUWING

Meer bekendheid met de effectiviteit en verdraagbaarheid van hoofdhuidkoeling kan leiden tot minder onnodige kaalheid door chemotherapie en een betere kwaliteit van leven. De beleving van de patiënte over de haaruitval is vrij karakteristiek. Haaruitval is een van de meest belastende gevolgen van de behandeling van kanker en stigmatiseert de patiënt. Verpleegkundigen en artsen blijken de impact daarvan aanzienlijk te onderschatten.^{1,2}

Bij hoofdhuidkoeling wordt de behaarde hoofdhuid gekoeld door een kap waardoor een koude vloeistof wordt gepompt. Dit gebeurt doorgaans vanaf 30 minuten vóór het chemo-infuus tot 90 minuten erna. De oppervlakkige hoofdhuidtemperatuur daalt tot ongeveer 15 tot 25°C, waardoor de doorbloeding en het metabolisme verminderen. Daardoor worden de haarvormende cellen minder beschadigd.¹

Door deze techniek hebben patiënten gemiddeld driemaal minder vaak ernstige haaruitval dan zonder hoofdhuidkoeling.^{3,4} Het resultaat is sterk afhankelijk van de soort chemotherapie, de dosis en het aantal kuren.¹⁻⁴

Vaak horen we dat hoofdhuidkoeling zo verschrikkelijk koud is dat het bijna niet te verdragen is. Na tien tot vijftien minuten treedt echter meestal gewenning op. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat hoofdhuidkoeling in het algemeen goed wordt verdragen, zelfs als deze vier tot zes uur lang wordt toegepast.^{1,2,4}

Jarenlang was er veel weerstand tegen hoofdhuidkoeling door de angst voor hoofdhuidmetastasen. Theoretisch bestaat de kans dat door hoofdhuidkoeling eventuele (micro)metastasen worden 'beschermd' tegen cytostatica. Bij patiënten met hematologische maligniteiten wordt hoofdhuidkoeling om deze reden ontraden. Bij patiënten met solide tumoren is ech-

ter nooit een negatief beloop van de ziekte door hoofdhuidkoeling beschreven.^{1,2}

In 2016 kregen in Nederland 108.400 mensen kanker. Bij slechts 11% van de patiënten die in aanmerking kwamen voor hoofdhuidkoeling werd de techniek toegepast. Ziekenhuizen bieden de mogelijkheid soms niet of onvoldoende actief aan. De belangrijkste redenen hiervoor zijn: onvoldoende kennis over de effectiviteit en veiligheid, onderschatting van de impact van haaruitval, overbelasting van verpleegkundigen op de dagbehandeling en vaak logistieke/ruimtelijke problemen omdat patiënten door hoofdhuidkoeling vaak twee uur langer op de dagbehandeling zijn.¹ Weinig patiënten vragen zelf om hoofdhuidkoeling. Van de Nederlandse bevolking bleek in 2016 70% niet op de hoogte van het bestaan en de mogelijkheden van hoofdhuidkoeling. Informatie over hoofdhuidkoeling is, ook voor patiënten, gemakkelijk te verkrijgen via www.geef-haareenkans.info en www.hoofdhuidkoeling.nl/zorgverleners.

De huisarts kan de patiënt wijzen op de mogelijkheid van hoofdhuidkoeling, zodat deze zich beter kan oriënteren. Door goede voorbereiding en een assertievere houding kan de patiënt dan een grotere rol spelen bij de afweging al dan niet voor hoofdhuidkoeling te kiezen. ■

LITERATUUR

- 1 Van den Hurk CJG. Safety and effectiveness of scalp cooling in patients undergoing cytotoxic treatment [proefschrift]. Leiden: LUMC, 2013.

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

Huisartsenpraktijk Antoniusveld, Venray; S. Breed, huisarts en kaderhuisarts uro-gynaecologie; W. Breed, voormalig medisch oncoloog (Catharina ziekenhuis Eindhoven) en voorzitter bestuur Stichting Geef HAAR een kans • Correspondentie: wimbreed@online.nl

Stoppen met roken bij COPD

Rokers met COPD die willen stoppen moeten ondersteund worden met intensieve gedragstherapie, meestal in combinatie met farmacotherapie. Huisartsen zouden zelf hierover het gesprek moeten aangaan gezien het belang en de intensiteit ervan. Dit is de conclusie uit een Cochrane-review over het effect van gedragsmatig en/of farmacologisch stoppen met roken-interventies bij mensen met COPD. De conclusie komt overeen met het advies van de NHG-Standaard Stoppen met roken.

De auteurs includeerden voor de review alleen gerandomiseerde onderzoeken met minstens zes maanden follow-up. Er bleven na selectie door twee verschillende auteurs zestien onderzoeken over ($n = 13.123$; 53 tot 5887 deelnemers per onderzoek), die gedragsmatige of farmacologische interventies vergeleken met placebo of met elkaar. Een onderverdeling naar kwaliteit volgens de GRADE-criteria volgde. Twee onderzoeken waren van hoge kwaliteit en lieten zien dat de kans om te stoppen met roken significant toeneemt ten opzichte van placebo bij het gebruik van varenicline (relatief risico om te stoppen (RR) = 3,34; 95%-BI 1,88 tot 5,92) en nicotine sublinguaal (RR 2,60; 95%-BI 1,29 tot 5,34).

Daarnaast konden de auteurs de gegevens van vier onderzoeken van hoge kwaliteit naar farmacotherapie samenvoegen in een meta-analyse. De meta-analyse wees uit dat 'farmacotherapie met intensieve gedragstherapie' versus 'placebo met intensieve gedragstherapie' de kans om te stoppen met roken significant deed toenemen (RR 2,53; 95%-BI 1,83 tot 3,50). Onderzoeken naar overige vergelijkingen waren van matige tot lage kwaliteit en leverden op dat intensieve gedragstherapie beter lijkt dan 'gebruikelijke zorg' (RR 25,38; 95%-BI 8,03 tot 80,22) en ook dan niet-intensieve gedragstherapie (RR 2,18; 95%-BI 1,05 tot 4,49).

De meeste onderzoeken waren van matige tot lage kwaliteit en behoorlijk verschillend van opzet. Hierdoor konden de gegevens vaak niet samengevoegd worden en werd de review meer een opsomming van individuele onderzoeken.

ZIEKTEPROGRESSIE VOORKOMEN

De NHG-Standaard Stoppen met roken uit 2011 adviseert om bij rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen een intensieve gedragstherapie in te zetten. Eventueel kan een farmacologische therapie dit aanvullen bij mensen die tien sigaretten of meer per dag roken. Dit algemene advies geldt voor iedere roker. De auteurs van deze Cochrane-review geven aan dat bij

rokers met COPD mogelijk een ander advies moet gelden, omdat blijkt dat zij ten opzichte van de algemene populatie rokers meer packyears hebben gerookt, verslaafder zijn en minder vertrouwen hebben echt te kunnen stoppen. Dit terwijl juist bij rokers met COPD stoppen met roken veruit de effectiefste interventie is om ziekteprogressie te voorkomen.

De auteurs verrichtten een uitgebreide en zorgvuldige analyse en door te werken met niveaus van bewijs geven zij duidelijk aan hoe betrouwbaar de resultaten zijn.

VERSCHILLEN IN BIJWERKINGEN

Naast de genoemde beperkingen, is de grootste beperking van deze review dat de auteurs alleen de effectiviteit vergeleken, maar niet keken naar verschillen in bijwerkingen. De ernst hiervan is echter mede bepalend voor de (geneesmiddel)keuze, zeker als middelen qua effectiviteit vergelijkbaar zijn. Het advies vanuit ander onderzoek is bij inzet van farmacotherapie vanwege het bijwerkingenprofiel te starten met nicotinevervangende middelen. Alleen als dit onvoldoende werkt stap je over op nortriptyline, bupropion of varenicline.

De conclusies van de review komen grotendeels overeen met de adviezen uit de NHG-Standaard. Er is dus geen reden om deze aanbevelingen aan te passen in de subgroep van mensen met COPD die roken. Ook mensen met COPD die willen stoppen met roken moeten ondersteund worden met intensieve gedragstherapie, meestal in combinatie met een vorm van farmacotherapie volgens bovenstaand schema.

TREK TIEN MINUTEN UIT

De definitie intensieve gedragstherapie blijkt nogal te variëren. Volgens de definitie van de review moet er ten minste een consult van tien minuten of langer volledig gewijd worden aan stoppen met roken. Dat is precies de tijd die wij hebben voor een consult. Het gesprek over roken is meer en meer verschoven naar de praktijkondersteuners, die er (kort) naar vragen in het kader van programmatische zorg. Het stoppen-met-rokengesprek is echter naast een van de belangrijkste, ook een van de lastigste gesprekken en verdient eveneens de aandacht van de huisarts. Laten we ons daarom als huisartsen voornemen, nog een keer die tien minuten uit te trekken, voor al onze rokende mensen met COPD. ■

LITERATUUR

- 1 Van Eerd EAM, Van der Meer RM, Van Schayck OCP, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2016;8:CD010744.



KENNISTOETS: VRAGEN

- Loots begint zijn artikel met de stelling dat de herkenning van sepsis buiten het ziekenhuis laag is. In het artikel bespreekt hij vervolgens enkele richtlijnen die zijn opgesteld om sepsis beter te herkennen. Wat is zijn conclusie aan het eind van het artikel?
 - Buiten het ziekenhuis is sepsis niet betrouwbaar aan te tonen of uit te sluiten.
 - Bruikbare adviezen voor de herkenning van sepsis zijn eenvoudig aan de huisarts te geven.
 - Buiten het ziekenhuis is sepsis betrouwbaar aan te tonen en uit te sluiten.
- De alarmsymptomen uit de richtlijn 'UK Sepsis trust' zijn afgeleid uit onderzoeksresultaten uit de tweede lijn. Toepassing van deze alarmsymptomen in de eerste lijn leidt tot overschatting van de diagnose sepsis. Wat is hiervan de oorzaak?
 - De eerstelijns populatie is gezonder dan de ziekenhuispopulatie.
 - Het begrip alarmsymptoom wordt breder gehanteerd in de eerste lijn.
 - De diagnose sepsis wordt makkelijker gesteld in de eerste lijn.
- In de NHG-Standaarden staat weinig informatie over de diagnostiek en het beleid bij sepsis. De NICE-richtlijn uit het Verenigd Koninkrijk bevat wel een onderdeel voor de huisarts, met aanwijzingen wanneer de huisarts bij mogelijke sepsis dient te verwijzen. Waar zijn de verwijscriteria (rode vlaggen) in deze richtlijn overwegend op gebaseerd?
 - Op de bevindingen van het ABCD-onderzoek (vitale parameters).
 - Op de aanwezigheid van bepaalde symptomen (anamnese).
 - Op informatie over het beloop van het ziektebeeld.
- De diagnose sepsis kan in de eerste lijn alleen met enige mate van onzekerheid worden gesteld. Loots geeft aan hoe de huisarts met die onzekerheid kan omgaan in termen van beleid. Vanaf welke mate van (on)zekerheid moeten alle gevallen volgens hem worden verwezen?
 - Al bij twijfel over de diagnose sepsis.
 - Pas bij verdenking op de diagnose sepsis.
 - Pas bij vrijwel zekerheid over de diagnose sepsis.
- In een retrospectief onderzoek werd geprobeerd bij 448 kinderen met een meningokokkensepsis of -meningitis het beloop in kaart te brengen. Bij 72% waren er vroege symptomen van een beginnende sepsis. Deze symptomen traden op tussen de vier en zes uur na het begin van de ziekte. De meest voorkomende vroege symptomen waren spierpijn in de benen en een afwijkende huidskleur. Wat was nog meer een vroeg symptoom?
 - Hemorragische rash.
 - Koude acra.
 - Meningeale prikkeling.
 - Verlaagd bewustzijn.
- De kwetsbare oudere heeft een verhoogd risico op sepsis. De herkenning is lastig, omdat tekenen van infectie en orgaanfalen subtiel kunnen zijn. Loots geeft aan dat een aantal tekenen de huisarts in een vroeg stadium op het spoor van orgaanfalen en sepsis kan zetten. Tachypnoe, tachycardie en veranderde mentale status horen daar toe. Wat is nog meer een vroeg teken?
 - Afwezige darmperistaltiek.
 - Verhoogde bloedglucose.
 - Verhoogde lichaamstemperatuur.
 - Verminderde urineproductie.
- De huisarts bezoekt mevrouw Polman, 82 jaar, vanwege een urineweginfectie met koorts. Mevrouw Polman geeft verwarde antwoorden als de huisarts haar vragen stelt. ABCD-onderzoek levert de volgende informatie op: AF: 23/min, SaO₂: 95%, RRZ: 110/75 mmHg, pols: 98 slagen/min, glucose: 7,2 mmol/l. De huisarts denkt aan sepsis en besluit mevrouw Polman in te sturen. Wat doet u in afwachting van de ambulance?
 - Antibiotica toedienen.
 - Intravenus vloeistof toedienen.
 - Zuurstof geven.
- De vijfjarige Jimmy heeft sinds een week krampende buikpijn en pijnlijke knieën en enkels. Hij maakt geen erg zieke indruk en heeft geen koorts. Bij onderzoek zijn er op de benen verspreid palpabele, niet-wegdrukbare, paarse plekjes. Onderzoek van de buik en het hoofd-halsgebied is normaal. Bij welk ziektebeeld passen al deze symptomen het beste?
 - Meningokokkensepsis.
 - Systemische lupus erythematoses.
 - Ziekte van Henoch-Schönlein.
 - Ziekte van Kawasaki.

De kennistoets gaat over één artikel in dit nummer van H&W, namelijk: Loots FJ, Prins AM, Tjan DHT, Koekoek WAC, Hopstaken RM, Giesen P. Herkenning van sepsis bij volwassenen. Huisarts Wet 2017;60(8):400-3.

Daarnaast is gebruikgemaakt van de volgende bronnen:

- NHG-werkgroep Standaard Kinderen met koorts. NHG-Standaard Kinderen met koorts (derde herziening). Huisarts Wet 2016;59(11):484-91.
- Gieteling MJ, Van Dijk PA, De Jonge AH, et al. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. Huisarts Wet 2012;55(9):404-9.
- Heymans HSA, Derksen-Lubsen G, Draaisma JMTh, Van Goudoever JB, Nieuwenhuis EES (red.). Leerboek kindergeneeskunde. Utrecht: De Tijdstroom, 2015: 360-1, 485.

Minder regels, betere zorg?

De gezondheidszorg verstikt in zinloze regels en daar moet geen vergadertijd of onderzoeksgeld in worden gestoken, nee: er moet gehandeld worden want die regels zijn schadelijk voor de zorg. Dat is de boodschap in een opiniestuk van de *grand old man* op het gebied van de kwaliteit van zorg in de Verenigde Staten, Donald Berwick. In de JAMA publiceert hij zijn visie op regels in de zorg, wat de mogelijke effecten zijn en laat hij zien hoe dit kan worden aangepakt. Bijvoorbeeld door een 'Minder regels voor betere zorg'-week te organiseren.

Gedurende een week mochten medewerkers en staf van deelnemende organisaties een simpele vraag beantwoorden: als je één regel onzinnig vindt en direct zou willen afschaffen, welke zou dat dan zijn? Er kwamen vele reacties binnen die samen honderden mogelijk af te schaffen regels opleverden. Al deze regels werden nauwkeurig onder de loep genomen. Wat bleek? Sommige regels (16%) waren geen regels maar gewoontes, vaak gebaseerd op misverstanden. Andere regels (62%) bleken zeer lokaal te gelden en gemakkelijk af te schaffen. En dan waren er nog formele regels (22%) die bij nader inzien onzinnig bleken en leidden tot obstructie van de zorg en onnodige kosten.

MYTHES ONTKRACHTEN

Na deze inventarisatie was het tijd voor actie. Mythes ontkrachten was de eerste en eenvoudigste stap om op misverstanden gebaseerde gewoontes af te schaffen. Bijvoorbeeld het verbod om water te drinken op de zusterpost. Lokale regels waarvoor men geen rationale vond, schafte men zo snel mogelijk af. Het ging daarbij om bijvoorbeeld bezoeken in ziekenhuizen. Bij formele regelgeving zocht men naar de exacte omschrijving van de regels en naar de intentie ervan. Bij regels die op een onnodige manier mensen en middelen belasten en de zorg niet ten goede komen, traden zorginstellingen gemeenschappelijk op richting beleidsmakers.

Berwick noemt een aantal voorbeelden in zijn stuk, waarvan dit de merkwaardigste is. Decennialang tekenden artsen in een Engels ziekenhuis bij binnenkomst een formulier als zij met de fiets waren gekomen. Al die tijd werd dit keurig bijgehouden in boeken, zonder dat iemand er iets mee deed. Planken vol gegevens stonden in de kelder, tot iemand zich hardop afvroeg: waarom doen we dit eigenlijk? Niemand kon hier antwoord op geven. Na enig zoekwerk bleek de regel te stammen uit de Tweede Wereldoorlog en ontstaan wegens de brandstofschaarste. Door met de fiets te komen verdiende



Foto: Shutterstock

Artsen in een Engels ziekenhuis die met de fiets kwamen, tekenden decennialang een formulier. Niemand wist waarom.

men destijds extra bonnen voor andere zaken. Pas kortgeleden schafte het ziekenhuis deze regel af.

Mythes, misinterpretaties, onnodige regels: ook bij ons zijn er vast genoeg zaken die we met een snelle actie kunnen afschaffen. Het aardige van deze aanpak is dat het op elk niveau mogelijk is: van praktijk tot zorggroep tot landelijke actie. Tussen alle themadagen en weken is er vast nog plaats voor een dergelijke *Breaking the Rules for Better Care* week, ook bij ons in Nederland. ■

LITERATUUR

- 1 Berwick DM, Loehrer S, Gunther-Murphy C. Breaking the Rules for Better Care. JAMA 2017;317:261-2.



CONGRES

Praktische hulpverlening aan KOPP/KVO kinderen en hun ouders

DE VERGETEN GROEP

26 september 2017, ReeHorst Ede

Kom naar het congres en leer

- Hoe je je netwerk verstevigd rondom een KOPP/KVO-kind en de rol van het wijkteam daarin
- Hoe je met een volwassen KOPP/KVO kind om gaat
- Werken aan de ouderrol bij ouders met LVB en psychiatrie/verslaving, de do's & dont's
- Werken aan de ouderrol bij ouders met autisme, hoe laat je het hele gezin meedoen?
- Het verschil in praten met KOPP-kinderen 18- en 18+

Profiteer t/m 18 augustus van

€ 50,-

vroegboekorting

Inschrijven? Ga naar www.koppkvocongres.nl



Onderwijscoördinator Huisartsopleiding VUmc (18 uur/week)

Jouw profiel

Ben je werkzaam als huisarts (bij voorkeur als praktijkhouder) én heb je aantoonbare ervaring en affiniteit met de implementatie van vernieuwingen? Dan is dit mogelijk een aantrekkelijke baan.

Het werkveld

De huisartsopleiding VUmc verzorgt de 3-jarige postacademische vervolgoopleiding tot huisarts. Het curriculum van de opleiding is competentiegericht en het onderwijs wordt vraaggestuurd vormgegeven en omvat praktijklernen, zelfstudie en cursorisch onderwijs. De beide onderwijscoördinatoren maken deel uit van het managementteam en vervullen een sleutelrol in het realiseren van het curriculum voor de huisartsen in opleiding.

Salarisindicatie:

De betaling is marktconform. Voor meer informatie:
dr. Nettie Blankenstein 06-42936597 of
drs. Harry Schleypen 06-39207450

Je kunt tot en met 31 augustus 2017 solliciteren
via www.werkenbijvumc.nl



ISBN: 9789036811552
Onder redactie van
E.S. van der Ploeg en
R.J.J. Gobbens

€ 31,00

WERKEN MET THUISWONENDE KWETSBARE OUDEREN

Het boek *Werken met thuiswonende kwetsbare ouderen* geeft inzicht in de complexiteit omtrent de herkenning en behandeling van de kwetsbare ouderen.

Aan de hand van praktijkvoorbeelden, aangevuld met theoretische inzichten en wetenschappelijke onderbouwing, wordt inzicht gegeven in onderwerpen omtrent het opsporen, herkennen, behandelen en ondersteunen van kwetsbare ouderen.



Bestellen? Ga naar www.bsl.nl

Verkorte Productinformatie Kyleena® 19,5 mg, afleveringssysteem voor intra-uterien gebruik
Samenstelling: *Werkzame stof:* bevat 19,5 mg levonorgestrel. *Hulpstoffen:* Polydimethylsiloxaan elastomeer, siliciumdioxide (colloïdaal watervrij), polyethyleen, bariumsulfaat, polypropyleen, koperfalloxyaniline, zilver. **Indicatie:** Anticonceptie voor maximaal 5 jaar. **Contra-indicaties:** Zwangerschap; acute of terugkerende PID (pelvic inflammatory disease) of aandoeningen die geassocieerd zijn met een verhoogde kans op infecties in het kleine bekken; acute cervicitis of colpitis; endometritis post partum of geïnfecteerde abortus gedurende de afgelopen drie maanden; cervicale intra-epitheliale neoplasie, tot genezing; maligniteit van uterus of cervix; progestageen-gevoelige tumoren, bijv. borstkanker; abnormaal uterinen bloedverlies met onbekende oorzaak; congenitale of verworven uterusanomalie, waaronder myomen die het inbrengen en/of vasthouden van het intra-uteriene systeem zouden belemmeren (d.w.z. als zij de baarmoederholte vervormen); acute leveraandoeningen of lever tumor; overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de hulpstoffen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Indien één of meerdere van de volgende aandoeningen bestaan of voor het eerst optreden een specialist consulteren of verwijdering overwegen: migraine, focale migraine met asymmetrisch verlies van gezichtsvermogen of andere symptomen die wijzen op voorbijgaande cerebrale ischemie; uitzonderlijk ernstige hoofdpijn; geelzucht; duidelijke bloeddrukverhoging; ernstige arteriële ziekte, bijvoorbeeld beroerte of myocardiinfarct. De bloedglucosepiegel dient te worden gemonitord bij gebruikers van Kyleena die lijden aan diabetes. Het inbrengen en verwijderen kan gepaard gaan met enige pijn en bloeding. De ingreep kan een vasovagale reactie beïnvloeden. Bij zwangerschap tijdens het gebruik moet ectopische zwangerschap worden uitgesloten en wordt tijdige verwijdering van het systeem aangeraden. Effecten op het menstrueel bloedingspatroon zijn bij de meeste gebruikers van Kyleena te verwachten. Als het bloedverlies in de loop van de tijd heviger en/of onregelmatiger wordt, dienen passende diagnostische maatregelen te worden genomen. Zoals tijdens het gebruik van alle typen IUS/IUD zijn infecties in het kleine bekken gemeld. Zoals bij andere gynaecologische of chirurgische procedures kan na insertie van een IUD een ernstige infectie of sepsis optreden, hoewel dit zeer zeldzaam is. In klinische onderzoeken was de incidentie van expulsiel laag en in hetzelfde bereik als de incidentie die voor andere IUD's/IUS'en is gerapporteerd. Een partieel uitgedreven Kyleena dient te worden verwijderd. Perforatie of penetratie van het corpus uteri of de cervix door een intra-uterien anticonceptivum kan voorkomen. Bij eventuele perforatie een dergelijk systeem verwijderen; operatief ingrijpen kan noodzakelijk zijn. Zowel het geven van borstvoeding ten tijde van de insertie als insertie tot 36 weken post partum werden geassocieerd met een verhoogd risico op perforatie, evenals een uterus in vaste retroversie-flexie. Als de draadjes voor het verwijderen bij follow-uponderzoek niet zichtbaar zijn bij de cervix, moeten onopgemerkte expulsiel en zwangerschap worden uitgesloten. **Bijwerkingen:** Zeer vaak: hoofdpijn, buikpijn/pijn in het kleine bekken, acne/seborroe, veranderingen in het bloedingspatroon, waaronder meer of minder menstruatiebloedingen, spotting, soms optredend bloedverlies en amenorroe, ovariumcyste, vulvovaginitis. Vaak: depressieve stemming/depressie, migraine, misselijkheid, alopecia, infectie van het bovenste deel van het tractus genitalis, dysmenorroe, pijnlijke of gevoelige borsten, expulsiel van het systeem (volledig en partieel), afscheiding uit de geslachtsorganen. *Soms:* hirsutisme. *Zelden:* uterine perforatie. **Handelsvorm:** 1x1 IUS. **Nummer van de vergunning:** RVG 118462. **Vergunninghouder:** Bayer B.V., Energieweg 1, 3641 RT Mijdrecht. **Verdere informatie beschikbaar bij:** Bayer B.V., Energieweg 1, 3641 RT Mijdrecht, tel. 0297 280 666. **Afleveringsstatus:** U.R. **Datum goedkeuring/herziening van de SmPC:** 20 december 2016. **Versie:** januari 2017. Uitgebreide informatie (SmPC) is op aanvraag beschikbaar.



Kyleena®

Repatha® – evolocumab – verkorte productinformatie.

Samenstelling: Elke voorgevulde pen bevat 140 mg evolocumab in 1 ml oplossing. **Afleveringsvorm:** Verpakkingsgrootten met één of twee voorgevulde pennen. **Farmacotherapeutische groep:** overige anti-lipaeica. ATC-code: C10AX13. **Indicaties:** Hypercholesterolemie en gemengde dyslipidemie; Repatha is geïndiceerd voor gebruik bij volwassenen met primaire hypercholesterolemie (heterozyoot familiäre en niet-familiäre) of gemengde dyslipidemie als toevoeging aan een dieet: in combinatie met een statine of een statine met andere lipidenverlagende behandelingen bij patiënten die hun LDL-C-doel niet bereiken met een maximaal verdraagbare dosis van een statine, of alleen of in combinatie met andere lipidenverlagende behandelingen bij patiënten die statines niet verdragen of bij wie een statine is gecontra-indiceerd. **Homozygote familiäre hypercholesterolemie:** Repatha is geïndiceerd voor gebruik in combinatie met andere lipidenverlagende behandelingen bij volwassenen en jongeren van 12 jaar en ouder met homozygote familiäre hypercholesterolemie. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** **Nierfunctiestoornis:** Patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis (gedefinieerd als eGFR < 30 ml/min/1,73 m²) zijn niet onderzocht. Repatha moet met voorzichtigheid worden toegepast bij patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis. **Leverfunctiestoornis:** Bij patiënten met een matig ernstige leverfunctiestoornis, werd een vermindering van de totale blootstelling van evolocumab opgemerkt die zou kunnen leiden tot een verminderd effect op de LDL-C-verlaging. Daarom kan bij deze patiënten een nauwkeurige controle noodzakelijk zijn. Patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis (Child-Pugh-klasse C) zijn niet onderzocht. Repatha moet met voorzichtigheid worden toegepast bij patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis. **Overige:** De naaldbeschermers van de glazen voorgevulde pen is gemaakt van droog natuurlijk rubber (een derivaat van latex), dat allergische reacties kan veroorzaken. **Bijwerkingen:** Vaak: influenza, nasofaryngitis, infectie van de bovenste luchtwegen, huiduitslag, misselijkheid, rugpijn, artralgie, reacties op de plaats van injectie. *Soms:* urticaria. **Aflevering en vergoeding:** U.R. Repatha wordt volledig vergoed. Voor prijzen zie Z-index. Gebaseerd op SmPC februari 2017. Amgen B.V. Minervum 7061, 4817 ZK te Breda, tel. 076-5732500.

Zie voor meer informatie de geregistreerde productinformatie. Deze productinformatie wordt regelmatig aangepast. Voor de meest recente versie van de productinformatie verwijzen wij u daarom naar de website van de European Medicines Agency (EMA) www.ema.europa.eu.

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Alle vermoedelijke bijwerkingen dienen te worden gemeld.

Referenties: 1. Nicholls SJ, et al. JAMA. 2016;316(22):2373-2384. 2. SmPC Repatha®, februari 2017. 3. Robinson JG, et al. JAMA. 2014;311:1870-1883. 4. Stone NJ, et al. J Am Coll Cardiol. 2014; 63: 2889-2934. 5. Raal FJ, et al. Lancet. 2015;385:331-340. 6. Stroes E, et al. J Am Coll Cardiol. 2014;63:2541-2548. 7. EPAR Repatha®, juli 2015.

AMGEN®
Cardiovascular

Repatha®
(evolocumab)

Ook in VS moet 'het roer' om

Uit een *position paper* van het gezaghebbende American College of Physicians blijkt dat in de Verenigde Staten de kosten van bureaucratie in de zorg enorm zijn, zowel in termen van tijd als in geld. Recent publiceerde *Annals of Internal Medicine* hierover.^{1,3} De discussie 'Het roer moet om' speelt behalve in Nederland dus ook in andere landen. Amerikaans onderzoek naar de effectiviteit van papierwerk leverde weinig resultaten op, al vond men wel negatieve effecten. Een *framework* is opgezet om zinloze administratie binnen de perken houden.

ZINLOZE ADMINISTRATIE BEDWINGEN

De auteurs schreven de *position paper* aan de hand van (literatuur)onderzoek. Daarna zetten zij een *framework* op om administratieve taken te kunnen beoordelen, aanpassen of afschaffen. Uit de review bleek dat Amerikaanse artsen gemiddeld drie tot negen uur per week aan administratie besteden. De totale administratiekosten lagen tussen \$ 68.000 en 85.000 per fte arts. Dit is anderhalf tot twee keer het gemiddelde inkomen van de Amerikaanse burger. Amerikaanse zorginstellingen besteden 10 tot 14% van hun budget aan administratie. Ongeveer vijf zesde van de kosten werd buiten zorginstellingen gemaakt door bijvoorbeeld verzekeraars en accrediteringsorganisaties. De totale kosten voor de VS worden geraamd op 300 tot 500 miljard dollar per jaar. Ter vergelijking: dit is tien tot vijftien keer het bedrag dat zij uitgeven aan ontwikkelingssamenwerking.

Voor de ontwikkeling van een model waarmee zinloze administratie kan worden bedwongen keken onderzoekers naar de doelstellingen van bureaucratische processen. Zowel de intentie als de effectiviteit van registratie worden meegewogen in het al dan niet afschaffen ervan. Vanuit diverse bronnen zijn de doelstellingen zeer verschillend. Administratieve belasting kan van buiten de zorg komen (overheid, verzekeraar) of van binnen de zorg. Het doel van de administratie loopt uiteen van verrichtingenregistratie tot kwaliteitsverbetering, van fraudepreventie tot onderlinge gegevensuitwisseling, of tot handelingen die geen enkel doel lijken te dienen. Allemaal zaken die voor ons herkenbaar zijn dus.

ADMINISTRATIE VERSUS PATIËNTENZORG

De kosten en de intenties van de bureaucratie zijn hiermee duidelijk, maar wat zijn de effecten? Ondanks de enorme kosten is het onduidelijk of de beoogde positieve effecten ook worden bereikt. Daarentegen lijken administratieve taken ten koste te gaan van de patiëntenzorg omdat hulpverleners noodgedwongen hun beschikbare tijd tussen beide taken moeten verdelen. Verder rapporteerden onderzoekers negatieve effecten op het werkplezier en op de gezondheid van artsen (vooral een hoger risico op burnout).



Foto: Shutterstock

Amerikanen zetten een *framework* op om zinloze administratie te beperken.

FRAMEWORK ALS BEHEERSINGSINSTRUMENT

Op basis van deze bevindingen formuleerden onderzoekers een *framework* om de bureaucratie te beheersen; die bestaat uit een aantal vragen bij nieuwe of bestaande administratieve taken. Wat zijn mogelijke negatieve effecten op de zorg? Wat zijn de kosten van de registratie? Zijn alternatieven mogelijk? Levert het daadwerkelijk resultaat op? Ook administratieve richtlijnen die deze test doorstaan hebben licht je regelmatig op deze manier door. Het is een plezier om dit *framework* te lezen, niet alleen omdat deze stap voor stap zo vanzelfsprekend en onweerlegbaar is vanuit het perspectief van de premiebetaler, maar ook omdat de verantwoordelijkheid bij de bron van de bureaucratie wordt gelegd. Voor de duidelijkheid: het gaat hierbij nog niet om feitelijk beleid, maar om een advies aan beleidsmakers.

ROL PATIËNTENORGANISATIES

Dit artikel biedt een onderbouwing van de oproep die mijn medeauteurs en ik in oktober 2016 in dit blad deden. De focus op de patiënt en de aandacht voor wetenschappelijke evaluatie van de (waarschijnlijk vooral negatieve) effecten op de zorg zijn belangrijk. Zolang niet duidelijk is dat de administratie de zorg verbetert (zoals bestuurders, op zoek naar transparantie, hopen) en er wel duidelijke aanwijzingen zijn voor schade aan de zorg, zijn deze kosten maatschappelijk niet te verdedigen. De vraag is ook of patiëntenorganisaties niet veel krachtiger stelling moeten nemen in deze kwestie, omdat zij een belangrijk deel van de zorgpremie in registraties zien verdwijnen en dit ook nog eens ten koste lijkt te gaan van tijd in de spreekkamer. ■

LITERATUUR

- 1 Erickson SM, Rockwern B, Koltov M, McLean RM. Putting patients first by reducing administrative tasks in health care: a position paper of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017;166:659-61.



Robert Willemsen, Karen Konings

ECG-casus 'Een dame op leeftijd'

Casus

Patiënt: Vrouw, 97 jaar, vitaal, zelfstandig wonend.

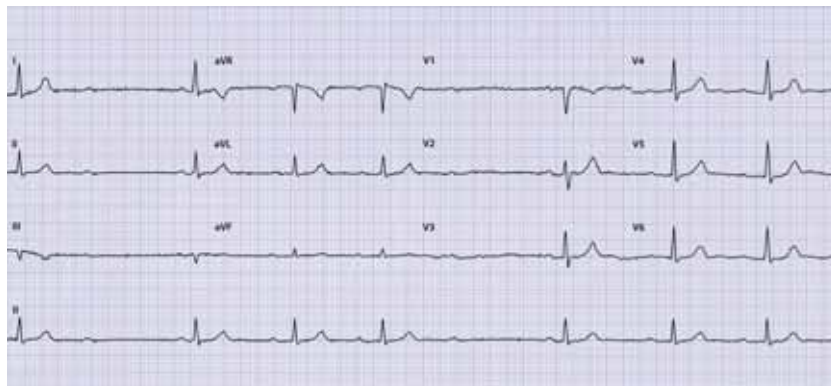
Voorgeschiedenis: Paroxysmale AVNRT, 32 jaar geleden.

Medicatie: Metoprolol MGA 1 x 100 mg, verapamil MGA 1 x 180 mg.

Anamnese: Sinds drie dagen vermoeid, zit het liefst in de stoel, terwijl ze gewend is dagelijks naar buiten te gaan. Ze is wel lopend naar de praktijk gekomen.

Lichamelijk onderzoek: Tensie 148/80 mmHg. Pols 44/min irregulier. Hart en longen zonder afwijkingen.

ECG



OPGAVE

De huisarts denkt dat de bradycardie de oorzaak van de klachten is en maakt een ECG om de oorzaak van de trage hartfrequentie te achterhalen.

1. Beschrijf het ECG systematisch volgens ECG-10+.¹
2. Wat is uw beleid?

Het juiste antwoord staat op www.henw.org/oplossingcasus. ■

LITERATUUR

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

Uw diagnose

Een 12-jarig meisje heeft sinds langere tijd een klein bultje bij het rechteroor waar regelmatig purulente, stinkende afscheiding uit komt. Wat is uw diagnose?

- a. Chondrodermatitis
- b. Pre-auriculaire sinus
- c. Cellulitis
- d. Atheroomcyste



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



Foto: Annemieke Hemke-Derks, huisarts-in-opleiding

Fotoquiz van de maand
augustus

Foto's gezocht

Ziet u ook een bijzondere aandoening op het spreekuur? Denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's, liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Stuur uw foto naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'.

SERIEUZE KRITIEK OP DE GGZ

PC Gøtzsche. Dodelijke psychiatrie en stelselmatige ontkenning. Rotterdam: Lemniscaat, 2017. 464 pagina's. Prijs: € 24,95. ISBN 978-90-477-0841-4.

Dit boek richt zich op patiënten, huisartsen en psychiaters. Peter Gøtzsche, hoogleraar en medeoprichter van de Cochrane Collaboration, schaarst zich in de rij van serieuze systeemcritici van de ggz. Als EBM-voorman is zijn geluid nieuw in het koor van ggz-critici. In polemische taal beschrijft hij in zeventien hoofdstukken vooral het medicamenteuze beleid. Hij noemt de meeste psychotrope medicatie ineffectief en somt serieuze bijwerkingen op. Andere voor de huisarts relevante punten: de irrationaliteit van psychodiagnostiek en classificatie, de misleidende invloed van de farmaceutische industrie, de voorlichting door huisartsen moet uitgebreider ('SSRI's verslavend') en de schade door farmaca ('psychofarmaca derde doodsoorzaak'). Zijn met literatuur ondersteunde



kritiek diskwalificeert onze huidige ggz, van hoogste beleidsmakers (EMA en FDA), via richtlijnmakers tot de medicus practicus. Hij diskwalificeert ook onze ggz-praktijk van diagnose tot behandeling.

De kritiek staat ver af van de ggz-praktijk en is alleen gebaseerd op literatuur. Dat EBM ook plek inruimt voor praxis en phronesis ontbreekt bij de internist Gøtzsche. Een groot probleem is dat zijn vergaande kritiek het veld handelingsverlegen maakt. Hoe zou bijvoorbeeld een ggz zonder psychotrope medicatie eruitzien, zoals hij voorstaat? Toch is Gøtzsche goed gedocumenteerd en stelt hij goede vragen. 1. Bestaat er in de ggz een (on)acceptabele kloof tussen evidence en praxis? 2. Achten we de rol van de farmaceutische industrie op professionele gronden acceptabel? 3. Moet er meer kwantitatieve helderheid komen over bijwerkingen zoals valrisico (verhoogd risico op mortaliteit) en suïciderisico's?

Als medicus practicus volgen we onze richtlijnen, die Gøtzsche's kritische overwegingen allang benoemen. Onze richtlijnmakers kunnen mijns inziens zijn waardevolle literatuur meewegen. Als medeschrijver aan een ggz-zorgstandaard sta ik daar nog pal achter, ook na het lezen van Gøtzsches boek. Houden onze ggz-standaarden en -richtlijnen stand onder Gøtzsches kritiek? Grotendeels wel, denk ik.

Sicco Steenhuisen, kaderhuisarts ggz

Waardering: ●●

MOOI RECEPTENBOEK VOOR MANTELZORGERS

Grijpma M, Jager I. Klein geluk voor de mantelzorger. Utrecht: AnkhHermes, 2016. 190 pagina's. Prijs: €17,50. ISBN 978-90-202-1320-1.

Dit 'receptenboek' is in eerste instantie bedoeld voor mantelzorgers en daarnaast geschikt voor ondersteuners van mantelzorgers, zoals huisartsen.

In Nederland zijn er ongeveer vier miljoen mantelzorgers, waarvan 10 tot 17% overbelast is. De meeste mantelzorgers hebben er niet voor gekozen die taak op zich te nemen. Vaak wordt een mantelzorger in een bepaalde situatie gezogen en zit hij of zij plotseling met allerlei nieuwe zorgen en verantwoordelijkheden. Die nieuwe rol kan dankbaar en uitdagend zijn, maar kan de mantelzorger ook opslokken en uitputten. Dit boek wil die mantelzorger 'klein geluk' bieden. Het staat vol positieve 'recepten' die mantelzorgers inzichten, handvatten (boektitels en nuttige websites) en direct toepasbare werkvormen bieden om hun balans te behouden of te hervinden. De recepten zijn onderverdeeld in zeven categorieën waaraan een mantelzorger behoefte kan hebben: rust, ontspanning, steun, energie, inzicht, vrolijkheid en contact.

In de categorie 'steun' staat bijvoorbeeld het hoofdstukje 'Je huisarts, je bondgenoot' met concrete tips om direct toe te passen, plus websites en literatuur om verder te lezen.

Huisartsen proberen zowel de patiënten als hun mantelzorgers zo goed mogelijk te begeleiden. Toch valt het voor een huisarts niet altijd mee om meer te doen voor de mantel-



zorgers dan luisteren en begrip tonen. Dit boek is een mooie aanvulling op de begeleiding van mantelzorgers door de huisarts: het biedt de mantelzorger allerlei concrete suggesties om zelf actief mee aan de slag te gaan (zelfmanagement/psycho-educatie). Het boek is fraai uitgevoerd, gebruiksvriendelijk en plezierig leesbaar. Het is een aanrader voor

iedereen die zelf mantelzorgt of mantelzorgers professioneel ondersteunt. Huisartsen kunnen een inkijkexemplaar in de wachtkamer leggen, en/of het boek gericht aanraden aan mantelzorgers in de praktijk.

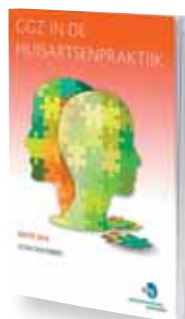
Willemjan Slort

Waardering: ●●●●

GGZ IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

E Oosterberg. GGZ in de huisartsenpraktijk. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2016. 275 pagina's. Prijs: € 45,71 (NHG-leden, aios, poh-ggz: € 32,00). ISBN 978-90-5793-263-2.

Dit boek richt zich op de huisarts en poh-ggz. De auteur beschrijft eerst de organisatie hiervan: *basisaanbod* voor veelvoorkomende klachten (angst, depressie, slaapproblemen, stress, etc.). Daarna beschrijft zij het *aanvullend aanbod* voor chronisch psychiatrische patiënten in een stabiele fase, mensen in de maatschappelijke opvang, zorg voor vluchtelingen met kans op post-traumatische stressstoornis (ptss) en bepaalde groepen allochtonen met ernstige aanpassingsstoornissen. Onder het *bijzonder aanbod* valt bijvoorbeeld gezinstherapie en seksuologie. Het team van huisarts en poh-ggz wordt uitgebreid beschreven met ieders rollen en taken en ook de onderlinge samenwerking komt hierbij aan bod. Ook de samenwerking met gemeente en consultatie van en verwijzing naar gb-ggz en s-ggz worden uitgewerkt. Dit deel biedt praktische handvatten voor het maken van onder-



linge afspraken. Vervolgens wordt het zorgproces uitgewerkt met de beschrijving van de volgende onderdelen: signaleren, diagnostiek, evaluatie en behandeling. Onder het laatste vallen voorlichting, zelfhulp en terugvalpreventie.

Per klacht worden de mogelijke interventies in de huisartsenpraktijk uitgewerkt, zoals activiteitenplanning, mindfulness en cognitieve gedragstherapeutische technieken.

De themahoofdstukken beschrijven het beleid voor depressie, angst, solk, problematisch alcoholgebruik, slaapproblemen, benzodiazepinegebruik, ernstige psychiatrische aandoeningen en suïcidepreventie.

Het boek is prettig leesbaar en bevat per onderdeel een concrete uitwerking van aandachtspunten. Alleen het onderdeel preventie blijft beperkt tot de beschrijving van het signaleren.

Deze uitgave is goed bruikbaar als bouwsteen voor de samenwerking tussen huisarts en poh-ggz. Daarnaast bevat het een schat aan informatie over patiëntengroepen met bepaalde klachten of aandoeningen. Het pallet van diagnostische en therapeutische mogelijkheden biedt tegelijkertijd mogelijkheden voor verdere scholing van zowel huisarts als poh-ggz.

Richard Starmans

Waardering: ●●●●●

PSYCHOSOCIALE ZORG IN DE ONCOLOGIE

M van der Linden, J Hoekstra-Weebers, A de Graeff, F Mathot (red.). Psychosociale zorg in de oncologie. Een praktijkboek voor dokters. Utrecht: De Tijdstroom, 2016. 373 pagina's. Prijs: € 48. ISBN 978-90-5898-299-5.

De ondertitel vermeldt dat het een praktijkboek is, bedoeld voor dokters. Gezien de thema's en casuïstiek lijkt het bedoeld voor een bredere doelgroep, onder wie psychologen en (oncolo-gisch) verpleegkundigen.

Dit boek besteedt aandacht aan een breed scala aan psychosociale aandachtsgebieden in de zorg voor patiënten met en na behandeling voor kanker. In een vijftal hoofdstukken gaat het over zaken als het signaleren van distress, het detecteren van behoefte aan zorg en psychologische interventiemogelijkheden. De overige hoofdstukken zijn ingedeeld op thema: communicatie, klachten en symptomen, familie en kanker, leven met de gevolgen van de ziekte en de behandeling, existentiële problematiek en zorg voor de zorgenden. In al deze thematische hoofdstukken wordt casuïstiek gepresenteerd.

De casuïstiek maakt het zeker tot een praktijkboek, maar sommige auteurs lijken wat zoekend tot wie ze zich richten; zo wijzigt de aangesproken hulpverlener in hoofdstuk 12 ongemerkt van chirurg in psycholoog. Inhoudelijk reiken



diverse hoofdstukken verder dan het psychosociale domein, zoals het epidemiologiehoofdstuk en het hoofdstuk over vruchtbaarheid, dat ook medische informatie over fertiliteitspreservatie bevat. Zonder dat dit hoeft te verbazen zijn vooral de hoofdstukken over communicatie ook relevant en bruikbaar voor de niet-oncologische zorg. Zorgverleners worden niet alleen aangesproken op hun

verantwoordelijkheid voor het repareren van eventuele kinken in de communicatieve kabel, maar krijgen ook praktische handvatten hoe dat te doen. Bij de terechte aandacht voor existentiële problematiek, met ook daarbij concrete suggesties om de communicatie hierover op gang te brengen, is het hooguit jammer dat existentiële zorgen exclusief gekoppeld lijken te worden aan levenseindeproblematiek. Dat ook de zorg voor de zorgenden aan bod komt, is mooi. Het boek geeft bijvoorbeeld concrete handvatten om een burn-out tegen te gaan. Al met al is het een mooi vormgegeven, ook voor huisartsen lezenswaardig boek. Omdat het zowel qua doelgroep als inhoud breder is dan de titel doet vermoeden, mist het helaas wel een duidelijke focus.

Gerda van der Weele

Waardering: ●●●

zeer matig ●●
 matig ●●●
 redelijk ●●●●
 goed ●●●●●
 uitstekend ●●●●●●

ANAMNESE VAN DE HUISARTS

J Jansen, P Peijnenburg. *Onder doktoren. Luisteren naar de huisarts*. Utrecht: De Tijdstroom, 2017. 265 pagina's. Prijs: € 24,00. ISBN 978-90-5898-311-4.

Dit boek richt zich op huisartsen (met name in opleiding), medisch studenten, beleidsmakers huisartsenzorg, patiënten en mensen uit de mediawereld.

De omgekeerde wereld: twee journalistiek geschoolde patiënten nemen nu eens de huisarts een anamnese af. Een soort 'Kijken in de ziel'. De auteurs ondervroegen veertig huisartsen, van net begonnen tot inmiddels gestopt, van landelijk praktiserend tot werkzaam in een achterstandswijk. Zij legden alle huisartsen dezelfde stellingen voor, bijvoorbeeld: 'Marktwerving fnuikt de gezondheidszorg', 'Nog meer stress en ik kan zelf naar de dokter' of 'Als u beter wilt worden, moet u doen wat ik zeg'. De auteurs rubriceerden de gevarieerde, niet-verbloemde



antwoorden in overzichtelijke, soms wat overlappende hoofdstukken als 'Paal en perk', 'De dokter is ook maar eens mens' of 'Toch is er geen mooier vak'.

Hoe ervaart de Nederlandse huisarts zijn vak? 'Ik kan een patiënt vaak niet beter maken, maar zich wel beter laten voelen,' aldus een van hen. Een ander: 'De huisartspraktijk is de ideale biotoop om je als mens te ontwikkelen'. Je zou dit boek met enige fantasie een kwalitatief onderzoek kunnen noemen, naar het niet medisch-inhoudelijke deel van het vak. Naast de variaties in uitoefening is er ook een grootste gemene deler. De jarenlange ervaring als meerwaarde voor de continuïteit van zorg komt in veel hoofdstukken aan bod. Voor de gelauwerde huisarts biedt dit boek herkenning. Voor de haio is het een must vanwege het overzicht van variatie in praktijkvormen en visie. Voor medisch studenten biedt het een eerlijk beeld van wat hen als huisarts – buiten het medisch-inhoudelijke – ook te wachten staat. Voor beleidsmakers uit de politiek, overheid en verzekeraars die huisartsen in hun pakket hebben is het boek verplichte kost om uitglijders – zoals de IGZ bij huisarts Nico Tromp in Tuitjenhorn – te voorkomen. ■

Ben Crul

Waardering: ●●●●

BEELDDE SCÈNES VAN EEN DORPSDOKTER

EJ den Drijver. *Dokter zelf. Verhalen uit een plattelandspraktijk*. Rotterdam: 2010 Uitgevers BV, 2017. 176 pagina's. Prijs: € 17,50. ISBN 978-94-90951-39-9.

Dokter zelf is bestemd voor huisartsen, praktijkassistenten en praktijkondersteuners. Op de achterflap staat: 'In *Dokter zelf* beschrijft Evert den Drijver alledaagse en bijzondere voorvallen uit zijn huisartsenpraktijk op het Friese platteland. Het zijn geestige, maar soms ook heel ontroerende verhalen over allerlei gebeurtenissen en eigenaardigheden die in zijn lange loopbaan als huisarts zijn voorgevallen.' De inhoud van het boek maakt deze beschrijving helemaal waar. In 95 hoofdstukjes van soms maar een halve pagina schetst Den Drijver herkenbare situaties, handelingen en voorvallen die zich in ruim dertig jaar in zijn huisartsenpraktijk hebben voorgedaan. Het knappe is dat de auteur alle onnodige



details weglaat. In pakkende zinnen weet hij de essentie van een voorval bondig te schetsen. Zo ontstaan er ruim negentig korte scènes waarin hij snel in- en uitzoomt op gebeurtenissen en dat doet hij in een leesbare stijl, ook voor leken. Het boek schetst tevens de recente geschiedenis en de snelle ontwikkelingen in de samenleving en in de huisartsenpraktijk.

Het boek levert ongetwijfeld herkenning op voor de oudere lezer, en wellicht verbazing bij de jongere generatie huisartsen. Het boek is ook aan te bevelen voor praktijkassistenten en praktijkondersteuners. ■

André Haverkort

Waardering: ●●●●

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1a

Loots FJ, Prins AM, Tjan DHT, Koekoek WAC, Hopstaken RM, Giesen P.
Herkenning van sepsis bij volwassenen. Huisarts Wet 2017;60(8):400-3.

2a

Loots FJ, Prins AM, Tjan DHT, Koekoek WAC, Hopstaken RM, Giesen P.
Herkenning van sepsis bij volwassenen. Huisarts Wet 2017;60(8):400-3.

3a

Loots FJ, Prins AM, Tjan DHT, Koekoek WAC, Hopstaken RM, Giesen P.
Herkenning van sepsis bij volwassenen. Huisarts Wet 2017;60(8):400-3.

4b

Loots FJ, Prins AM, Tjan DHT, Koekoek WAC, Hopstaken RM, Giesen P.
Herkenning van sepsis bij volwassenen. Huisarts Wet 2017;60(8):400-3.

5b

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

6d

Loots FJ, Prins AM, Tjan DHT, Koekoek WAC, Hopstaken RM, Giesen P.
Herkenning van sepsis bij volwassenen. Huisarts Wet 2017;60(8):400-3.

7b

Loots FJ, Prins AM, Tjan DHT, Koekoek WAC, Hopstaken RM, Giesen P.
Herkenning van sepsis bij volwassenen. Huisarts Wet 2017;60(8):400-3.

8c

Gieteling MJ, Van Dijk PA, De Jonge AH, et al. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. Huisarts Wet 2012;55(9): 404-9.

Heymans HSA, Derksen-Lubsen G, Draaisma JMTf, Van Goudoever JB, Nieuwenhuis EES (red.). Leerboek kindergeneeskunde. Utrecht: De Tijdstroom, 2015: 360-1, 485.

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

Huisarts en Wetenschap

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

Redactie

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

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

Redactiesecretariaat

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

Aan dit nummer werkten mee: Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie) en Margot Scheerder (beeldredactie).

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Advertenties

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

Abonnementen

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

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.
Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon: 030-6383736. Bij wijziging van de tennaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact

Voorwaarden

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

© 2017
ISSN 0018-7070

Context en nabijheid

Soms moet je afstand nemen om dichterbij te komen. We zaten eind juni met meer dan 200 huisartsen en aios in Praag, samen met nog 2.000 collega's uit alle Europese landen, op het jaarcongres van de WONCA, de wereldkoepelorganisatie van huisartsenorganisaties. Een mooie gelegenheid om kennis en ervaringen uit te wisselen met buitenlandse collega's. Maar ook een uitgelezen kans voor contact met de Nederlandse collega's onderling.

Al een aantal jaren organiseert de Werkgroep Europese samenwerking (WES) van de Landelijke Organisatie



van Aspirant Huisartsen (LOVAH) samen met Huisartsopleiding Nederland discussiebijeenkomsten voor aios en opleiders.

In een discussie over wetenschap toepassen bleek dat aios veelal dachten dat ze van hun opleiders richtlijnen vooral zo veel mogelijk moesten volgen. Mijn standpunt mag intussen bekend zijn: het is essentieel om de richtlijn te kennen of beschikbaar te hebben zodat je, rekening houdend met de context en samen met de patiënt, tot het beste behandelvoorstel kunt komen. Daarin zijn standaarden dus niet heilig. Toen in juni het rapport *Zonder context geen bewijs* van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) verscheen, was de reactie: we zouden richtlijnen moeten loslaten en de onzekerheid moeten omarmen. Echter, niet nihilisme is het alternatief voor strikt toepassen van richtlijnen, maar goed en geïnformeerd nadenken. Ook ik hing als huisarts in opleiding aan de inhoud van richtlijnen. Maar academici zijn meer dan uitvoerders van protocollen: kennis uit verschillende bronnen integreren we met contextvariabelen tot de beste input voor een gedeeld besluit. Hét moment voor uitgebreide aandacht hiervoor lijkt mij het leergesprek met de opleider. Dat is het moment om dichterbij elkaar te komen.

Rob Dijkstra

Blended learning Huidafwijkingen

Sinds juni 2017 is er de nieuwe NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen over de meest voorkomende vormen van huidkanker en premaligne huidafwijkingen. Om zowel de theorie als de vaardigheden te scholen, is een blended learning ontwikkeld: een mengeling van e-learning en scholing op locatie. Deze blended learning bestaat uit twee e-learningmodules met extra veel filmmateriaal en een groepsnascholing om vaardigheden te oefenen.

De e-learningmodules zijn vanaf medio september 2017 gratis toegankelijk voor alle NHG-leden. Voor de groepsnascholing van deze NHG-Blended learning

(4 oktober en 1 november, Midden-Nederland) kunt u zich inschrijven via de agenda op nhg.org.



LESA Laboratoriumdiagnostiek



De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings-afpraak (LESA) Ratio-neel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek is vernieuwd. Deze LESA biedt richtlijnen voor de meest aangevraagde laboratoriumonderzoeken en voor de samenwerking tussen huisartsen,

klinisch chemici en artsen-microbiologen. De samenwerkingsafspraken zullen in de toekomst digitaal actueel gehouden worden bij herziening van andere richtlijnen. Meer informatie: zie www.nhg.org/lesalab.

31 OKTOBER 2017

NHG STIP-COLLEGE (MIDDEN-NEDERLAND)

VIJF NIEUWE STANDAARDEN IN ÉÉN AVOND!

Persoonsgerichte zorg en richtlijnen



Neal Maskrey, Keel University, Engeland

De stad Maastricht was vrijdag 16 juni het decor van een boeiende academische dag. Bijna tweehonderd gasten bezochten het sfeervolle Bonbonnièretheater voor het symposium 'Persoonsgerichte zorg in richtlijnen: contradictie of paradox?' Aansluitend sprak Jako Burgers, hoofd van NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap en sinds 2016 hoogleraar in Maastricht, zijn oratie uit in de nabijgelegen aula van de Universiteit Maastricht.

Hoogleraar patiëntgericht innovatie Jan Kremer van Radboudumc beet het spits af met een betoog over kwaliteit van zorg. Volgens Kremer zijn personaliseren, differentiëren en samen leren de belangrijkste trends in kwaliteit van zorg. Opvallend is dat er van het begrip kwaliteit geen gemeenschappelijke definitie blijkt te bestaan. Volgens Kremer verandert de definitie van kwaliteit van een statisch naar een dynamisch en vooral moreel concept. Kwaliteitsverbetering kunnen we dan ook alleen met elkaar tot stand brengen, met behulp van verschillende kennisbronnen en gedeelde waarden.

Ideologie of haalbare kaart

Persoonsgerichte zorg, wie kan daarop tegen zijn? Met deze retorische vraag begon huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde Henriëtte van der Horst haar lezing. De onderliggende vraag was of persoonsgerichte zorg een ideologie is, of een haalbare kaart. Er zitten haken en ogen aan de uitvoering van persoonsgerichte zorg, want de patiënt bij de zorg betrekken is soms gemakkelijker gezegd dan gedaan. Persoonsgerichte zorg is een haalbare kaart als we accepteren dat participatie, actieve keuzes en samen beslissen niet altijd mogelijk zijn, aldus Van der Horst. Zij benadrukte dat dit ook niet per definitie het grootste goed is. Volgens haar moeten we de verschillen in onze samenleving accepteren en respec-

teren en de tijd nemen om die te exploreren zodat we samen verder kunnen komen.

EBM en religie

Na de filosofische en ideologische insteek van de voorgaande sprekers volgde de pseudoreligieuze invalshoek van prof. dr. Bert Aertgeerts van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van KU Leuven. Geïnspireerd door een artikel van de Clinicians for the Restoration of Autonomous Practice (CRAP) Writing Group (*BMJ* 2002;325:1496) bepleitte hij op ironische wijze aan de hand van de tien geboden dat zowel artsen en zorgverleners als de patiënt gelijkkelijk kunnen beschikken over dezelfde evidence, zij het aangepast aan hun taal en specifieke opdracht. Aertgeerts is een voorstander van alle internationale en nationale databanken op één platform, voor iedereen toegankelijk, ongeacht dossiersysteem of achtergrond, maar wel aangepast aan de nationale context.

Leren converseren

Prof. dr. Neal Maskrey van de Keele University in Engeland sloot het symposium af met een oproep om goed te leren converseren. De kern van zijn betoog was dat, naast kennis, de conversatie tussen arts en patiënt essentieel is om tot een weloverwogen beslissing te komen. Conversaties kunnen de meest complexe problemen oplossen, meer data niet, aldus Maskrey. [AJ]

Oratie Jako Burgers



Aansluitend aan het symposium sprak dr. Jako Burgers zijn oratie uit tegenover een volle zaal NHG-collega's, vakgenoten, belangstellenden, vrienden en familie. Burgers is sinds juni 2016 hoogleraar *promoting personalised care in clinical practice guidelines* aan de Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, onderdeel van Care and Public Health Research Institute (CAPHRI). Burgers betoogde dat richtlijnen nodig zijn voor verantwoorde persoonsgerichte zorg in de praktijk. Met casuïstiek uit de huisartsenpraktijk demonstreerde hij voorbeelden van persoonsgerichte zorg waarbij richtlijnen weloverwogen worden gebruikt als hulpmiddel bij de gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt. De oratie terugkijken of nalezen kan via www.nhg.org/jburgers.

Ledenvergadering 60-jarige NHG

Visie Huisartsenzorg ouderen bekrachtigd

De algemene ledenvergadering (ALV) op 22 juni stond in het teken van 60 jaar Nederlands Huisartsen Genootschap en had daarom een feestelijk tintje. Een belangrijk agenda-punt was de NHG-Visie Huisartsenzorg voor ouderen. Te gast was socioloog, hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, en voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) Pauline Meurs. Zij gaf op inspirerende wijze haar mening over deze NHG-Visie.

Na een feestelijke ontvangst met dinerbuffet in Slot Zeist begon de algemene ledenvergadering met een aantal procedurele punten. Zo zijn de inhoudelijke en financiële jaarverslagen 2016 na een korte toelichting vastgesteld en stonden het sociaal jaarverslag en het jaarverslag van de NHG-verenigingsraad ter kennisgeving op de agenda. De verslagen gaven geen aanleiding voor vragen. Huisarts Christine van der Pol is herbenoemd als lid van de verenigingsraad en huisarts Josefin van Olmen is benoemd als lid van de Raad van Advies van *Huisarts & Wetenschap*. Ook is er een aantal NHG-Standaarden bekrachtigd: Miskraam, Aspecifieke lagerugpijn, Rectaal bloedverlies, Acne, Bacteriële huidinfecties en Verdachte huidafwijkingen; en de NHG-Behandelrichtlijnen Scabiës, Hyperhidrose, Reisziekte, Traumatische wonden en bijtewonden, Hidranenitis suppurativa en Tekenbeet en erythema migrans.

De leden hebben ingestemd met een nieuw contributiemodel na nog enkele adviezen gegeven te hebben voor de uitwerking. Zo is de leden gevraagd om na te denken over een andere naam voor de categorie Vrienden van het NHG en over manieren om aios te binden aan het NHG.

Visie op ouderenzorg

Jacobijn Gussekloo, voorzitter van een werkgroep bestaande uit huisartsen en een vertegenwoordiger vanuit de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en InEen, gaf een korte introductie op de visie Huisartsenzorg voor ouderen. De visie (voorheen NHG-Standpunt genoemd) is een ambitieuze be-

schrijving die als stip aan de horizon richting kan geven bij het verbeteren van passende zorg, werkbare zorg en toekomstige zorg voor ouderen. Met complimenten aan de werkgroep voor de heldere beschrijving hebben de leden deze visie bekrachtigd.

Discussie over ouderenzorg

NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra introduceerde na het procedurele deel van de ALV prof. dr. Pauline Meurs, voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), om te reflecteren op de NHG-Visie Huisartsenzorg voor ouderen. Meurs was erg te spreken over deze visie, die ook aansluit bij de onlangs verschenen rapporten van de Raad: "Op deze visie kan eigenlijk niemand tegen zijn. Maar ze is wel lief, misschien wel té lief", aldus Meurs. Volgens haar zijn er onderwerpen die schuren. Bijvoorbeeld de gevolgen van de paradigmaverschuiving van zorg zonder naar mét aanzien des persoons. Hoe geef je invulling aan meer regie bij de patiënt voor die 30% van de mensen die dat niet vanzelf kunnen? Is bij samenwerking wel voldoende duidelijk wat er wel en niet van de huisarts verwacht kan worden; weet de huisarts wel voldoende wat andere hulpverleners kunnen bieden? Die onderwerpen gaat het NHG samen met andere organisaties verder uitwerken in producten en diensten.



Pauline Meurs, voorzitter RVS

Visie waarmaken

De ledenraad van de LHV spreekt zich eind september uit over de NHG-Visie Huisartsenzorg voor ouderen. Het NHG biedt een samenhangend pakket dat de huisartsenpraktijk helpt om de ambitie in de praktijk waar te maken, zoals de onlangs verschenen LESA Zorg voor voor kwetsbare ouderen en de nieuwe NHG-Leergang Professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg. Zowel tijdens het verenigingsdeel als het inhoudelijke deel van de algemene ledenvergadering zijn goede discussies gevoerd die het NHG-bureau richting geven om de leden te kunnen vertegenwoordigen en ondersteunen. En daar doen we het voor. [LT]



“De adviezen die je inbrengt, zie je terug in je eigen dagelijkse praktijk”



Jean Muris

Naast een raad van toezicht en tweemaal per jaar de algemene ledenvergadering kent het NHG een verenigingsraad, die adviseert over het te voeren beleid. Jean Muris, huisarts en lid van de NHG-verenigingsraad, beschouwt zijn lidmaatschap van de verenigingsraad als “een bijzonder zinvolle én aantrekkelijke aanvulling op mijn dagelijks werk.”

Wat doet de Verenigingsraad precies?

“Het is een denktank met zo’n 25 leden, met wie bestuur en stafleden van het NHG kunnen sparren over

allerlei inhoudelijke onderwerpen. De bedoeling is dat er huisartsen uit alle provincies en van verschillend allooi in zitten: huisartsen in opleiding, fulltime huisartsen en een paar mensen zoals ik, verbonden aan een universiteit. Wij bespreken, gevraagd en ongevraagd, een grote diversiteit aan onderwerpen waarmee huisartsen in de dagelijkse praktijk te maken hebben en brengen daarover advies uit aan het NHG.”

Hoe vaak komen jullie bij elkaar?

“Zo’n zesmaal per jaar komen we samen in de Domus [Medica, een groot pand dat veel gezondheidszorgorganisaties huisvest]. Namens het bestuur is Rob Dijkstra hierbij aanwezig. Het is allereerst een laagdrempelige en open vorm van uitwisseling. Maar je moet niet denken aan saaie vergaderingen en gepolder. De sfeer is altijd uitstekend en de werkvormen zijn aantrekkelijk, vaak interactief. Soms liggen de tafels vol met grote vellen waarop je kruisjes moet zetten, of je voert discussies in kleine groepen. Telkens zijn er twee leden aan de beurt om een onderwerp voor te bereiden. Eens per jaar hebben we een themamiddag op een mooie plek in Nederland, met gastsprekers en workshopachtige activiteiten. Dit jaar was het thema laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden in de

praktijk, oftewel: hoe ga je om met mensen die jouw adviezen niet eens begrijpen? Heel nuttig!”

Wat brengt het jou als lid?

“Ik vind het erg leuk, inspirerend en vooral zinvol om al die verschillende huisartsen te ontmoeten: huisartsen in opleiding, onderzoekers van de vakgroepen huisartsgeneeskunde en vooral ook de huisartsen die veel in de praktijk zijn. Het is zo leerzaam om met elkaar in de breedte te praten over het vak en even te ontsnappen aan dat tienminutenmodel van consulten draaien. Onze bijeenkomsten verlopen altijd in een enorm aangename flow: we hebben heel gepassioneerde discussies over normen, waarden, ethiek en de organisatie van de gezondheidszorg. En het mooiste is natuurlijk om een tijdje later te zien dat er met jouw input daadwerkelijk iets gedaan is. We hebben echt invloed op het beleid, want het NHG luistert naar ons. Je ziet dan bijvoorbeeld dat er een nascholing is opgezet over je eigen onderwerp. In een ander geval staat er een artikel over op de website of op Thuisarts.nl, zodat alle huisartsen – en ook cliënten – er hun voordeel mee kunnen doen. Wat je inbrengt zie je met andere woorden terug in je eigen dagelijkse praktijk, je krijgt *return on investment*.”

Wat is een recent wapenfeit van de Verenigingsraad?

“We hebben onlangs advies uitgebracht over de kaderopleidingen. De uitwisseling daarover was buitengewoon zinvol, vooral met het oog op onderlinge samenwerking. De themamiddag van twee jaar terug, met een workshop van

Machteld Huber over ‘positieve gezondheid’, was ook invloedrijk. Daarvan zie je in het land nu veel effecten. Verschillende opleidingen voor praktijkverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en praktijkondersteuners nemen dat principe nu mee in hun onderwijsaanbod. De oude definitie van de WHO, ‘gezondheid is de afwezigheid van ziekte’, maakt daarmee steeds meer plaats voor haar visie: gezond ben je als je mét je beperkingen op een goede manier kunt functioneren. Voor huisartsen betekent dit een meer persoonsgerichte benadering van de patiënt.”

Kan iedere huisarts zich aanmelden voor de Verenigingsraad?

“Ja, al is er wel een selectieprocedure. Wat mij betreft zijn vooral huisartsen die veel in de praktijk werken erg welkom. En het is natuurlijk handig als je behoorlijk mondig bent en graag voor je mening uitkomt.” [TV]

Jean Muris is bijzonder hoogleraar Astma en COPD in de eerste lijn en afdelingshoofd van de vakgroep huisartsgeneeskunde aan de Universiteit Maastricht. Daarnaast is hij parttime werkzaam als huisarts in Geulle.

Word ook lid van de Verenigingsraad

Wilt u ook actief worden in de NHG-verenigingsraad? Neem dan contact op met Anika Corpeleijn via a.corpeleijn@nhg.org. Kritische en betrokken leden kan de verenigingsraad goed gebruiken. Meer informatie vindt u op: www.nhg.org/verenigingsraad.

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

Eindredactie
Ellen Olbers, Susan Umans.

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

Bijdragen
Tanja Veenstra.

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.

NIEUW!

WONDZORG IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

3^E EDITIE!

Het boek biedt u als huisarts of als de praktijk-medewerker optimale ondersteuning bij het behandelen van acute en complexe wonden.

Bevat meest actuele inzichten uit NHG-behandelrichtlijn Traumatische wonden en bijtonden

Bestellen?

U kunt het boek 'Wondzorg in de huisartsenpraktijk' inclusief e-book nu in de webwinkel op nhg.org/winkel bestellen.



nederlands huisartsen
genootschap



LEDENPRIJS
€ 28,00

NIET-LEDEN
€ 40,00

TIP!

INCLUSIEF PRAKTISCH E-BOOK!

Heel handig om snel en makkelijk een wond op te zoeken op uw smartphone en te kijken wat de behandeling is.



REPATHA[®] INTRODUCEERT ONGEËVENAARDE LDL-C VERLAGING²⁻⁶

KRACHTIG EN VOORSPELBAAR

- + In de GLAGOV-studie geeft Repatha[®] een krachtige en aanhoudende LDL-c verlaging. Als gevolg hiervan wordt bij 64% van de patiënten regressie van coronaire atherosclerose gezien^{1,4}

VEILIG

- + Veiligheidsprofiel vergelijkbaar met (placebo) controlegroepen^{1,7}

EENVOUDIG

- + Eén dosering, elke twee weken via een patiëntvriendelijke SC-toediening met de SureClick[®] auto-injector²