

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

De prognose van buikpijn bij kinderen

ONDERZOEK

Preventie van diabetes en hart- en vaatziekten

NHG-STANDAARD

Delier

170

ONDERZOEK**De prognose van buikpijn bij kinderen***Yvonne Lisman-van Leeuwen, Leo Spee, Marc Benninga, Sita Bierma-Zeinstra, Marjolein Berger*

174

BESCHOUWING**Preventie van diabetes en hart- en vaatziekten***Corine den Engelsens, Philippe Salomé, Guy Rutten*

180

Eerste keus bij hypertensie: chloortalidon of hydrochloorthiazide?*Eric Lambermon, Kirsti Jakobs, Joukje van Merkestein, Mascha Gesthuizen, Andrew Oostindjer*

184

NHG-STANDAARD**Delier (eerste herziening)***Wietze Eizenga, Paul Dautzenberg, Just Eekhof, Ton Scholtes, Marleen van Venrooij, Monique Verduijn, Tjerk Wiersma, Jako Burgers, Gerda van der Weele*

183

PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE**Systematische review***Hans van der Wouden*

194

HUISARTSENZORG IN CIJFERS**Delier en palliatieve sedatie***Gé Donker, Christel van Dijk*

195

(VER)STAND VAN ZAKEN**Bekkenbodemp Problemen en seksueel functioneren***Chantal Panman*

196

NASCHOLING**Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk***Lia Chan, Robert Willemsen, Karen Konings*

202

Motiverende gespreksvoering*Chris Rietmeijer*

201

CASUÏSTIEK**Perianale roodheid, niet altijd een mycose***Pim Doppen*

206

KLINISCHE LES**Morele dilemma's op de SEH***Rieneke Feenstra, Tanja Schuur, Ewoud ter Avest*

210

KLEINE KWAAL**Bewegingsziekte***André Verheij, Arie Knuistingh Neven, Just Eekhof*

216

IMPORT**Antibiotica bij rugpijn?***Jan Mens*

217

Een screeningsinstrument voor slaapstoornissen*Arie Knuistingh Neven*

218

CATS**Tamsulosine voor vrouwen met mictieklachten?***Stefanie van Saarloos, Janneke Belo*

219

PEARLS**Cognitieve gedragstherapie bij fibromyalgie***Madelon den Boeft*

167

JOURNAAL

209

BOEKBESPREKING

212

INTERVIEW

179, 214

COLUMNS

215

KENNISTOETS

220

COLOFON HG&W

13

HET NHG

ECG's in de huisartsenpraktijk

De meeste huisartsen hebben een ECG-apparaat tot hun beschikking, of anders de mogelijkheid een ECG te laten maken door een klinisch laboratorium in de nabijheid. Dit biedt mogelijkheden.

Maar welke mogelijkheden precies? En hoe kunnen we deze diagnostiek op een verstandige manier inzetten? In deze H&W zetten Chan en haar collega's op een prachtige manier uiteen bij welke klinische bevindingen en differentiaaldiagnosen, en bij welke follow-up van patiënten, het ECG van belang kan zijn en wanneer niet.

In de praktijk

En dan besluit u, van nu af aan op een zeer verantwoorde manier, een ECG te maken. Er rolt, veelal gefaciliteerd door de assistente, een prachtig A-4tje uit het apparaat met het 12-afleidingen-ECG.

Sommige afwijkingen, zoals atriumfibrilleren, zijn relatief makkelijk te herkennen en ook de 'vlaggen' worden niet gemist (al moet je je wel afvragen of je er goed aan hebt gedaan bij deze patiënt een ECG te maken in plaats van hem direct in te sturen). Hoe vaak gebeurt het echter niet dat u toch twijfelt... Is dit een AV-blok? En zo ja, hoeveelste graad? Of u ziet afwijkingen die u eigenlijk nog nooit eerder hebt gezien. En dan?



Leren lezen

Tijdens de geneeskundeopleiding, tijdens de huisartsopleiding en gedurende nascholingen komen we in aanraking met het lezen van het ECG. Vele malen is de fysiologie en de pathofysiologie onderwezen en we leerden meerdere keren stapsgewijs het ECG te beoordelen. Ritme, frequentie, geleidingstijden, hartas, et cetera...

Hoewel je elke keer het idee hebt dat je het iets beter begrijpt, blijft het gevoel: 'Hoe zat het ook alweer precies? Hoe geniaal heeft Einthoven dit begin 20^e eeuw bedacht?'

Met alle afleidingen in het hoofd, de ligging van het hart ten opzichte van deze afleidingen, de fysiologische elektrische activiteit en de resultaten hiervan kun je het ECG ontleden. Daarmee kan dus ook eventuele pathofysiologie worden beredeneerd. Zie het ECG als bladmuziek voor een orkest, en dus als 3D-afleiding van het muzikale hart....

Muziek

Toch, als ik dat roze A-4tje met kleine ruitjes voor mij zie, kies ik eieren voor mijn geld en ga ik heel consciëntieus met behulp van mijn zakkaartje, ECGpedia of een app netjes alle stappen van de ECG-beoordeling weer af. Ritme, frequentie, geleidingstijden, hartas, et cetera... Hoe meer ik in dat ritme zit en hoe hoger de frequentie, des te meer plezier heb ik in het lezen van ECG's.

In de komende periode zullen we in H&W aandacht blijven schenken aan het ECG, zodat u uw vaardigheden kunt blijven oefenen en u zich vertrouwd kunt voelen bij het lezen van het ECG. Klinkt dit niet als muziek in de oren? ■

Marissa Scherptong-Engbers

Borstkankerscreening: hoe nu verder?

Bijna een kwart (22%) van de vrouwen die 5 jaar lang jaarlijks een mammografie ondergingen en bij wie borstkanker werd ontdekt, was beter af geweest zonder deze screening. De overige 80% had niet langer geleefd als ze uitsluitend op basis van afwijkende bevindingen bij het lichamelijk onderzoek verder onderzocht en behandeld waren. Dit blijkt uit Canadees onderzoek dat mogelijk gevolgen heeft voor de borstkankerscreening in Nederland.

Anthony Miller et al. deden een follow-uponderzoek onder krap 90.000 Canadese vrouwen van 40 tot 60 jaar. Ze vergeleken de effecten van jaarlijkse mammografie gedurende 5 jaar met die van eenmalig lichamelijk onderzoek op de sterfte aan borstkanker over een periode van 25 jaar. In totaal werden in de mammografiegroep 666 vrouwen met borstkanker gediagnosticeerd, tegen 524 in de controlegroep. De 25-jaars overleving was gemiddeld 67% en verschilde niet significant tussen beide groepen. Ook vrouwen die zes of zeven

jaar mammo-grafisch werden gevolgd, hadden geen betere levensverwachting dan die in de controlegroep.

Tumoren < 20 mm gaven een betere 25-jaars overleving (77%) dan grotere tumoren (55%). Naast het gebrek aan effectiviteit van de jaarlijkse mammografie constateren de onderzoekers dat 22% van de vrouwen, bij wie door screening een mammacarcinoom is ontdekt, slechts nadeel ondervond van de behandeling. De mate van overbehandeling is waarschijnlijk nog groter, omdat vrouwen met een intraductaal carcinoom niet zijn meegenomen in de berekening. Deze groep vormt altijd nog 25% van de gedetecteerde mammacarcinomen.

Door alle commentatoren wordt het onderzoek geprezen vanwege de goede opzet en uitvoering. De teleurstellende resultaten van screening zal onder ogen gezien moeten worden. Of de resultaten



Foto: Image Point Fr/Shutterstock

zonder meer extrapol eerbaar zijn naar de groep vrouwen tussen de 60 en de 75, is niet duidelijk maar lijkt evident. Tijd om eens goed na te denken en beter te luisteren naar de vele critici die al jaren hun scepsis over dit onderwerp laten horen. ■

Bèr Pleumeekers

Miller AB. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ* 2014;348:g366.

Morfine bij eindstadium COPD

De behandeling van patiënten met eindstadium COPD is intensief, meestal zijn zowel de huisarts als de specialist erbij betrokken. Om kortademigheid te verlichten, worden vaak morfineachtige middelen voorgeschreven. Onderzoek uit Zweden laat zien dat het gebruik hiervan veilig is, mits gegeven in lage doses.

Opioiden zijn effectief in het verminderen van dyspnoe bij patiënten met ernstige COPD. Dit valt te lezen in de noten van de NHG-Standaard COPD. Daarnaast zijn benzodiazepines bruikbaar ter vermindering van angst of onrust. Artsen zijn echter vaak voorzichtig met het voorschrijven van deze

middelen vanwege het risico op adem-depressie. Magnus Ekström et al. deden onderzoek naar de veiligheid van deze twee type middelen.

Het betreft een longitudinaal cohortonderzoek, waarin tussen 2005 en 2009 2249 COPD-patiënten > 45 jaar werden geïncludeerd op basis van chronisch zuurstofgebruik. Uitkomstmaten waren ziekenhuisopname en sterfte. In de analyse werd zo nodig gecorrigeerd voor onder meer bloedgaswaarden, FEV1, roken, status van functioneren en comorbiditeit.

Een kwart van de deelnemende patiënten gebruikte opioiden of benzodiazepines. Tijdens de follow-up werd 76% opgenomen, en 50% overleed. De onderzoekers vonden geen relatie tussen het gebruik van opioiden en/of benzodiazepines en ziekenhuisopname. Wel zagen

ze een verband tussen benzodiazepines en sterfte (HR 1,21; 1,05-1,39). Deze relatie was er ook voor hoge doses opioiden (1,21; 1,02-1,44), echter niet voor lage doses (≤ 30 mg orale morfine-equivalenten per dag).

De zorg van huisartsen dat opioiden een verhoogd risico geven op adem-depressie en daarmee op vroegtijdig overlijden, lijkt bij een lage dosis dus ongegrond. Benzodiazepines en hoge doses opioiden zijn wel geassocieerd met toenemende sterfte. Op basis van een cohortonderzoek is geen uitspraak te doen over de vraag of het een oorza-kelijk verband betreft. ■

Alma van de Pol

Ekström MP, et al. Safety of benzodiazepines and opioids in very severe respiratory disease: national prospective study. *BMJ* 2014;348:g445.

Vitaminen weggegooid geld

Er is geen duidelijk bewijs voor gunstige effecten van extra vitaminen en mineralen op de gezondheid. Dat blijkt uit een drietal artikelen in de *Annals of Internal Medicine*. Hoogste tijd om de geldkraan voor dit soort onderzoek dicht te draaien.

Het eerste artikel beschrijft een systematische review van gerando-

miseerde onderzoeken met multivitaminenpreparaten dan wel individuele vitaminen (zoals A, C, D en foliumzuur), met in totaal 400.000 deelnemers. Er blijkt geen duidelijk bewijs te zijn voor enig gunstig effect op de eindpunten totale sterfte, hart- en vaatziekten en kanker. Het tweede artikel betreft een gerandomiseerd onderzoek naar het effect van een multivitaminenpreparaat op cognitieve achteruitgang onder 5947 mannelijke artsen ≥ 65 jaar. Na een periode van 12 jaar bleken de cognitieve prestaties en het verbale geheugen van de multivitaminengroep en de placebo-groep niet van elkaar te verschillen.

Het derde onderzoek bevat het verslag van een onderzoek naar de mogelijke voordelen van gebruik van een uit 28 componenten samengesteld multivitaminenpreparaat onder 1708 patiënten met een myocardinfarct. Zij werden gemiddeld 4,6 jaar gevolgd. Ook hier zag men geen verschil in het optreden van nieuwe cardiovasculaire gebeurtenissen tussen de multivitaminen- en de placebogroep.

Opnieuw is er dus bewijs dat gebruik van extra vitaminen door mensen die geen deficiëntie hebben, niet van nut is. Dit staat een gestage omzetstijging van deze producten in de Verenigde Staten tot dusver echter geenszins in de weg,

zo valt te lezen in het bijbehorende *Editorial*. In 2010 ging aldaar nog 28 miljard dollar aan voedingssupplementen over de balk. Het is dan ook hoog tijd voor twee acties: een duidelijk advies aan de bevolking dat routinematig gebruik van voedingssupplementen ontraadt en – voor onderzoekers – afsluiting van dit wetenschappelijk dossier. Want de conclusie is nu wel duidelijk: grote preventietrials met deze producten zijn niet langer gerechtvaardigd. ■

Tjerk Wiersma

Fortmann SP, et al. Vitamin and mineral supplements in the primary prevention of cardiovascular disease and cancer: an updated systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2013;159:824-34.

Grodstein F, et al. Long-term multivitamin supplementation and cognitive function in men: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2013;159:806-14.

Lamas GA, et al for the TACT (Trial to Assess Chelation Therapy) Investigators. Oral high-dose multivitamins and minerals after myocardial infarction: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2013;159:797-805.

Guallar E, et al. Enough is enough: stop wasting money on vitamin and mineral supplements. *Ann Intern Med* 2013;159:850-1.



Foto: Shutterstock/jules2000

Wat is een goede CRP-meter?

Een nieuw gadget in de huisartsenpraktijk is de CRP-sneltest. Als je er een wilt aanschaffen is er keuze uit vele meters. Wat is nu een goede keuze? Verschillende factoren spelen hierbij een rol. Hoe goed doet de meter het bijvoorbeeld ten opzichte van een laboratoriumbepaling? Hoe gebruiksvriendelijk is hij? En last but not least: wat kost hij?

Nederlandse onderzoekers publiceerden een artikel waarin ze 5 in 2012 beschikbare meters vergeleken. Het

ging om de Eurolyser Smart 700/340, Afinion CRP-meter en NycoCard Reader II (beide Alere), QuikRead go en QuikRead 101 (beide Orion Diagnostica). Vier van de onderzochte CRP-meters gaven goede overeenkomsten met een laboratoriumbepaling (Afinion, NycoCard Reader II, QuikRead go en QuikRead 101). Bij hogere waarden van de CRP (> 100 mg/L) nam de overeenkomst met de referentiestandaard echter af.

Bij de beoordeling van de gebruiksvriendelijkheid door 20 huisartsen en doktersassistenten kwamen de Eurolyser Smart 700/340 en de Afinion er als beste uit. De prijs lag tussen de

1000 (NycoCard Reader II) en 3500 euro (Eurolyser Smart 700/340). De prijs van de teststrips varieerde per testkit van 3 (respectievelijk QuikRead go/QuikRead 101) tot 6 euro (Eurolyser Smart 700/340 en Afinion).

Tip: op www.acutehoest.nl is goede, praktische informatie te vinden voor wie in de huisartsenpraktijk wil gaan werken met de CRP-sneltest. ■

Just Eekhof

Minnaard MC, et al. Analytical performance, agreement and user-friendliness of five C-reactive protein point-of-care tests. *Scand J Clin Lab Invest* 2013;73:627-34.

Amoxicilline: tweemaal daags volstaat

'Amoxicilline susp forte 3 dd 2 ml': het zit makkelijk in de pen bij een peuter met flinke oorontsteking. Voor ouders is een driemaal daags doseringsregime echter een hoop gedoe, met name als het kind opknapt en weer naar het kinderdagverblijf kan. Eén gift op de crèche betekent dat het medicijnflesje mee moet, en een in drievoud door beide ouders ondertekend formulier. **Wat blijkt: tweemaal daags toedienen is even goed.**

Dat blijkt uit een recente Cochrane-review die een meta-analyse beschrijft van de effectiviteit van verschillende doseringsschema's van amoxicilline en amoxicilline/clavulaanzuur bij kinderen < 12 jaar met een otitis media acuta (OMA). Vijf gerandomiseerde onderzoeken onder in totaal 1601 kinderen met een OMA werden geïnccludeerd, waarbij vier onderzoeken (1508 kinderen) een 2 dd- met een 3 dd-schema vergeleken. Eén kleiner onderzoek vergeleek een 1 dd-schema met een 3 dd-schema. De meeste onderzoeken waren enkel geblindeerd, waarbij de onderzoekers



Foto: Image Point Fr/Shutterstock

niet wisten welk doseringsschema de kinderen kregen.

De verschillende doseringsschema's bleken even effectief en ook bijwerkingen kwamen even vaak voor. Deze uitkomsten verschilden niet tussen de onderzoeken die amoxicilline dan wel amoxicilline/clavulaanzuur bestudeerden. De auteurs concluderen dat een 2 dd-, mogelijk zelfs een 1 dd-schema, even goed is als een 3 dd-schema. De evidence voor het 1 dd-schema is met 1 geïnccludeerd onderzoek echter maar dun.

Driemaal daags amoxicilline bij een OMA berust dus op gewoonte:

tweemaal daags doseren is even goed. Volgens het kinderformularium kan de orale dagdosering amoxicilline inderdaad over twee tot vier doses verdeeld worden. Goed om te weten als u aanstaande vrijdagavond op de post besluit die peuter met een flinke OMA antibioticus te behandelen! ■

Linda Bröker

Thanaviratananich S, et al. Once or twice daily versus three times daily amoxicillin with or without clavulanate for the treatment of acute otitis media. Cochrane Database Syst Rev 2013;12:CD004975.

E-diagnostiek: veelbelovend voor psychische aandoeningen

Een psychologisch onderzoek bestaat grotendeels uit het invullen van vragenlijsten. Als dit via internet zou kunnen (e-diagnostiek) zouden psychische aandoeningen sneller te herkennen zijn. Het invullen is dan laagdrempeliger omdat het vanuit huis kan, met als bijkomend voordeel dat er minder sociaal wenselijke antwoorden worden gegeven (perceptie van anonimiteit). Huisartsen en praktijkondersteuners zijn erg tevreden over het programma Telescreen, zo blijkt uit Nederlands onderzoek.

Ies Dijkman et al. evalueerden een

online diagnostisch systeem voor het vaststellen van aanwezigheid en ernst van psychische aandoeningen. Zij beoordeelden de gebruikersvriendelijkheid van het programma door tussen februari en juni 2012 zowel patiënten als huisartsen en praktijkondersteuners online vragenlijsten te laten invullen. In totaal namen 34 huisartsen, 15 praktijkondersteuners (respons 49%) en 242 patiënten (respons 74%) deel aan het onderzoek. De tevredenheid was 8,07 op een schaal van 1 tot 10 voor huisartsen/praktijkondersteuners en 7,45 voor patiënten. Patiënten bleken geen voorkeur te hebben voor een gesprek met een psycholoog boven een elektronische intake.

Ook de overeenstemming tussen e-diagnostiek enerzijds en een gesprek met de huisarts/praktijkondersteuner anderzijds qua verwijfsadvies werd onderzocht: naar de praktijkondersteuner, naar de

eerste lijn of naar de tweede lijn. Er bleek geen overeenstemming te zijn in verwijfsadvies ($\kappa = 0,13$; $p = 0,003$) voor de 215 patiënten met zowel een huisartsadvies als een e-diagnostisch advies. Huisartsen en praktijkondersteuners vonden dit echter niet problematisch, zij accepteerden over het algemeen het elektronisch verwijfsadvies. Overigens gaven de onderzoekers aan dat nader onderzoek nodig is om het e-diagnostiekprogramma te valideren. ■

Annet Sollié

Dijkman I, et al. eDiagnostics: a promising step towards primary mental health care. Fam Pract 2013;30:695-704.

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).



De prognose van buikpijn bij kinderen

Samenvatting

Lisman-van Leeuwen Y, Spee LAA, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SMA, Berger MY. De prognose van buikpijn bij kinderen. *Huisarts Wet* 2014;57(4):170-3.

DOEL Het onderzoeken van de prognose bij kinderen die met buikpijn bij de huisarts komen.

METHODE Prospectief cohortonderzoek met een follow-up van 12 maanden onder kinderen van 4-17 jaar die de huisarts consulteerden met buikpijn. De primaire uitkomstmaat was chronische buikpijn, gedefinieerd als buikpijn die ten minste eenmaal per maand voorkwam gedurende minstens drie opeenvolgende maanden en die interfereerde met dagelijkse activiteiten. Wij bepaalden prevalentie, incidentie en duur van de buikpijn op 0, 3, 6 en 12 maanden.

RESULTATEN Aan het onderzoek namen 305 kinderen deel (116 jongens, 189 meisjes) die de huisarts consulteerden in verband met buikpijn. De mediane leeftijd was 7,8 jaar (IQR 5,7 tot 10,5). Bij het eerste huisartsbezoek hadden 142 kinderen (46,6%) reeds chronische buikpijn. Van de 163 anderen ontwikkelde 60,1% (95%-BI 52,1 tot 67,7) in de follow-upperiode alsnog chronische buikpijn. De kans dat de buikpijn chronisch werd, was groter bij meisjes (RR 1,23; 95%-BI 0,94 tot 1,61). Van alle kinderen voldeed 78,7% op minimaal één meetmoment aan de criteria voor chronische buikpijn. De mediane duur van de chronische buikpijn was overall 7,5 maanden (IQR 4,5 tot 12,0), maar met 9,0 maanden (IQR 7,5 tot 12,4) langer in de leeftijdsgroep 10-17 jaar dan in de jongere leeftijdsgroepen. Ook voor kinderen met prikkelbaredarmsyndroom lijkt de prognose van chronische buikpijn minder gunstig.

CONCLUSIE Kinderen die met buikpijn bij de huisarts komen, hebben of ontwikkelen vaak chronische buikpijn. Langdurige controle is daarom gerechtvaardigd.

INLEIDING

De huisarts ziet regelmatig een kind met buikpijn op zijn spreekuur.^{1,2} Bij sommige kinderen wordt de buikpijn een chronisch probleem. De prevalentie van chronische buikpijn in westerse landen varieert van 0,3 tot 19%.³ De buikpijn is vaak functioneel, wat betekent dat er geen afdoende verklaring gevonden wordt, maar heeft grote invloed op het dagelijks leven door bijvoorbeeld school- en sportverzuim.⁴

Er is weinig literatuur over het natuurlijke beloop van buikpijn bij kinderen. Een systematische review liet zien dat 29,1% van de kinderen met chronische buikpijn na mediaan 5 jaar nog steeds klachten had.⁵ De meeste onderzoeken naar chronische buikpijn zijn echter uitgevoerd in de tweede of derde lijn en de daarin opgenomen kinderen vormen waarschijnlijk een selecte steekproef die ernstiger klachten heeft.

Tot nog toe is er in de eerste lijn nog geen onderzoek gedaan naar het voorkomen en ontstaan van chronische buikpijn bij kinderen. Voor de huisarts is kennis van de prognose, en van de factoren die de prognose beïnvloeden, belangrijk om te kunnen inschatten bij wie geruststelling voldoende is en wie intensievere behandeling nodig heeft. In dit onderzoek beschrijven we het beloop van buikpijn bij kinderen die de huisarts bezoeken met buikpijn.

METHODE

Dit is een prospectief cohortonderzoek met een follow-up van een jaar. Drieënvijftig huisartsen, overwegend uit Zuid-Holland, includeerden gedurende twee jaar alle opeenvolgende patiënten van 4 tot 17 jaar die zij zagen met een nieuwe episode van buikpijn. Een nieuwe episode betekende dat het kind in de drie voorafgaande maanden niet bij de huisarts was geweest voor buikpijn. Exclusiecriteria waren een voorgeschiedenis van inflammatoire darmziekten (ziekte van Crohn of colitis ulcerosa), coeliakie of lactose-intolerantie, of onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal. De kinderen en hun ouders vulden op 0, 3, 6, 9 en 12 maanden vragenlijsten in over de aanwezigheid van de buikpijn.⁶

Wat is bekend?

- Huisartsen in westerse landen zien vrij veel kinderen met buikpijn op het spreekuur.
- De buikpijn laat zich vaak niet goed verklaren, maar kan veel invloed hebben op het dagelijks leven.
- Er is weinig bekend over het natuurlijke beloop, behalve dat de buikpijn soms jaren kan aanhouden.

Wat is nieuw?

- Van de kinderen die zich met buikpijn bij de huisarts presenteren, heeft 78,7% chronische buikpijn of ontwikkelt die binnen een jaar.
- Bij kinderen van 10 tot 17 jaar wordt de buikpijn vaker chronisch en is dan ook van langere duur dan bij kinderen van 4 tot 9 jaar.
- Waarschijnlijk is de prognose vooral slecht bij symptomen van een prikkelbaredarmsyndroom. Deze kinderen hebben of ontwikkelen vaker chronische buikpijn, die gemiddeld ook langer aanhoudt en vaker terugkeert, dan kinderen met functionele buikpijn of dyspepsie.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, FA21, Postbus 196, 9700 AD Groningen: dr. Y Lisman-van Leeuwen, klinisch epidemioloog; prof.dr. M.Y. Berger, huisarts en hoogleraar Huisartsgeneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde; L.A.A. Spee MSc, arts-in-opleiding tot huisarts en onderzoeker; prof.dr. S.M.A. Bierma-Zeinstra, hoogleraar Osteoartritis en Gerelateerde Aandoeningen, Emma Kinderziekenhuis/AMC, Amsterdam, afdeling Kinder-MDL: prof.dr M.A. Benninga, kinderarts-MDL en hoogleraar Kindergeneeskunde • Correspondentie: Y.Lisman-van.Leeuwen@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Lisman-van Leeuwen Y, Spee LAA, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SMA, Berger MY. Prognosis of abdominal pain presented by children in primary care: a prospective cohort study. *Ann Fam Med* 2013;11:238-44. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Chronische buikpijn was gedefinieerd als buikpijn die ten minste eenmaal per maand voorkwam gedurende minstens drie opeenvolgende maanden en die interfereerde met dagelijkse activiteiten zoals school of spelen, of waarvoor medicatie nodig was.⁷

Om het beloop weer te geven bepaalden we de prevalentie, incidentie, duur en hoe vaak de chronische buikpijn recidiveerde. Op ieder meetmoment bepaalden we de prevalentie van chronische buikpijn; de incidentie bepaalden we in de groep die op baseline nog geen chronische buikpijn had. De duur van chronische buikpijn werd berekend als het totaal aantal opeenvolgende maanden dat een kind chronische buikpijn had. Daarbij kon een maximum van 15 maanden worden bereikt aangezien we informatie hadden over 3 maanden voor tot 12 maanden na baseline. Voor de groep kinderen die bij het eerste bezoek aan de huisarts al chronische buikpijn had, hebben we de duur en het aantal recidieven van chronische buikpijn bepaald. Onder een recidief verstaan we de terugkeer van chronische buikpijn nadat deze op minimaal één follow-upmoment afwezig was.

Wij hebben gekeken naar de invloed van leeftijd, geslacht en Rome-classificatie. Die laatste wordt door kinderartsen gehanteerd om verschillende functionele gastro-intestinale syndromen van elkaar te onderscheiden. Wij onderscheiden in onze groep het prikkelbaredarmsyndroom (PDS), dyspepsie en functionele buikpijn.⁸

RESULTATEN

Er gaven 348 kinderen toestemming om benaderd te worden voor het onderzoek, van wie er 305 (87,6%) uiteindelijk meededen. De mediane leeftijd was 7,8 jaar (interkwartielafstand (IQR) 5,7 tot 10,5) en er waren 116 jongen (38,0%) en 189 meisjes (62,0%) [tabel 1]. Na 12 maanden waren 22 kinderen *lost to follow-up*, zij verschilden niet van de overige kinderen wat betreft leeftijd, geslacht en aanwezigheid van chronische buikpijn op baseline.

Prevalentie

In totaal 142 kinderen (46,6%) hadden al chronische buikpijn bij het eerste bezoek aan de huisarts, 105 kinderen (37,1%) hadden chronische buikpijn na 12 maanden follow-up en 240 kinderen (78,8%) voldeden op één of meer follow-upmomenten aan de criteria van chronische buikpijn [tabel 2]. Op ieder follow-upmoment was de prevalentie hoger bij meisjes dan bij jongens, maar dit was alleen statistisch significant bij 3 en 6 maanden follow-up ($p = 0,008$ en $p = 0,006$). Vergeleken met baseline was bij 12 maanden de prevalentie van chronische buikpijn afgenomen in de leeftijdsgroepen 4 tot 5 en 6 tot 9 jaar, maar niet in de leeftijdsgroep 10 tot 17 jaar.

Gedurende de follow-up nam de prevalentie van chronische buikpijn significant af voor kinderen met klachten van dyspepsie ($p = 0,029$) of functionele buikpijn ($p < 0,001$), maar niet voor kinderen met klachten die passen bij PDS ($p = 0,134$).

Tabel 1 Baselinekenmerken van de 305 geïncludeerde kinderen in de leeftijd van 4-17 jaar die zich met buikpijn bij de huisarts presenteerden

Kenmerk	n	%
Leeftijd in jaren: mediaan (IQR)	7,8	(5,7-10,5)
Leeftijdsgroep		
■ 4-5 jaar	88	28,9
■ 6-9 jaar	126	41,3
■ 10-17 jaar	91	29,8
Geslacht		
■ jongen	116	38,0
■ meisje	189	62,0
Diagnose huisarts		
■ generaliseerde buikpijn	174	57,0
■ gelokaliseerde buikpijn	57	18,7
■ obstipatie	31	10,2
■ gastroenteritis	17	5,6
■ urineweginfectie/cystitis	5	1,6
■ maagpijn	2	0,7
■ appendicitis	1	0,3
■ anders*	10	3,3
■ geen diagnose beschikbaar	8	2,6
ROME-classificatie		
■ functionele dyspepsie	24	7,9
■ prikkelbaredarmsyndroom (PDS)	114	37,4
■ functionele buikpijn	152	49,8
■ niet te classificeren	15	4,9

* Andere diagnoses waren acute infectie bovenste luchtwegen (ICPC-code R74, $n = 3$), otitis media acuta/myringitis (H71, $n = 1$), hernia inguinalis (D89, $n = 1$), pneumonie (R81, $n = 1$), mononucleosis infectiosa (A75, $n = 1$), andere virusziekte met exantheem (A76, $n = 1$), lymphadenitis mesenterica ($n = 1$) en moeheid/ziekthegevoel (A04, $n = 1$).

Incidentie

Van de 163 kinderen die zich zonder chronische buikpijn presenteerden, ontwikkelden er 98 alsnog chronische buikpijn gedurende de follow-up, wat een incidentie betekent van 60,1% (95%-BI 52,1 tot 67,7). Meisjes liepen iets meer risico dan jongens, met een relatief risico van 1,23 (95%-BI 0,94 tot 1,61) maar dat was statistisch niet significant. Er was geen verschil tussen de verschillende leeftijdsgroepen.

Kinderen met functionele buikpijnklachten hadden de grootste kans om chronische buikpijn te ontwikkelen (64,9%). Hun relatief risico op chronische buikpijn was 1,54 (95%-BI 0,85 tot 2,76) ten opzichte van kinderen met dyspepsieklachten en 1,25 (95%-BI 0,83 tot 1,88) vergeleken met kinderen met PDS-klachten. Beide relatieve risico's waren echter niet statistisch significant.

Duur

De mediane duur van de chronische buikpijn was 8,3 maanden (IQR 4,5 tot 12,0); bij meisjes was dat langer dan bij jongens: 9,0 (IQR 5,3 tot 13,5) versus 7,5 maanden (IQR 1,5 tot 12,0) ($p = 0,002$). De mediane duur was het langst in de leeftijdsgroep 10 tot 17 jaar: 9,0 maanden (IQR 7,5 tot 12,4) versus 7,5 maanden in de leeftijdsgroepen 4 tot 5 jaar (IQR 4,5 tot 10,5) en 6 tot 9 jaar (4,5 tot 12,0), maar deze verschillen waren niet statistisch significant ($p = 0,094$). Met 9,0 maanden (IQR 4,5 tot 12,0) was

Tabel 2 Prevalentie van chronische buikpijn bij kinderen die zich met buikpijn bij de huisarts presenteerden, opgesplitst naar geslacht en leeftijdscategorieën

Geslacht	Leeftijd (jaar)	Baseline (n = 305)	3 maanden (n = 266)	6 maanden (n = 256)	9 maanden (n = 246)	12 maanden (n = 283)
Jongen	4 tot 5	13 (37,1%)	13 (41,9%)	10 (34,5%)	10 (34,5%)	8 (26,7%)
	6 tot 9	24 (50,0%)	20 (42,6%)	14 (33,3%)	17 (42,5%)	13 (27,7%)
	10 tot 17	11 (33,3%)	17 (58,6%)	12 (42,9%)	9 (36,0%)	11 (37,9%)
	Totaal	48 (41,4%)	50 (46,7%)	36 (36,4%)	36 (38,3%)	32 (30,2%)
Meisje	4 tot 5	30 (56,6%)	27 (60,0%)	18 (40,0%)	16 (37,2%)	19 (38,0%)
	6 tot 9	37 (47,4%)	40 (61,5%)	35 (53,0%)	30 (48,4%)	27 (36,5%)
	10 tot 17	27 (46,6%)	34 (69,4%)	32 (69,6%)	31 (66,0%)	27 (50,9%)
	Totaal	94 (49,7%)	101 (63,5%)	85 (54,1%)	77 (50,7%)	73 (41,2%)
Totaal		142 (46,6%)	151 (56,8%)	121 (47,3%)	113 (45,9%)	105 (37,1%)

de mediane duur het langst bij kinderen met PDS-klachten, versus 7,5 maanden (IQR 4,5 tot 12,0) bij kinderen met dyspepsie of functionele buikpijn, maar ook deze verschillen waren niet significant ($p = 0,692$).

Van de 142 kinderen die bij het eerste bezoek aan de huisarts reeds chronische buikpijn hadden, konden wij er 125 tijdens de gehele follow-upperiode volgen. In deze groep was de mediane duur tijdens de follow-upperiode 7,5 maanden (IQR 4,5 tot 13,5). Die duur nam toe met de leeftijd: van 7,5 maanden bij kinderen van 4 tot 5 en 6 tot 9 jaar tot 10,5 maanden bij kinderen van 10 tot 17 jaar ($p = 0,051$). Bij 31 (24,8%) kinderen hield de chronische buikpijn aan tijdens de gehele follow-upperiode van 12 maanden.

Terugkerende chronische buikpijn

Bij 94 kinderen ging de chronische buikpijn over, maar bij 35 (37,2% van deze kinderen) keerde zij terug. Dit gebeurde vaker bij meisjes dan bij jongens (40,3% versus 31,3%), maar dit was niet statistisch significant ($p = 0,389$). Hoewel er geen relatie was met leeftijd ($p = 0,417$), leek de buikpijn minder vaak terug te keren bij kinderen van 10 tot 17 jaar (26,3%), vergeleken met kinderen van 4 tot 5 en 6 tot 9 jaar (39,4% en 40,5%). Bij kinderen met chronische buikpijn en PDS-klachten keerde de buikpijn in meer dan de helft van de gevallen terug (54,8%); bij kinderen met dyspepsie (22,2%) of functionele buikpijn (33,3%) gebeurde dit minder vaak.

BESCHOUWING

Dit prospectieve cohortonderzoek met een follow-up van 1 jaar onder 305 kinderen die zich met buikpijn bij de huisarts presenteerden, laat zien dat de meerderheid chronische buikpijn ontwikkelde en dat deze mediaan 8,3 maanden aanhield. Meisjes hadden iets vaker en langer chronische buikpijn dan jongens. Bij jongere kinderen (4 tot 9 jaar) nam de prevalentie af gedurende de follow-upperiode, maar niet in de leeftijdsgroep 10 tot 17 jaar. Voor kinderen met PDS-klachten lijkt de prognose minder gunstig.

Naar ons weten is dit het eerste prospectieve onderzoek naar kinderen in de huisartsenpraktijk die chronische buikpijn ontwikkelen. De meeste onderzoeken focussen op kinderen die al chronische buikpijn hebben, of includeren kinderen

in de tweede en derde lijn. Eerder heeft onze onderzoeksgroep laten zien dat huisartsen regelmatig worden geconfronteerd met kinderen met buikpijn.² Kennis over de ontwikkeling van chronische buikpijn bij deze kinderen is daarom waardevol.

We vonden bij meisjes een hogere prevalentie en incidentie van chronische buikpijn dan bij jongens. Ook andere onderzoeksgroepen hebben dit gerapporteerd,⁹⁻¹¹ maar niet allemaal.¹² Onze bevinding dat meisjes langer chronische buikpijn hebben, is nieuw. Ondanks dat er geen duidelijke piek was in de incidentie of prevalentie bij een specifieke leeftijdsgroep, zagen we dat de chronische buikpijn bij oudere kinderen langer duurde. In de literatuur wordt een piek in de prevalentie van chronische buikpijn gerapporteerd voor de leeftijden 4 tot 6 en 9 tot 11 jaar.^{9,11,13-15} Dat wij geen piek vonden in ons onderzoek, wordt wellicht verklaard doordat dat die piek zich wel voordoet in de algemene populatie, maar niet speciaal bij kinderen die met buikpijn bij de huisarts komen.

Bij kinderen van 10 tot 17 jaar was de prevalentie van chronische buikpijn na 12 maanden follow-up niet afgenomen. Deze kinderen hadden ook langer chronische buikpijn en rapporteerden meer impact op het dagelijks leven. Wel recidiveerde de buikpijn bij kinderen van 10 tot 17 jaar minder vaak dan bij jongere kinderen. Wellicht heeft buikpijn bij jongere kinderen vaker een recidiverend beloop en bij oudere kinderen vaker een chronisch karakter.¹⁶ Dit verschil in karakter en impact zou kunnen wijzen op een verschil in ontstaanswijze. Andere onderzoekers hebben geopperd dat bij jonge kinderen stressvolle levensgebeurtenissen mogelijk een prominentere rol spelen.¹⁷ Voor de huisarts is het dan belangrijk de ouders en het kind gerust te stellen en uit te leggen dat de buikpijn een reactie kan zijn op de gebeurtenis. Deze onderzoekers suggereren ook dat oudere kinderen mogelijk vaker een psychologische interventie nodig hebben omdat bij hen ziektegedrag een belangrijke bijdrage kan leveren aan het in stand houden van de pijn, nog bevorderd door herhaalde bezoeken aan de huisarts en ouders die schoolverzuim toestaan. Er is echter ook een andere verklaring mogelijk, namelijk dat de buikpijn recidiverend start op jonge leeftijd en daarna meer chronisch wordt. Dat zou dan betekenen dat behandeling op jonge leeftijd mogelijk chroniciteit kan voorkomen.

Het kan zijn dat in ons onderzoek selectieve *loss to follow-up*



Foto: Shutterstock/Larisa Iofitskaya

heeft plaatsgevonden, aangezien sommige kinderen aangeven dat ze niet meer wilden deelnemen omdat ze geen buikpijn meer hadden. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat wij de prevalenties en incidenties hebben overschat. Het aantal kinderen lost to follow-up was echter zo laag dat wij denken dat die overschatting klinisch niet relevant zal zijn. Een andere beperking van dit onderzoek is dat we de duur van chronische buikpijn slechts in het jaar na presentatie aan de huisarts bepaald hebben. We hebben geen volledige informatie over de duur van buikpijn vóór inclusie en ná de follow-upperiode, dus de werkelijke duur blijft onbekend. Daar staat tegenover dat het voor de huisarts het belangrijkste is, kennis te hebben over het beloop van de buikpijn direct na presentatie. Bovendien vinden wij dat kinderen die een jaar na presentatie nog steeds chronische buikpijn hebben, sowieso behandeling nodig hebben ongeacht hoe lang de buikpijn na dat jaar nog aanhoudt.

Ons onderzoek laat zien dat 78,7% van de kinderen die zich met buikpijn bij de huisarts presenteerden chronische buikpijn had of ontwikkelde. Een aanzienlijk aantal kinderen in ons onderzoek had een jaar na presentatie chronische buikpijn, en de helft van hen gaf aan dat die van invloed was op hun dagelijks functioneren.¹⁶ Naar onze mening is dit een slechte prognose, die rechtvaardigt dat men deze kinderen zorgvuldig blijft volgen. De in 2012 verschenen NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen geeft daar voldoende handvatten voor.¹⁸ ■

LITERATUUR

- 1 BEACH Program, AIHW General Practice Statistics and Classification Unit. Presentations of abdominal pain in Australian general practice. *Aust Fam Physician* 2004;33:968-9.
- 2 Gieteling MJ, Lisman-van Leeuwen Y, van der Wouden JC, Schellevis FC, Berger MY. Childhood non-specific abdominal pain in family practice: Incidence, associated factors, and management. *Ann Fam Med* 2011;9:337-43.
- 3 Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NJ. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1868-75.
- 4 Youssef NN, Murphy TC, Langseder AL, Rosh JR. Quality of life for children with functional abdominal pain: a comparison study of patients' and parents' perceptions. *Pediatrics* 2006;117:54-9.
- 5 Gieteling MJ, Bierma-Zeestra SM, Passchier J, Berger MY. Prognosis of chronic or recurrent abdominal pain in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;47:316-26.
- 6 Spee LAA, Van den Hurk AP, Van Leeuwen Y, Benninga MA, Bierma-Zeestra SMA, Passchier J, et al. Childhood abdominal pain in primary care: design and patient selection of the HONEUR abdominal pain cohort. *BMC Fam Pract* 2010;11:27.
- 7 Von Baeyer CL, Walker LS. Children with recurrent abdominal pain: Issues in the selection and description of research participants. *J Dev Behav Pediatr* 1999;20:307-13.
- 8 Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;130:1527-37.
- 9 Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: A field survey of 1,000 school children. *Arch Dis Child* 1958;33:165-70.
- 10 Howell S, Poulton R, Talley NJ. The natural history of childhood abdominal pain and its association with adult irritable bowel syndrome: Birth-cohort study. *Am J Gastroenterol* 2005;100:2071-8.
- 11 Groholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Kohler L. Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families. *Eur J Epidemiol* 2003;18:965-75.
- 12 Hotopf M, Carr S, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ* 1998;316:1196-200.
- 13 Petersen S, Bergstrom E, Brulin C. High prevalence of tiredness and pain in young schoolchildren. *Scand J Public Health* 2003;31:367-74.
- 14 Alfvén G. The covariation of common psychosomatic symptoms among children from socio-economically differing residential areas: An epidemiological study. *Acta Paediatr* 1993;82:484-7.
- 15 Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA, Bohnen AM, Van Suijlekom-Smit LW, Passchier J, et al. Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain* 2000;87:51-8.
- 16 Lisman-van Leeuwen Y, Spee LAA, Benninga MA, Bierma-Zeestra SMA, Berger MY. Prognosis of abdominal pain presented by children in primary care: A prospective cohort study. *Ann Fam Med* 2013;11: 238-44.
- 17 Kolosky NA, Talley NJ. Commentary for Lisman-van Leeuwen et al article on prognosis of abdominal pain in children in primary care – a prospective cohort study [E-letter]. *Ann Fam Med*, June 28, 2013. http://www.annfam.org/content/11/3/238.full/reply#annalsfm_el_25890, geraadpleegd september 2013.
- 18 Gieteling MJ, Van Dijk PA, De Jonge AH, Albeda FW, Berger MY, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. *Huisarts Wet* 2012;55:404-9.



Preventie van diabetes en hart- en vaatziekten

Samenvatting

Den Engelsen C, Salomé PL, Rutten GEHM. Preventie van diabetes en hart- en vaatziekten. *Huisarts Wet* 2014;57(4):174-8.

In 2004 adviseerde de Gezondheidsraad gerichte screening op cardiovasculaire risicofactoren onder mensen met obesitas, in plaats van een algemene populatiescreening op diabetes type 2. In het IJSCO-onderzoek nodigden de onderzoekers 11.862 ogenschijnlijk gezonde mensen uit – tussen twintig en zeventig jaar oud en nog zonder diabetes, hypertensie, hart- en vaatziekten of dislipidemie – voor screening op het metabool syndroom, een clustering van risicofactoren. De eerste stap was het thuis meten van de buikomvang. De mensen met een verhoogde buikomvang kregen vervolgens een uitnodiging voor nader onderzoek, om vast te stellen of zij voldeden aan de criteria van het metabool syndroom. Bijna driekwart van de mensen met een bij de screening vastgesteld metabool syndroom nam uit zichzelf contact op met de huisartsenpraktijk voor de uitslagen. Zij kregen een uitnodiging voor een consult en vervolgens een behandeling volgens NHG-Richtlijnen. Dat leidde tot een toename van lichamelijke activiteit en gewichtsverlies in het eerste jaar na screening. Bij meer dan de helft van deze mensen was er na drie jaar geen sprake meer van het metabool syndroom. Een screeningsinterval van langer dan drie jaar lijkt gerechtvaardigd; dat vergemakkelijkt de implementatie. Omdat de screening en daaropvolgende zorg goed zijn in te bedden in de dagelijkse praktijk, kunnen huisartsen op grote schaal het advies van de Gezondheidsraad opvolgen om bij mensen met obesitas op cardiovasculaire risicofactoren te screenen.

INLEIDING

Het aantal mensen met diabetes type 2 is de afgelopen decennia sterk gestegen. Een belangrijke oorzaak hiervoor is de toename van het aantal mensen met overgewicht. In 2009-2010 had meer dan de helft van de Nederlandse volwassenen tussen de 30 en de 70 jaar overgewicht (BMI $\geq 25,0$ kg/m²). Van de mannen had 47% overgewicht en 13% obesitas (BMI $\geq 30,0$ kg/m²). Van de vrouwen had 30% overgewicht en 14% obesitas.¹ Door een hoge prevalentie van overgewicht stijgt niet alleen het aantal mensen met diabetes type 2, maar ook het aantal mensen met hypertensie, dislipidemie en een gestoord glucose. Mensen met overgewicht en obesitas hebben daardoor ook een verhoogd risico op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten.²⁻⁵

In 2004 bracht de Gezondheidsraad het rapport 'Screening

op type 2 diabetes' uit.⁶ Daarin adviseerde zij een gerichte screening op cardiovasculaire risicofactoren in een hoogrisicogroep van mensen met obesitas, in plaats van een mogelijke algemene populatiescreening op diabetes type 2. Screening bij mensen met overgewicht, niet alleen gericht op diabetes maar ook op andere cardiovasculaire risicofactoren, is mogelijk kosteneffectiever. Bovengenoemde factoren waren aanleiding voor het opzetten van het IJSCO-onderzoek ('IJsselstein Study of Central Obesity to detect metabolic syndrome'); een stapsgewijze screening, met als doel het opsporen van mensen met het metabool syndroom (MetS). Het MetS is een clustering van risicofactoren, zie [kader]. Een patiënt krijgt de diagnose MetS als ten minste drie van de vijf MetS-componenten aanwezig zijn. Een verhoogde buikomvang is er daar één van.⁷ Om verschillende redenen is het MetS een geschikte manier om mensen met een verhoogd cardiometabool risico te definiëren. Mensen met MetS hebben een tot vijfmaal verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes type 2 en een tot tweemaal verhoogd risico op hart- en vaatziekten.⁸⁻¹¹ Leeftijd speelt geen rol bij de definitie, waardoor men ook jonge mensen met een verhoogd *relatief* risico op het ontwikkelen van diabetes en hart- en vaatziekten kan opsporen, in tegenstelling tot de meeste risicoscores waarbij de leeftijd een belangrijke factor is bij het bepalen van het *absolute* risico op diabetes en hart- en vaatziekten. De aanwezigheid van het MetS kan men gemakkelijker bepalen dan een complexe risicoscore berekenen. Bovendien zijn de componenten in de dagelijkse praktijk eenvoudig te meten.¹²

Om diabetes type 2 en hart- en vaatziekten te voorkomen is na vroege opsporing een adequate behandeling van de risi-

De kern

- In 2004 adviseerde de Gezondheidsraad een gerichte screening op cardiovasculaire risicofactoren onder mensen met obesitas, in plaats van een algemene populatiescreening op diabetes type 2.
- Een vanuit de huisartsenpraktijk opgezette screening op het metabool syndroom onder bijna 12.000 mensen begon met het meten van de buikomvang en leidde tot de opsporing van bijna 500 mensen met het metabool syndroom, van wie 40% jonger was dan 45 jaar.
- Bijna driekwart van de mensen met een bij screening vastgesteld metabool syndroom nam uit zichzelf contact op met de huisartsenpraktijk voor de uitslagen.
- In het eerste jaar na de screening was er sprake van een toename van lichamelijke activiteit en een gemiddeld gewichtsverlies van 2,1 kg.
- Meer dan de helft van de mensen met de diagnose metabool syndroom die reguliere huisartsenzorg kregen, voldeed na drie jaar niet meer aan de criteria voor het metabool syndroom.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns geneeskunde, Str. 6.131, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. C. den Engelsen, aios huisartsgeneeskunde en onderzoeker; prof.dr. G.E.H.M. Rutten, hoogleraar diabetologie in de huisartsgeneeskunde, Huisartsenzorg IJsselstein, locatie 't Steyn, IJsselstein: P.L. Salomé, huisarts • Correspondentie: g.e.h.m.rutten@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Deze beschouwing is gebaseerd op: Den Engelsen C. Screening for metabolic syndrome in primary care [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2012. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

cofactoren van belang. Screening is dan ook alleen zinvol als daarna een goed vervolgtraject volgt. In deze beschouwing op basis van mijn proefschrift bespreken we de korte- en middellangetermijnresultaten van een screening op het MetS en staan we stil bij de praktische gevolgen hiervan voor de huisartsenpraktijk.¹³

HET IJSCO-ONDERZOEK

De bijna 12.000 mensen uit vijf huisartspraktijken in IJsselstein die in aanmerking kwamen voor deelname aan het IJSCO-onderzoek waren ogenschijnlijk gezonde mensen – nog zonder diabetes, hypertensie, hart- en vaatziekten of dislipidemie – tussen de 20 en 70 jaar oud. Als eerste screeningsstap hebben ze zelf thuis hun buikomvang gemeten. Samen met de uitnodigingsbrief kregen ze een meetlint, een meetinstructie en een antwoordkaartje. In totaal ontvingen 11.862 mensen een meetlint; 5888 van hen (49,6%) hebben hun eigen middelomtrek gemeten en waren bereid mee te doen aan vervolgonderzoeken. Van deze groep hebben 2004 mensen (34,0%) bij zichzelf een verhoogde middelomtrek gemeten (≥ 88 cm bij vrouwen, ≥ 102 cm bij mannen). Deze mensen kregen vervolgens een uitnodiging voor verder onderzoek op een onderzoekslocatie in de eigen woonplaats, om te beoordelen of zij voldeden aan de criteria voor het MetS. Van deze 2004 mensen met een zelf gemeten verhoogde middelomtrek namen 1721 (85,9%) deel aan de tweede screeningsstap, die bestond uit lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek en het invullen van een vragenlijst.

Bij 473 (27,5%) van deze 1721 screeningsdeelnemers was sprake van het MetS. Hun gemiddelde leeftijd was 48 jaar; 40% was jonger dan 45 jaar en 50,5% was vrouw.^{14,15}

Het meten van de buikomvang bleek een goed uitvoerbare en betrouwbare test. De correlatie tussen de buikomvang zoals gemeten door de deelnemer en die gemeten door de onderzoeker was goed (intraklasse correlatiecoëfficiënt 0,80; 95%-BI 0,78 tot 0,82). Wel was er vaker sprake van een overschatting van de eigen buikomvang (75%); gemiddeld hebben de deelnemers zelf een buikomvang van 4 cm meer gemeten.

Tijdens de screening kregen de deelnemers te horen dat zij na drie weken contact konden opnemen met hun huisartsenpraktijk om te horen of er sprake was van het MetS. Indien ze inderdaad het MetS bleken te hebben, kregen ze vervolgens het verzoek om op consult te komen bij de praktijkondersteuner of huisarts voor uitleg en advies over hun verhoogde cardiometabole risico. Daarnaast werden afspraken gemaakt voor een vervolgtraject. De deelnemers kregen een behandeling volgens de bestaande richtlijnen van het NHG. De mensen met MetS die niet zelf contact hadden opgenomen met de huisartsenpraktijk kregen telefonisch of per post het verzoek om in verband met de screeningsuitslagen op consult te komen.

HET EERSTE JAAR NA SCREENING

Om meer inzicht te krijgen in de praktische uitvoerbaarheid van de screening, onderzochten we het follow-upgedrag van de screeningsdeelnemers bij wie men MetS had vastgesteld.

Metabool syndroom

Aanwezigheid van ten minste drie van de volgende vijf componenten:

- buikomvang $\geq 88/102$ cm bij vrouwen/mannen;
- serum triglyceriden $\geq 1,7$ mmol/L;
- HDL-cholesterol $< 1,3/1,0$ mmol/L bij vrouwen/mannen;
- systolische bloeddruk ≥ 130 mmHg of diastolische bloeddruk ≥ 85 mmHg;
- nuchter serumglucose $\geq 6,1$ mmol/L.

Mensen met het metabool syndroom hebben een tot vijfmaal verhoogd risico op het ontwikkelen van diabetes type 2 en een tot tweemaal verhoogd risico op hart- en vaatziekten.

Namen zij op eigen initiatief contact op met de huisartsenpraktijk voor de screeningsuitslag? Kwamen de deelnemers op consult? Was er sprake van veranderingen in leefstijl en welke medicatie kregen zij in het eerste jaar na screening voorgeschreven?

Voor 424 mensen van de 473 mensen met het MetS (90%) waren gegevens over het beloop in het eerste jaar na screening beschikbaar. Van hen namen 306 (72%) spontaan contact op met de huisartsenpraktijk voor de screeningsuitslagen. Na het versturen van reminders bezochten uiteindelijk 393 mensen (93%) ten minste één keer het spreekuur; bij 358 mensen (84%) werd in het eerste jaar na screening een cardiovasculair risicoprofiel opgesteld. Eenendertig deelnemers bezochten geen enkele keer de huisartsenpraktijk, ondanks de uitnodiging om op het spreekuur te komen. Deze mensen waren significant jonger (42 versus 48 jaar, $p < 0,01$ (95%-BI -9,4 tot -2,0)) en vaker man (68 versus 49%, $p < 0,05$ (95%-BI 0,1 tot 0,33)) dan de mensen die wel de praktijk bezochten naar aanleiding van de screening.¹⁶

Abstract

Den Engelsen C, Salomé PL, Rutten GEHM. Prevention of diabetes and cardiovascular disease. *Huisarts Wet* 2014;57(4):174-8.

In 2004, the Health Council of the Netherlands recommended targeted screening for various cardiovascular risk factors in obese subjects, instead of a general population-based screening for type 2 diabetes. In the IJSCO study, 11,862 apparently healthy people aged 20–70 years and not previously diagnosed with diabetes, hypertension, cardiovascular disease, or dyslipidaemia were screened for the metabolic syndrome. The metabolic syndrome, a clustering of several cardiometabolic risk factors, is associated with an increased risk of both cardiovascular disease and type 2 diabetes. The first screening step was self-measurement of the waist circumference. People with an increased waist circumference (≥ 88 cm for women, ≥ 102 cm for men) were invited for further investigations, to see whether they met criteria for metabolic syndrome. Nearly three quarters of the people who met criteria for metabolic syndrome at screening contacted their general practitioners for the results. They were invited for a consultation and treatment according to guidelines of the Dutch College of General Practitioners. This led to an increase in physical activity and weight loss during the year after screening. After 3 years, more than half the individuals no longer met criteria for metabolic syndrome. A screening interval of more than 3 years seems justified; it facilitates implementation. The screening procedure and subsequent follow-up care can be incorporated into daily practice, so that general practitioners can follow the advice of the Dutch Health Council and screen obese individuals for cardiovascular risk factors.

Van de deelnemers kreeg 22% ($n = 91$) medicatie voor hypertensie voorgeschreven, 21% ($n = 90$) kreeg cholesterolverlagende medicatie en 2% kreeg medicatie voor diabetes. Tijdens een vervolconsult vroeg de praktijkondersteuner de deelnemers naar veranderingen in hun leefstijl. In het eerste jaar na screening waren van 315 deelnemers (74%) gegevens met betrekking tot veranderingen in leefstijl beschikbaar. Ruim de helft van hen gaf aan dat zij meer waren gaan bewegen. Het gemiddelde gewichtsverlies was 2,1 kg (spreiding $-28,0$ -4 kg).¹⁶ Van de rokers was 17% in het jaar na screening gestopt met roken. Ter vergelijking: in 2008 slaagde 1-7% van de Nederlandse rokers die een stoppoging ondernamen er in om gedurende ten minste een jaar niet te roken.¹⁷

RESULTATEN NA DRIE JAAR

Drie jaar na screening stuurden de onderzoekers 406 mensen bij wie bij screening MetS was vastgesteld een uitnodiging voor nieuwe onderzoeken, om te kijken of ze nog steeds voldeden aan de MetS-criteria (de aanwezigheid van ten minste drie van de vijf MetS-componenten). In totaal reageerden 337 mensen (86%), van wie er 194 (48%) daadwerkelijk wilden meedoen aan het vervolgonderzoek.

Bij deze deelnemers stelden we vast dat er sprake was van een significante verbetering van alle MetS-componenten, behalve van de gemiddelde glucosewaarden. Honderddrie deelnemers (53%) bereikten een remissie: zij voldeden niet langer aan de MetS-criteria. De kans op het bereiken van een remissie was kleiner wanneer er bij screening meer dan drie MetS-componenten aanwezig waren (oddsratio (OR) 0,46 (95%-BI 0,18 tot 1,19) en wanneer iemand bij screening een relatief hoge middelomtrek, bloeddruk of glucosewaarde had (OR res-

pectievelijk 0,91 (95%-BI 0,87 tot 0,96), 0,98 (95%-BI 0,95 tot 1,00) en 0,60 (95%-BI 0,36 tot 1,00)). Het gemiddelde gewichtsverlies na 3 jaar bedroeg 2,5 kg (spreiding $-37,5$ -10,5 kg); de deelnemers verloren gemiddeld 3,6 cm (spreiding $-31,3$ -12,3 cm) aan middelomtrek.¹⁸

Leefstijladviezen, een gezond dieet en voldoende lichaamsbeweging zijn de belangrijkste pijlers onder de behandeling bij een verhoogd cardiometabool risico, zoals ook beschreven in de NHG-Standaard. We hebben gekeken of het stellen van de diagnose MetS, gevolgd door uitleg en advies in de huisartsenpraktijk tot een toename in lichamelijke activiteit heeft geleid. Bij screening en drie jaar later hebben we het aantal mensen dat voldeed aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen bepaald (ten minste vijf dagen per week 30 minuten matig intensieve beweging, gemeten met de SQUASH-vragenlijst¹⁹).²⁰

Deze gegevens waren beschikbaar voor 168 deelnemers die bij screening met het MetS gediagnosticeerd werden en daarna voorlichting en advies in de huisartsenpraktijk hadden gekregen. Het percentage mensen dat voldeed aan de norm nam niet significant toe tussen het moment van screening (56%, $n = 94$) en het vervolgonderzoek (61%, $n = 102$) ($p = 0,29$; 95%-BI $-3,5$ tot 12,4%). Ongeveer eenderde van de mensen die niet voldeden aan de norm bij aanvang van het onderzoek ($n = 74$), behaalde deze wel ten tijde van het vervolgonderzoek. Het vrouwelijk geslacht bleek een onafhankelijke voorspeller voor een toename in lichaamsbeweging (OR 3,59; 95%-BI 1,24 tot 10,39). Een hogere BMI bij screening was een onafhankelijke voorspeller voor het *niet* realiseren van een toename in lichaamsbeweging (OR 1,22; 95%-BI 1,03 tot 1,45).

We concludeerden dat in het IJSCO-onderzoek, dat in een alledaagse setting is uitgevoerd, mensen bij wie het MetS werd



Foto: Shutterstock/kurhan

gediagnosticeerd in drie jaar tijd niet meer waren gaan bewegen, ondanks het advies dit wel te doen. Het 'alleen' adviseren van patiënten tot meer bewegen lijkt, vooral bij mannen en bij mensen met een hoge BMI, geen effectieve strategie. Toch was er sprake van een afname van het gemiddelde gewicht en de middelomtrek. Dit kan komen door gunstige veranderingen in het dieet, maar ook door een relatief kleine toename in lichamelijke activiteit.²¹ Dit laatste kunnen wij in ons onderzoek niet aantonen, aangezien wij alleen hebben gekeken naar het wel of niet voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.²²

SCREENINGSFREQUENTIE

Om een screening te implementeren is het van belang het screeningsinterval vast te stellen. Hierbij speelt de snelheid van ontwikkeling van nieuwe ziektegevallen een rol. In de literatuur hebben we geen gegevens gevonden over de ontwikkeling van cardiometabole risicofactoren bij mensen met centrale obesitas die nog geen andere cardiometabole risicofactoren hebben. Om deze toch te kunnen inschatten, hebben we onderzocht hoeveel mensen die bij screening alleen centrale obesitas hadden, na drie jaar het MetS hadden ontwikkeld. Van de 88 mensen (gemiddelde leeftijd 47 jaar, 88% vrouw) had 32% een of meer MetS-componenten ontwikkeld en 7% voldeed na drie jaar aan de MetS-criteria, al kwam geen van hen volgens de NHG-Richtlijnen in aanmerking voor medicamenteuze behandeling. Niemand had diabetes type 2 gekregen. Bij het vervolgonderzoek kwamen de MetS-componenten verhoogd triglyceridegehalte ($n = 16$) en verhoogde bloeddruk ($n = 18$) het meest voor. Degenen die bijkomende componenten ontwikkelden hadden gemiddeld een lager opleidingsniveau dan de groep die geen bijkomende componenten ontwikkelde. Ook waren de uitgangswaarden van hun componenten bij screening al wat slechter.²³

Met onze onderzoeksresultaten kunnen wij helaas niet de ideale screeningsfrequentie bepalen. Aangezien echter eenderde van de mensen in deze relatief korte periode bijkomende MetS-componenten ontwikkelde, lijkt het belangrijk om mensen met centrale obesitas regelmatig te onderzoeken op de aanwezigheid van andere cardiometabole risicofactoren en hen te monitoren op de ontwikkeling van het MetS. Het is echter de vraag of het zinvol is om de screening al na drie jaar te herhalen.

GEVOLGEN VAN DE SCREENING

Zowel het uitvoeren van screening als het aanbieden van een vervolgetraject vormt een extra belasting voor de huisartsenpraktijk. De IJSCO-screening was wel goed uitvoerbaar. De deelnemende huisartsenpraktijken beschikten al over een oproepsysteem voor diabetes- en cardiovasculair risicomanagementpatiënten, zodat ze de nieuwe MetS-patiënten hier eenvoudig aan konden toevoegen. Bovendien nam een groot deel van de deelnemers (72%) op eigen initiatief contact op met de huisartsenpraktijk. Dit zal administratief werk hebben verminderd.

Voor het selecteren van patiënten die in aanmerking kwamen voor de screening en voor het begeleiden van de deelnemers bij wie het MetS werd vastgesteld, hadden de huisartsenpraktijken gezamenlijk één extra praktijkondersteuner aangenomen, voor 36 uur in de week. Ze hield spreekuur in alle deelnemende praktijken.

De begeleiding na screening is reguliere huisartsenzorg, volgens bestaande richtlijnen. Door te screenen onder ogenschijnlijk gezonde mensen, wordt echter wel een nieuwe groep mensen binnen de zorg 'getrokken'. Dit vereist een goede praktijkinfrastructuur en voldoende personeel.

Op basis van de door ons gevonden responspercentages en uitkomsten zal een screening zoals uitgevoerd in het IJSCO-onderzoek in een normpraktijk van 2350 patiënten, ongeveer 50 mensen met het MetS opleveren. Dit betekent vooral in de periode na de screening extra werk. Wij verwachten wel dat het extra werk op langere termijn mogelijk zal afnemen doordat het aantal mensen dat anders later door middel van *case-finding* aan het licht was gekomen waarschijnlijk daalt.

De screening zoals wij die hebben uitgevoerd heeft als voordeel dat de huisarts ogenschijnlijk gezonde en relatief jonge mensen met een verhoogd cardiometabool risico in een vroeg stadium in beeld krijgt. Hij kan ze voorlichting geven en indien nodig behandelen. Epidemiologische onderzoeken laten zien dat starten met cholesterolverlagende behandeling op jonge leeftijd tot een grotere risicoreductie leidt, dan starten op latere leeftijd. Zo toonde een onderzoek aan dat een blijvende verlaging van het cholesterol van 10% op 40-jarige leeftijd leidt tot een verlaging van het relatieve risico voor coronaire hartziekten van 50%, terwijl een verlaging van 10% op 70-jarige leeftijd slechts leidt tot een verlaging van het risico van 20%.^{24,25} Het lijkt ook logisch dat gunstige leefstijlveranderingen op jongere leeftijd het meeste effect hebben op de lange termijn.

CONCLUSIE

Screening op het MetS, gevolgd door het advies om contact op te nemen met de huisartsenpraktijk voor de screeningsuitslagen, leidde tot een grote spontane follow-up (72%), met veelbelovende resultaten wat betreft gewichtsverlies, een zelfgerapporteerde toename van lichamelijke activiteit en stoppen met roken. Meer dan de helft van de mensen met diagnose MetS die vervolgens reguliere huisartsenzorg kregen, had na drie jaar een remissie bereikt. Het meest optimale screeningsinterval is nog niet bekend, maar een screeningsinterval van langer dan drie jaar lijkt gerechtvaardigd. Dit maakt deze screeningsstrategie goedkoper en aantrekkelijker om te implementeren. De implementatie wordt tevens vergemakkelijkt doordat de screening en de daaropvolgende zorg eenvoudig zijn in te bedden in de dagelijkse praktijk. Wel zal de screening, vooral op de korte termijn, leiden tot een toegenomen werkbelasting, voor de huisarts en ook voor de POH.

Gerichte uitspraken over (kosten)effectiviteit op de langere termijn kunnen we niet doen. Idealiter zouden we de resultaten van de onderzoekspopulatie dan moeten vergelijken met

een controlegroep. Dit brengt medisch-ethische bezwaren met zich mee. Bovendien is voor het beantwoorden van deze vraag een langere follow-upduur nodig. De onderzoekspopulatie van het IJSCO-onderzoek was relatief jong en bij aanvang van het onderzoek nog ogenschijnlijk gezond. Een follow-up van drie jaar is dan onvoldoende om te kijken naar de ontwikkeling van diabetes en hart- en vaatziekten.

Het advies van de Gezondheidsraad om gericht te screenen op cardiovasculaire risicofactoren in een hoogrisicogroep van mensen met obesitas, in plaats van een algemene populatiescreening op diabetes type 2, lijkt gezien het IJSCO-onderzoek goed uitvoerbaar vanuit de huisartsenpraktijk. De resultaten op de korte en middellange termijn zijn veelbelovend. ■

LITERATUUR

- 1 Blokstra A, Vissink P, Venmans L, Holleman P, Van der Schouw YT, Smit HA, et al. Nederland de maat genomen, 2009-2010. Monitoring van risicofactoren in de algemene bevolking. Bilthoven: RIVM, 2011. Rapportnr. 260152001/2011.
- 2 Carey VJ, Walters EE, Colditz GA, Solomon CG, Willett WC, Rosner BA, et al. Body fat distribution and risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. The Nurses' Health Study. Am J Epidemiol 1997;145:614-9.
- 3 Chan JM, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC. Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. Diabetes Care 1994;17:961-9.
- 4 Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. Circulation 1983;67:968-77.
- 5 Manson JE, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Rosner B, Monson RR, et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. N Engl J Med 1990;322:882-9.
- 6 Gezondheidsraad. Screening op type 2 diabetes. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004. Publicatienr. 2004/16.
- 7 Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol In Adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486-97.
- 8 Ford ES. Risks for all-cause mortality, cardiovascular disease, and diabetes associated with the metabolic syndrome: a summary of the evidence. Diabetes Care 2005;28:1769-78.
- 9 Ford ES, Schulze MB, Pischon T, Bergmann MM, Joost HG, Boeing H. Metabolic syndrome and risk of incident diabetes: findings from the Euro-

- pean Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Potsdam Study. Cardiovasc Diabetol 2008;7:35.
- 10 Lorenzo C, Okoloise M, Williams K, Stern MP, Haffner SM. The metabolic syndrome as predictor of type 2 diabetes: the San Antonio heart study. Diabetes Care 2003;26:3153-9.
 - 11 Mottillo S, Filion KB, Genest J, Joseph L, Poirier P, et al. The metabolic syndrome and cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol 2010;56:1113-32.
 - 12 Cameron A. The metabolic syndrome: validity and utility of clinical definitions for cardiovascular disease and diabetes risk prediction. Maturitas 2010;65:117-21.
 - 13 Den Engelsens C. Screening for metabolic syndrome in primary care. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2012.
 - 14 Den Engelsens C, Van den Donk M, Gorter KJ, Salomé PL, Bobbink IWG, Rutten GEHM. Opsporing van het metabool syndroom door mensen zelf hun middelomtrek te laten meten. Ned Tijdschr Geneesk 2010;154:A1028.
 - 15 Van den Donk M, Bobbink IWG, Gorter KJ, Salomé PL, Rutten GEHM. Identifying people with metabolic syndrome in primary care by screening with a mailed tape measure. A survey in 14,000 people in the Netherlands. Prev Med 2009;48:345-50.
 - 16 Den Engelsens C, Gorter KJ, Salomé PL, Rutten GE. One year follow-up of patients with screen-detected metabolic syndrome in primary care: an observational study. Fam Pract 2013;30:40-7.
 - 17 STIVORO. Voor een rookvrije toekomst. Kerncijfers roken in Nederland 2009. Een overzicht van recente Nederlandse basisgegevens over rookedrag. Den Haag: STIVORO, 2010.
 - 18 Den Engelsens C, Gorter KJ, Salomé PL, Van den Donk M, Rutten GE. Remission of screen-detected metabolic syndrome and its determinants: an observational study. BMC Public Health 2012;12:778.
 - 19 Wendel-Vos GC, Schuit AJ, Saris WH, Kromhout D. Reproducibility and relative validity of the short questionnaire to assess health-enhancing physical activity. J Clin Epidemiol 2003;56:1163-9.
 - 20 Kemper HGC, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M. Consensus over de Nederlandse Norm voor Gezond Bewegen. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 2000;78:180-3.
 - 21 Powell KE, Paluch AE, Blair SN. Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what? Annu Rev Public Health 2011;32:349-65.
 - 22 Jansen H, Den Engelsens C, Rutten GE. Physical activity in patients with metabolic syndrome: at screening and three years thereafter. Metab Syndr Relat Disord 2013;11:163-8.
 - 23 Den Engelsens C, Gorter KJ, Salomé PL, Rutten GE. Development of metabolic syndrome components in adults with a healthy obese phenotype: A 3-year follow-up. Obesity 2013;21:1025-30.
 - 24 Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. Circulation 2002;106:3143-421.
 - 25 Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? BMJ 1994;308:367-72.

Nico van Duijn

Demente doof voor pijn?

Mijn nu overleden vader heeft zijn hand eens lelijk verbrand aan de warme kraan. Want ter preventie van legionel-labesmetting in het zorgcentrum was het kraanwater gloeiend heet gestookt. Ik nam toen aan dat behalve zijn denken ook zijn pijnzenuwen vertraging hadden. Dat blijkt niet zo te zijn. Mensen

met dementie hebben juist een lagere pijntolerantie. Ze zouden dus eerder pijn moeten aangeven dan mensen zonder dementie. Het probleem is dat ze pijn sterk vertraagd rapporteren. Ze voelen dus eerder pijn, maar hebben het er niet over. Ik moest denken aan mijn broer Erik. Hij heeft het downsyndroom, ook een breinziekte. Hij heeft nooit pijn. Erik is een bikkelaar, vonden we altijd.

Misschien hebben we hem wel zijn leven lang tekortgedaan met te denken

dat hij nooit pijn had. Misschien ervaart Erik even makkelijk pijn als een ander, misschien wel eerder pijn. Alleen rapporteert hij het niet gemakkelijk. Hij zegt er niets over. Pas laat begrepen wij, zijn vier broers, waarom hij zijn nieuwe bril niet droeg. Het bleek dat de neussteuntjes van de bril pijn deden. Hij zei er niets van. Hij pakte gewoon zijn oude bril.

Dementen, misschien ook wel downers, ze zijn dus niet pijnloos. Ze zijn pijnstom. ■



Over het nieuws van overmorgen

Nieuws wordt gemaakt in toptijdschriften, en weerlegd in de kleinere bladen. Toptijdschriften halen makkelijk de kranten, de kleinere bladen minder. Zo gaat het: onderzoekers melden een mooie bevinding in het ‘gezaghebbende’ *Nature* of het ‘vooraanstaande’ *New England Journal of Medicine*, en de kranten staan er trouwhartig vol van. Vervolgens blijkt het allemaal toch wat ingewikkelder dan de oorspronkelijke onderzoekers meenden of is het effect toch wat kleiner dan aanvankelijk gedacht. Tegen die tijd zijn de top- en dagbladen echter alweer bij de volgende doorbraak, en is het aan het tweede echelon om de nuance te brengen en de twijfel te zaaien. Wie alleen de uitersten, de grote bladen en de kranten volgt, krijgt een vertekend beeld van de wetenschap.

Dat komt natuurlijk, in ieder geval voor een deel, omdat redacties van toptijdschriften en van kranten in eenzelfde schuifje zitten. Beide zitten gevangen in de strijd om het beste en grootste nieuws, en maken in die strijd liever fouten van de tweede soort dan van de eerste soort: ze accepteren een spraakmakend stuk dat later niet helemaal waterdicht blijkt te zijn en laten een doortimmerd genuanceerd stuk graag over aan de mindere bladen. (Media zou je op analoge wijze kunnen indelen: kwaliteitskranten vinden een fout van de eerste soort het ergst, nu.nl fouten van de tweede soort – ‘echte’ geleerden noemen *Nature* en *Science* dan ook graag de boulevardbladen van de wetenschap.)

Hierdoor kan het, zelfs als het tweede echelon allang zijn werk heeft gedaan en het getetter van de toptijdschriften ruimschoots heeft afgezwakt, nog jaren duren voordat hun heilzame werk tot de media doordringt. Onlangs publiceerde een Franse onderzoeksgroep de resultaten van hun analyse van de wijze waarop televisie over adhd bericht.¹ Het stond niet in een toptijdschrift, dus

misschien klopt het, en het aardige is bovendien dat het nu eens over televisie gaat, en niet over kranten – de meeste mensen krijgen hun informatie tegenwoordig nu eenmaal van de tv. Het gaat overigens ook op voor kranten.²

In een vrij heroïsche onderneming spitten Mélanie Bourdaa en haar collega’s van de universiteit van Bordeaux de archieven door van de Franse ‘Inathèque’,³ op zoek naar documentaires over adhd en Ritalin tussen 1995 en 2011. Zij vroegen zich af hoe de programma’s over drie kwesties berichtten: is adhd vooral genetisch, helpt Ritalin tegen onderprestatie op school, en is adhd zichtbaar in de hersenen. De huidige consensus, zo schrijven ze, is dat ‘niemand behalve de meest verstokte determinist’ nog meent dat adhd vooral genetisch is, dat Ritalin aanvankelijk wel leek te schelen bij kinderen met adhd, en dat eerder optimisme over diagnose van adhd via hersenscans niet heeft standgehouden.

Zestig programma’s kwamen boven water, 33 daarvan sneden metterdaad een van bovengenoemde kwesties aan. Die werden uitgeschreven en gecodeerd.

In 11 van de 16 programma’s waarin de oorzaak van adhd ter sprake kwam, werd glashard beweerd dat de ziekte erfelijk is; veelal werden jongetjes opgevoerd die mochten zeggen dat ze ‘zo geboren waren’. In veel programma’s kwamen experts aan het woord die wezen op een hoge overerfbaarheid van adhd (al zegt die weinig over genetische oorzaken), maar dat kwam mede, operen de onderzoekers, omdat televisiemakers bij steeds dezelfde deskundigen te rade gingen.

Van 22 programma’s meldden 16 de heilzame werking van Ritalin op de schoolprestaties van adhd’ers, slechts 3 lieten ook modernere inzichten (‘Ritalin is geen wondermiddel’) langskomen.

Hersenscans doen het goed op televisie, dus geen wonder dat in ettelijke programma’s plaatjes werden getoond met het commentaar dat adhd goed zichtbaar is op hersenscans van kinderen – allemaal dezelfde plaatjes, afkomstig van een artikel waarin am-

per verschil in dopamineactiviteit werd gevonden tussen volwassenen met en zonder adhd.

Televisie meldt, in zekere zin, de opvattingen van eergisteren, en wie zijn nieuws van de televisie haalt, krijgt net zo’n vertekend beeld van de wetenschap als wie zijn nieuws uit de toptijdschriften haalt. Want die melden de onzin van overmorgen. ■

Hans van Maanen

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

LITERATUUR

- 1 Bourdaa M, Konsman JP, Sécail C, Venturini T, Veyrat-Masson I, Gonon F. Does television reflect the evolution of scientific knowledge? The case of attention deficit hyperactivity disorder coverage on French television. *Public Underst Sci* 2013 Jun 4 [Epub ahead of print].
- 2 Gonon F, Konsman JP, Cohen D, Boraud T. Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: the case of attention deficit hyperactivity disorder. *PLoS One* 2012;7:e44275.
- 3 <http://www.institut-national-audiovisuel.fr/nous-connaître/entreprise/index.html>.





Eerste keus bij hypertensie: chloortalidon of hydrochloorthiazide?

Samenvatting

Lambermon E, Jakobs K, Van Merkestein J, Gesthuizen M, Oostindjer A. Chloortalidon of hydrochloorthiazide: wat is eerste keuze bij hypertensie? *Huisarts Wet* 2014;57(4):180-2.

Hoewel de NHG-Richtlijn Cardiovasculair risicomanagement geen voorkeur vermeldt als het gaat om de keuze van een thiazidediureticum, blijkt in de praktijk dat huisartsen hydrochloorthiazide in Nederland ongeveer acht keer vaker voorschrijven dan chloortalidon. Deze voorkeur lijkt vooral bepaald door de veronderstelde verhoogde kans op hypokaliëmie bij patiënten die chloortalidon gebruiken. Gezien de uitkomsten van recent onderzoek is deze claim echter minder urgent geworden. De meeste onderzoeken laten slechts een geringe, klinisch niet relevante daling van het serumkalium zien bij beide middelen. Uit een recent verschenen netwerkmeta-analyse van 9 RCT's blijkt daarnaast dat chloortalidon het aantal cardiovasculaire eindpunten vermindert met 21% ten opzichte van hydrochloorthiazide. Daarom lijkt chloortalidon de voorkeur te hebben bij de behandeling van patiënten bij wie een thiazidediureticum is geïndiceerd.

INLEIDING

De NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement adviseert om als eerste stap in de behandeling van ongecompliceerde hypertensie voor de grootste groep patiënten te kiezen voor onder andere een middel uit de groep van de thiazidediuretica. Hoewel de richtlijnen hieromtrent geen voorkeur vermelden, blijkt in de praktijk dat huisartsen hydrochloorthiazide in Nederland ongeveer acht keer vaker voorschrijven dan chloortalidon.¹ Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat enkele publicaties de aandacht hebben gevestigd op het vaker optreden van hypokaliëmie en daarmee geassocieerde hartritimestoornissen bij gebruik van hoge doseringen thiazidediuretica. Deze bijwerking leek, bij analyse van de eerste gegevens van de MRFIT-trial, een gerandomiseerd onderzoek naar de effecten van meervoudige interventies op de sterfte ten gevolge van coronaire hartziekte, vaker voor te komen bij chloortalidon dan bij hydrochloorthiazide.^{2,3} Hierdoor zouden behandelaars de indruk hebben kunnen krijgen dat chloortalidon samenhangt met een groter cardiovasculair risico. De conclusies waarop dit beeld gebaseerd is, heeft men later als onjuist gekwalificeerd.⁴ Het onderzoeksprotocol van de MRFIT-trial is na vijf jaar juist gewijzigd, omdat was opgevallen dat de mortaliteitscijfers lager waren in de deelnemende centra waarin chloortalidon was gebruikt. De patiënten kregen voortaan chloortalidon in plaats van hydrochloorthiazide.⁵

Een andere verklaring voor de oververtegenwoordiging van hydrochloorthiazide ligt mogelijk in de bredere beschikbaar-

heid van dit middel. Zo was er al langere tijd hydrochloorthiazide in een dosering van 12,5 mg beschikbaar, terwijl de laagst beschikbare dosering van chloortalidon 25 mg was. Combinatiepreparaten, bijvoorbeeld met kaliumsparende diuretica, bestonden lange tijd alleen met hydrochloorthiazide.

Wij geven in dit artikel een toelichting op belangrijke publicaties waarin men deze middelen vergelijkt, om behandelaars in de gelegenheid te stellen een weloverwogen keuze te maken bij het starten van de behandeling van hypertensie.

RECENTE PUBLICATIES

De wijze waarop thiazidediuretica de bloeddruk verlagen is nog niet volledig opgehelderd. De belangrijkste werking op de korte termijn is de remming van de terugresorptie van NaCl in de distale tubulus. Hierdoor wordt extra water en natrium via de urine geloosd, waardoor het circulerend volume afneemt, hetgeen de bloeddruk doet dalen. Op de langere termijn is het effect dat deze middelen als groep hebben op de perifere weerstand waarschijnlijk het belangrijkste.⁶

Omdat chloortalidon een langere halfwaardetijd heeft ten opzichte van hydrochloorthiazide is te verwachten dat bij eenmaal daags gebruik een stabielere verlaging van de bloeddruk optreedt. Door de relatief kortere halfwaardetijd van hydrochloorthiazide verlaagt het de bloeddruk in de nacht in mindere mate dan chloortalidon.^{7,8} Verder heeft men een gunstig effect van chloortalidon op de permeabiliteit van de vaatwand en op de aggregatie van bloedplaatjes beschreven.⁹ Deze factoren zouden een gunstiger invloed op de ontwikkeling van hart- en vaatziekte kunnen verklaren.

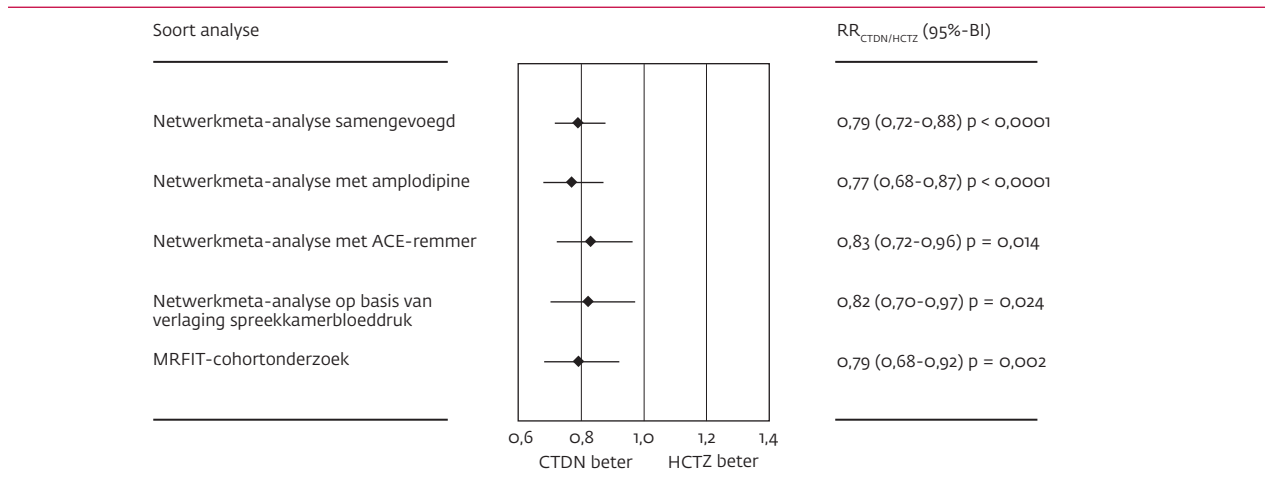
Om de effectiviteit van chloortalidon te kunnen vergelijken met die van hydrochloorthiazide heeft men reviews en retrospectieve onderzoeken uitgevoerd. Er is geen gerandomiseerd prospectief onderzoek verricht waarbij chloortalidon en hydrochloorthiazide direct is vergeleken met een cardiovasculair event (CVE) als eindpunt. Omdat deze middelen al jaren als generiek product op de markt zijn, mogen we niet verwachten dat een dergelijk onderzoek er in de toekomst komt.

In 2012 verscheen er een netwerkmeta-analyse van 9 RCT's,

De kern

- Chloortalidon geeft een betere verlaging van de 24-uursbloeddruk dan hydrochloorthiazide.
- Bij de behandeling van hypertensie geeft chloortalidon 21% meer daling van het optreden van cardiovasculaire eindpunten dan hydrochloorthiazide.
- De kaliumdaling als gevolg van het gebruik van thiazidediuretica is gering en lijkt klinisch niet relevant.
- Chloortalidon lijkt het middel van keuze wanneer een thiazidediureticum is aangewezen voor de behandeling van hoge bloeddruk.

Figuur Relatief risico voor cardiovasculaire eindpunten, naar soort analyse



waarbij men als voorwaarde hanteerde dat steeds in een van de groepen van de geïncludeerde trials ofwel hydrochloorthiazide ofwel chloortalidon als eerste stap in de behandeling van hypertensie was ingezet. Verder moesten deze trials als eindpunt sterfte ofwel een of meer CVE's gedefinieerd hebben. Trials gericht op intermediaire eindpunten werden geëxcludeerd. In dit onderzoek heeft men trials, waaronder bekende landmark-trials als ACCOMPLISH, SHEP, ALLHAT en SHELL, geïncludeerd, met een totaal aantal patiënten van 78.350. Daarnaast heeft men een retrospectieve cohortanalyse opgenomen, die was gebaseerd op gegevens van de MRFIT-trial – eerder gepubliceerd in 2011. Deze analyse betrof de gegevens van 12.866 mannen met een hoog Framingham-risico die nog geen CVE hadden doorgemaakt. De follow-upduur was 7 jaar.¹⁰

Bij een netwerkmeta-analyse maakt men gebruik van onderzoeken die een van de te vergelijken interventies vergelijken met een gemeenschappelijke derde interventie. Men neemt aan dat, indien de onderzochte populaties voldoende overeenkomen, de verschillen in uitkomsten tussen de te onderzoeken interventies en de gemeenschappelijke interventie direct aan elkaar gerelateerd kunnen worden. Onderzoek in deze vorm heeft minder bewijskracht dan een RCT, waarin interventies direct worden vergeleken, maar biedt een beter houvast dan retrospectief onderzoek. Een voorwaarde hiervoor is echter wel dat er transparantie is ten aanzien van de gebruikte statistische methoden op grond waarvan de geïncludeerde onderzoeken gekoppeld zijn.¹¹

Men heeft de RCT's in deze netwerkmeta-analyse op twee verschillende manieren vergeleken: op basis van vergelijking van de relatieve risico's op een CVE, van hydrochloorthiazide en chloortalidon met een ander geneesmiddel, en op basis van de waargenomen verschillen in de daling van de systolische spreekkamerbloeddruk bij behandeling met hydrochloorthiazide respectievelijk chloortalidon, vergeleken met het andere geneesmiddel. Men heeft voor deze werkwijze gekozen om de invloed van de verschillen in opbouw van de populaties in de RCT's zo gering mogelijk te maken.

Bij vergelijking van chloortalidon en hydrochloorthiazide met amlodipine was de verhouding tussen de relatieve risico's van chloortalidon respectievelijk hydrochloorthiazide (RRCTDN/HCTZ) gelijk aan 0,77 (95%-BI 0,68 tot 0,87; p < 0,0001). Bij vergelijking van chloortalidon en hydrochloorthiazide met ACE-remmers was RRCTDN/HCTZ gelijk aan 0,83 (95%-BI 0,72 tot 0,96; p = 0,014). Bij vergelijking van chloortalidon en hydrochloorthiazide via het verschil in effect op de spreekkamerbloeddruk was RRCTDN/HCTZ voor het geheel aan RCT's gelijk aan 0,82 (95%-BI 0,70 tot 0,97; p = 0,024). Voor de retrospectieve cohortanalyse was RRCTDN/HCTZ gelijk aan 0,79 (95%-BI 0,68 tot 0,92; p = 0,002).

De uitkomsten van de verschillende meta-analyses uit deze review, alsmede de uitkomst van de retrospectieve cohortanalyse, staan in de [figuur]. In alle weergegeven analyses is chloortalidon superieur aan hydrochloorthiazide. Ten aanzien van het optreden van CVE geeft chloortalidon een relatieve risicoreductie van circa 21% ten opzichte van hydrochloorthiazide (p < 0,0001).¹²

Abstract

Lambermon E, Jakobs K, Van Merkestein J, Gesthuizen M, Oostindjer A. Chlorthalidone or hydrochlorothiazide: which is the first choice for hypertension? *Huisarts Wet* 2014;57(4):180-2.

Although the Dutch College of General Practitioners' guideline on the management of cardiovascular risk does not express a preference for a thiazide diuretic, in practice Dutch general practitioners prescribe hydrochlorothiazide roughly eight times more often than chlorthalidone. This preference seems to be based on the assumed greater risk of hypokalaemia in patients who use chlorthalidone. The results of recent studies suggest that this is a less of a problem, with most studies showing a limited, not clinically relevant, decrease in serum potassium levels with both drugs. Moreover, a recent network meta-analysis involving nine randomized controlled trials showed that the decrease in 24-hour blood pressure was greater with chlorthalidone than with hydrochlorothiazide. This resulted in a 21% decrease in the number of cardiovascular events with chlorthalidone compared to hydrochlorothiazide. On the basis of these findings, chlorthalidone would seem the preferred drug for patients with an indication for a thiazide diuretic.

Aan de hand van cijfers van een van de trials in de review kan geschat worden dat om 1 CVE te voorkomen 27 patiënten gedurende 5 jaar behandeld dienen te worden met chloortalidon in plaats van met hydrochloorthiazide.¹³

HYPOKALIËMIE

In 2013 heeft men een retrospectief onderzoek gepubliceerd van gegevens uit een combinatie van enkele Canadese gezondheidsregistraties. Daarbij heeft men na statistische bewerking twee deelgroepen gevormd met daarin patiënten ouder dan 66 jaar die onlangs, maar niet gerandomiseerd, gestart waren met chloortalidon, dan wel met hydrochloorthiazide. Men kon geen verschil aantonen tussen beide middelen voor wat betreft de invloed op cardiovasculaire sterfte, waarschijnlijk omdat de mediane follow-upduur in de chloortalidongroep slechts 255 dagen was. De patiënten die in dit onderzoek chloortalidon gebruikten, hadden echter driemaal zoveel kans op ziekenhuisopname ten gevolge van hypokaliëmie, als de groep die hydrochloorthiazide gebruikte.¹⁴

Andere onderzoeken vinden ten aanzien van hypokaliëmie, bij equipotente doseringen, geen relevant verschil. In 2006 vergeleek men chloortalidon en hydrochloorthiazide in een enkelzijdig blind cross-overonderzoek, waarbij 24 patiënten eerst 8 weken het ene middel kregen en daarna, na een pauze van 4 weken zonder diuretica, het andere. In dit onderzoek bleek chloortalidon een grotere daling van de 24-uursbloeddruk te bewerkstelligen dan hydrochloorthiazide. De effecten van beide middelen op de serumkaliumspiegels waren vergelijkbaar, met dalingen tussen 0,3 en 0,5 mmol/l. Geen van de patiënten had klachten die bij hypokaliëmie pasten.⁷

In 2010 vergeleek een review behalve het bloeddrukverlagend effect ook het verschil in de mate waarin de kaliumspiegel daalde bij patiënten die hydrochloorthiazide dan wel chloortalidon kregen. De onderzoekers includeerden 10 RCT's over hydrochloorthiazide en 7 over chloortalidon, waarbij de doseringen van de middelen sterk verschilden.

De kaliumspiegels daalden maximaal met 0,7 mmol/l. Indien men een maximale dosering van 50 mg voor hydrochloorthiazide respectievelijk 25 mg voor chloortalidon hanteert, zoals gebruikelijk is bij de behandeling van hypertensie, blijft de daling van de kaliumspiegels beperkt tot 0,47 mmol/l voor hydrochloorthiazide en 0,55 mmol/l voor chloortalidon.¹⁵

In de bespreking van de analyse van een cohort van 33.357 patiënten uit het ALLHAT-onderzoek (met in dit cohort 9159 chloortalidongebruikers) geven de auteurs aan dat zorgen omtrent de kaliumspiegel geen invloed zouden mogen hebben op de keuze van de arts om hypertensiebehandeling te starten met een thiazidediureticum, zoals chloortalidon in een dagelijkse dosering van 12,5 of 25 mg.¹⁶

Opvolging van de aanbeveling om regelmatig de kaliumspiegel te controleren, zoals de NHG-Standaard adviseert voor patiënten die behandeld worden met thiazidediuretica, zal de kans op complicaties door hypokaliëmie verder verkleinen.

CONCLUSIE

De beschreven onderzoeken laten zien dat chloortalidon de voorkeur verdient boven hydrochloorthiazide bij de behandeling van ongecompliceerde hypertensie; het heeft een gunstiger farmacologisch profiel, veroorzaakt een grotere daling van de 24-uursbloeddruk en reduceert het relatief risico op het krijgen van een CVE met 21%. De daling van de kaliumspiegel die optreedt bij chloortalidon of hydrochloorthiazide is in de meeste onderzoeken niet van een klinisch relevante omvang, waarbij men geen verschil aantoonde tussen beide middelen.

Al in 2010 is aandacht gevraagd voor de keuze van een thiazidediureticum; destijds noemde men het inzetten van chloortalidon een verdedigbare keuze.¹⁷ Wij willen op grond van de besproken gegevens verder gaan en Nederlandse huisartsen ter overweging geven om te kiezen voor chloortalidon in plaats van hydrochloorthiazide indien een van deze middelen geïndiceerd is bij de behandeling van ongecompliceerde hypertensie. Een door het NHG te formuleren inhoudelijk standpunt zou huisartsen hierin tot steun kunnen zijn. ■

LITERATUUR

- 1 Genees- en hulpmiddelen Informatie Project. GIP/College voor zorgverzekeringen, 2013.
- 2 Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *JAMA* 1982;248:1465-77.
- 3 Siegel D, Hulley SB, Black DM, Cheitlin MD, Sebastian A, Seeley DG, et al. Diuretics, serum and intracellular electrolyte levels, and ventricular arrhythmias in hypertensive men. *JAMA* 1992;267:1083-9.
- 4 Moser M. Why are physicians not prescribing diuretics more frequently in the management of hypertension? *JAMA* 1998;279:1813-6.
- 5 Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Mortality after 10 1/2 years for hypertensive participants in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Circulation* 1990;82:1616-28.
- 6 Hughes AD. How do thiazide and thiazide-like diuretics lower blood pressure? *J Renin Angiotensin Aldosterone Syst* 2004;5:155-60.
- 7 Ernst ME, Carter BL, Goerdt CJ, Steffensmeier JJC, Phillips BB, Zimmerman MB, et al. Comparative antihypertensive effects of hydrochlorothiazide and chlorthalidone on ambulatory and office blood pressure. *Hypertension* 2006;47:352-8.
- 8 Carter BL, Ernst ME, Cohen JD. Hydrochlorothiazide versus chlorthalidone: evidence supporting their interchangeability. *Hypertension* 2003;43:4-9.
- 9 Woodman R, Brown C, Lockette W. Chlorthalidone decreases platelet aggregation and vascular permeability and promotes angiogenesis. *Hypertension* 2010;56:463-70.
- 10 Dorsch MP, Gillespie BW, Erickson SR, Bleske BE, Weder AB. Chlorthalidone reduces cardiovascular events compared with hydrochlorothiazide: a retrospective cohort analysis. *Hypertension* 2011;57:689-94.
- 11 Jansen JP, Fleurence R, Devine B, Itzler R, Barrett A, Hawkins N, et al. Interpreting indirect treatment comparisons and network meta-analysis for health-care decision making: report of the ISPOR Task Force on Indirect Treatment Comparisons Good Research Practices: part 1. *Value Heal J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2011;14:417-28.
- 12 Roush GC, Holford TR, Guddati AK. Chlorthalidone compared with hydrochlorothiazide in reducing cardiovascular events: systematic review and network meta-analyses. *Hypertension* 2012;59:1110-7.
- 13 Wing LMH, Reid CM, Ryan P, Beilin LJ, Brown MA, Jennings GLR, et al. A comparison of outcomes with angiotensin-converting-enzyme inhibitors and diuretics for hypertension in the elderly. *N Engl J Med* 2003;348:583-92.
- 14 Dhalla IA, Gomes T, Yao Z, Nagge J, Persaud N, Helliens C, et al. Chlorthalidone versus hydrochlorothiazide for the treatment of hypertension in older adults: a population-based cohort study. *Ann Intern Med* 2013;158:447-55.
- 15 Neff KM, Nawarskas JJ. Hydrochlorothiazide versus chlorthalidone in the management of hypertension. *Cardiol Rev* 2010;18:51-6.
- 16 Alderman MH, Piller LB, Ford CE, Probstfield JL, Oparil S, Cushman WC, et al. Clinical significance of incident hypokalemia and hyperkalemia in treated hypertensive patients in the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial. *Hypertension* 2012;59:926-33.
- 17 Kooter AJ, Smulders YM. Bij hypertensie liever chloortalidon dan hydrochloorthiazide. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1608.



Systematische review

PRAKTIJKPROBLEEM

Een patiënte met knieartrose vraagt u of glucosamines haar zullen helpen. In de NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen staat dat dit een optie is, maar dat het therapeutische effect onvoldoende is aangetoond. De *evidence* voor dit advies is van het hoogste niveau, er wordt verwezen naar een systematische review van de Cochrane Collaboration. Wat zijn dat ook alweer, systematische reviews, en waarom staan ze zo hoog aangeschreven?

ACHTERGROND

In een systematische review wordt getracht een zo compleet mogelijk beeld te geven van het beschikbare wetenschappelijke bewijs voor een bepaalde interventie, een diagnostische test of een epidemiologische relatie. In deze bijdrage beperken we ons tot reviews van interventies.

UITWERKING

Voor veel medische interventies geldt dat er veel onderzoek is gedaan naar de werkzaamheid. Zo zijn er vele honderden *randomised controlled trials* (RCT's) die het effect onderzochten van bijvoorbeeld bloeddrukverlagende middelen, antidiabetica en antibiotica. Vaak zijn de resultaten van verschillende RCT's niet eensluidend, hetgeen weinig houvast biedt voor de dagelijkse praktijk. Om een goed inzicht te krijgen in al dat onderzoek is de systematische review bedacht.

Een goede systematische review begint met een protocol waarin de voorgenomen aanpak is vastgelegd. Zo'n protocol bevat onder andere de zoekstrategie, in- en exclusiecriteria van het type onderzoeken dat men wil opnemen, primaire en secundaire uitkomstmaten, hoe men de methodologische kwaliteit wil beoordelen, en welke statistische technieken men gaat gebruiken om de uitkomsten van de gevonden onderzoeken te combineren.

Om zoveel mogelijk van de ooit uitgevoerde onderzoeken te vinden, dient een goede zoekstrategie te worden gekozen. Verschillende databases dienen te worden geraadpleegd, niet alleen algemene medische databases zoals Medline en Embase, maar ook meer gespecialiseerde databases. Vaak wordt gepoogd om ook onderzoek te vinden dat niet in tijdschriften is gepubliceerd, omdat we weten dat gepubliceerd onderzoek vaak een rooskleurige selectie is van de totale hoeveelheid onderzoek. Niet-gepubliceerd onderzoek probeert men te vinden door congresverslagen door te nemen, in trialregisters te zoeken

en experts te raadplegen.

Het maken van een systematische review is *teamwork*, niet alleen doordat verschillende expertise noodzakelijk is (inhoudsdeskundige, informatiespecialist, epidemioloog, statisticus), maar ook omdat verschillende stappen in het proces bij voorkeur door ten minste twee personen worden uitgevoerd, om zo de kans op fouten te verkleinen.

Voor systematische reviews van interventies (behandelingen) is het gebruikelijk dat men zich beperkt tot RCT's, omdat die worden beschouwd als de meest overtuigende methode om de werkzaamheid van een behandeling vast te stellen.¹

Wanneer er voldoende RCT's beschikbaar zijn, die voldoende homogeen zijn qua setting en onderzoeksopzet en bovendien over dezelfde uitkomstmaat rapporteren, kunnen de resultaten van de onderzoeken worden gecombineerd en kan het gemiddelde effect worden berekend. Dit wordt een meta-analyse genoemd. Doordat het betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde effect kleiner is dan dat van de afzonderlijke onderzoeken, resulteert dit in een preciezere schatting. Het icoontje bij de PEARLS-rubriek in dit tijdschrift (het logo van de Cochrane Collaboration) is een voorbeeld van een *forest plot*, waarin zeven RCT's zijn samengevat in één 'wybertje'.

Door de eisen die de Cochrane Collaboration stelt zijn Cochrane-reviews gemiddeld van betere kwaliteit dan andere systematische reviews, bovendien worden ze regelmatig geactualiseerd.² Zo is de Cochrane-review over glucosamines bij artrose gepubliceerd in 2005, maar in 2009 geactualiseerd, met 9 nieuwe RCT's.³

BETEKENIS

Het is niet nodig dat een huisarts bij elke vraag die hij zich stelt een systematische review zoekt. De NHG-Standaarden gebruiken deze en maken er een praktische vertaling van, toegesneden op de Nederlandse huisartsenpraktijk. Maar als er geen NHG-Standaard of CBO-Richtlijn is, of het richtlijnadvis gebaseerd is op oude literatuur, is een recente systematische review de beste bron om na te gaan wat het bewijs is voor een bepaalde behandeling. U vindt ze door in PubMed eerst uw inhoudelijke zoektermen in te tikken (zoals de ziekte en interventie) en vervolgens gebruik te maken van het filter *Article types*, en daar te kiezen voor *Systematic review* al of niet gecombineerd met *Meta-analysis*. ■

LITERATUUR

- 1 De Jong J, Van Dijk N. Randomised controlled trial. Huisarts Wet 2013;56:391.
- 2 <http://www.cochrane.org/training/cochrane-handbook>.
- 3 Towheed T, Maxwell L, Anastassiades TP, Shea B, Houpt JB, Welch V, et al. Glucosamine therapy for treating osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev 2005, Issue 2. Art. No.: CD002946.

De serie Praktische epidemiologie laat zien dat er een wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor veel handelingen die de huisarts in de dagelijkse praktijk intuïtief uitvoert. Aan de hand van een herkenbaar praktisch gegeven in de praktijk geven we kort aan hoe de wetenschap achter dit praktijkprobleem in elkaar zit. Correspondentie: j.eekhof@nhg.org.

EMGO+, VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam; dr. J.C. van der Wouden, universitair hoofddocent • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl

NHG-Standaard Delier (eerste herziening)

Wietze Eizenga, Paul Dautzenberg, Just Eekhof, Ton Scholtes, Marleen van Venrooij, Monique Verduijn, Tjerk Wiersma, Jako Burgers, Gerda van der Weele

Belangrijkste wijzigingen

- Naast het delier bij ouderen wordt in deze herziening ook het delier in de palliatieve fase besproken.
- Er is meer aandacht voor preventie van een delier. Dit betreft zowel de vroege herkenning van (prodromale) symptomen als maatregelen ter voorkoming van een recidief.
- De standaard bespreekt aandachtspunten voor overdracht bij ontslag uit het ziekenhuis van patiënten met persisterende symptomen van een delier.

Kernboodschappen

- Denk aan delier bij een bewustzijnsverandering met een aandachtsstoornis, incoherent denken of desoriëntatie als dit beeld in korte tijd (uren tot dagen) is ontstaan en de ernst van de symptomen over het etmaal fluctueren.
- Een delier is een ernstig, spoedeisend beeld dat wordt uitgelokt door één of meer somatische stoornissen; onderzoek naar en behandeling van de oorzaken staan centraal in de aanpak.
- Patiënten met een cognitieve stoornis/dementie hebben een (sterk) verhoogde kans op een delier; bij hen kan plotseling toenemende verwardheid, ook zonder duidelijke fluctuaties en een aandachtsstoornis, duiden op een delier.
- Een goede heteroanamnese van verzorger(s) is essentieel voor herkenning van een delier, omdat de anamnese vanwege de wisselende toestand van de patiënt niet betrouwbaar is.
- De behandeling en preventie richten zich op beïnvloedbare factoren die een delier kunnen uitlokken zoals medicatie (vooral recente wijziging van medicatie of dosering, gebruik van middelen met een anticholinerg effect, morfine en polyfarmacie), (sterke) ondervoeding, dehydratie, slaapdeprivatie, immobiliteit, visus- en gehoorbeperking.

- Indien medicamenteuze bestrijding van angst, achterdocht, hallucinaties of hevige motorische onrust is geïndiceerd, is haloperidol het middel van eerste keus. Bij patiënten met de ziekte van Parkinson of 'Lewy body'-dementie is haloperidol gecontra-indiceerd en vergt medicamenteuze behandeling van een delier specialistisch overleg.
- Belangrijke voorwaarden voor (thuis) behandeling van een patiënt met een delier zijn een veilige omgeving en continue aanwezigheid van verzorgers, met één van de betrokken hulpverleners (bij voorkeur wijkverpleegkundige of huisarts) als coördinator en aanspreekpunt.
- Als voorbereiding op ontslag uit het ziekenhuis van een patiënt met nog aanwezige symptomen van een delier is transmuraal overleg tussen behandelend specialist en huisarts vereist, evenals afstemming met patiënt, mantelzorger en eventueel de thuiszorgorganisatie.

INLEIDING

De NHG-Standaard Delier geeft richtlijnen voor signalering van een delier en het diagnostisch en therapeutisch beleid bij een delier bij ouderen en bij patiënten in de palliatieve fase. Een delier kan op alle leeftijden ontstaan, maar komt het meest voor bij kwetsbare, oudere patiënten. Een delier bij jongere

en niet-kwetsbare patiënten valt buiten het bestek van deze standaard.

De standaard bespreekt ook de preventie van een recidief delier bij ouderen en benoemt aandachtspunten voor het organiseren van adequate zorg, waarin veiligheid voor de patiënt en diens omgeving is gegarandeerd.

Een delier wordt soms niet herkend, vooral de hypoactieve, apathische vorm ('stil delier'), ook omdat de symptomen van een delier over de dag fluctueren.¹ Tevens kan een delier moeilijk te onderscheiden zijn van andere ziektebeelden, zoals dementie en depressie, en daar ook mee samengaan.

Voor zowel de patiënt als de naasten en verzorgers kan een delier een beangstigende ervaring zijn. Een delier kan ook belastend zijn voor hulpverleners; het is een spoedeisend beeld en kan leiden tot een (crisis)situatie waarin door de omgeving op korte termijn om een oplossing wordt gevraagd, in het bijzonder bij ernstig zieke of zeer onrustige patiënten. Intensieve zorg moet vaak snel georganiseerd worden. Dit benadrukt het belang van een proactieve aanpak bij patiënten met een hoog risico op het ontwikkelen van een delier. Vooral bij patiënten in de palliatieve fase is het van belang extra alert te zijn op prodromale verschijnselen. Bij vroege herkenning kunnen maatregelen worden genomen om te voorkomen dat een delier en een crisissituatie ontstaan.

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

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

afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkaafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

Eizenga WH, Dautzenberg PLJ, Eekhof JAH, Scholtes ABJ, Van Venrooij MH, Verduijn MM, Wiersma TJ, Burgers JS, Van der Weele GM. NHG-Standaard Delier (eerste herziening). Huisarts Wet 2014;57(4):184-93.

De NHG-Standaard Delier is geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie: Van der Weele GM, Van Dijk A, Eekhof JAH, Olde Rikkert MGM, Scholtes ABJ, Veehof LJG, Janssen PGH, Eizenga WH. NHG-Standaard Delier bij Ouderen. Huisarts Wet 2003;46(3):141-6.

Het klinisch beeld en de aanpak van een delier in de palliatieve fase komen in grote lijnen overeen met die van het delier in andere levensfasen, maar kent ook enkele specifieke aandachtspunten.² In de stervensfase kan een delier het afscheid nemen voor de patiënt en zijn naasten verstoren. Bestrijding van angst, achterdocht, hallucinaties of motorische onrust is van belang om de patiënt de mogelijkheid te bieden zijn gedachten weer op orde te krijgen en waardig afscheid te nemen. In de palliatieve fase is doorgaans al veel zorg ingezet. Bij een delier kan het zorgsysteem echter dreigen te decompenseren. Een delier in de terminale fase kan moeilijk behandelbaar zijn, wat aanleiding kan zijn voor consultatie van een consulent palliatieve zorg.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Een *delier* is een neuropsychiatrisch toe-standsbeeld, dat zich kenmerkt door:³

- een aandachtsstoornis (verminderd vermogen de aandacht ergens op te richten, vast te houden of te wisselen) en bewustzijnsstoornis (gedaald bewustzijn of gedaald besef van de omgeving) én
- acuut opgetreden verandering (in uren tot dagen) en fluctuerende symptomatologie (de verschijnselen manifesteren zich in de avond en nacht doorgaans nadrukkelijker dan overdag);
- een verandering in cognitie (zoals een geheugenstoornis, oriëntatiestoornis, taalstoornis) of de ontwikkeling van een waarnemingsstoornis (hallucinaties), die niet beter verklaard wordt door pre-existente of zich ontwikkelende dementie.

Daarnaast kunnen zich (paranoïde) wanen voordoen.

Een aanvullend diagnostisch criterium is dat op grond van de anamnese, het lichamelijk onderzoek of de laboratoriumgegevens het vermoeden bestaat dat de stoornis wordt veroorzaakt door een of meer lichamelijke ziekten, geneesmiddelenintoxicaties of onttrekking (dan wel wijziging) van medicatie of alcohol. Echter, indien een kwetsbare

oudere een beeld ontwikkelt met bovenstaande kenmerken is de kans dat het om een delier gaat groot, ook als er niet (direct) een afdoende verklaring wordt gevonden.

Bij patiënten met een cognitieve stoornis/dementie kan plotseling toenevende verwardheid (ook zonder duidelijke fluctuaties en aandachtsstoornis) duiden op een delier.

NHG-Guideline Delirium

Eizenga WH, Dautzenberg PLJ, Eekhof JAH, Scholtes ABJ, Van Venrooij MH, Verduijn MM, Wiersma Tj, Burgers JS, Van der Wee GM. Dutch College of General Practitioners' Guideline Delirium (first revision). *Huisarts Wet* 2014;57(4):184-93.

INTRODUCTION The Dutch College of General Practitioners' (NHG) Guideline Delirium provides recommendations about the diagnosis, treatment, and prevention of delirium in general practice. Frail elderly patients and terminal patients are at greatest risk of developing delirium, which should be dealt with urgently. If the underlying condition(s) can be treated, delirium is in principle reversible. However, it is difficult to recognize delirium, especially in patients who are not hyperactive or agitated, because the severity of symptoms tends to fluctuate throughout the day.

DIAGNOSIS The diagnostic work up is twofold – diagnosis of delirium itself and of the underlying cause(s). The main features of delirium are: disturbances of attention and awareness; acute onset of symptoms (hours to a few days); symptom severity fluctuates throughout the day; disturbances of cognition (such as memory deficit, disorientation), language, or perception (hallucinations). Evidence from the history, physical examination, or laboratory investigations that signs and symptoms are a direct physiological consequence of one or multiple medical conditions or substance intoxication or withdrawal makes the diagnosis more probable.

Once the diagnosis has been made, the next step is to establish the underlying cause(s). This requires a thorough medical history (partly provided by a relative or carer), complete physical examination, and relevant laboratory investigations (including minimally blood glucose level and a urine-nitrite test). The need and urgency for additional investigations depend on the patient's history, physical findings, and life expectancy.

TREATMENT The three main treatment goals are: to guarantee a safe environment and adequate care for the patient; to treat underlying cause(s); and, if present, to treat severe physical agitation, anxiety, and hallucinations. If symptomatic medication is indicated, the drug of choice for most patients is haloperidol (which is contraindicated in patients with Parkinson's disease or Lewy body dementia). If agitation persists, a short-acting benzodiazepine, such as lorazepam, can be added temporarily. The haloperidol dose should be gradually reduced after maximally 1 week, and earlier if possible. In the case of patients with severe anxiety or agitation due to delirium caused by the withdrawal of alcohol or tranquillizers, a short-acting benzodiazepine (such as lorazepam) is the drug of choice.

Control visits, consultation and referral A patient with delirium who is cared for at home should be visited regularly (daily in severe cases) to monitor the course of symptoms of delirium and the underlying conditions, to detect complications (such as dehydration), and to assess the need for treatment changes, additional investigations, or additional help. Special attention should be given to the continuity of care during out-of-office hours. If symptomatic treatment is needed for more than 1 week, a specialist should be consulted. Referral to hospital is necessary if specific diagnostic facilities are required or if adequate care, treatment, and safety at home cannot be guaranteed.

After care and prevention The discharge from hospital of patients who developed delirium during hospitalization (and especially those patients with persistent symptoms of delirium) should be planned with care to guarantee adequate continuity of care at home in a safe environment, in consultation with the patient, specialist/nursing staff, family members, and home care services. Efforts to prevent delirium should focus on reducing individual risk factors. In addition, patients and carers should be extra alert for early symptoms of recurrent delirium during episodes of disease or other stress factors. If such symptoms are detected, patients or their carers should contact their general practitioner promptly.

Er zijn verschillende psychomotorische verschijningsvormen van delier:⁴

- De *onrustige/hyperactieve* vorm wordt gekarakteriseerd door motorische onrust en agitatie (aan de dekens plukken, doelloos bewegen of ronddwalen, uit bed willen klimmen), een verminderde controle (niet stil kunnen zitten/liggen als de situatie dat vergt), rusteloosheid (klachten over mentale rusteloosheid

of agitatie), roepen, schelden en afwezen van verzorgers. Bij deze vorm is de patiënt vaak hyperalert. Meestal zoeken de verzorgers bij een hyperactief delier snel hulp, omdat de verzorging als moeilijk wordt ervaren.

- Bij de *apathische/hypoactieve* vorm ('stil delier') is sprake van bewegingsarmoede (afname van spontane bewegingen, trager op gang komen en uitvoeren van activiteiten) en verminderde interactie met de omgeving. Andere kenmerken zijn: minder en langzamer spreken, verminderd bewustzijn van de omgeving (passief, onverschillig reagerend), apathisch of zich terugtrekkend gedrag en verminderde aandacht. Een apathisch-delirante patiënt wordt doorgaans als een gemakkelijke patiënt ervaren, waardoor het beeld vaak laat of niet als delier wordt herkend en nogal eens wordt verward met depressie of dementie.
- Bij de *gemengde* vorm is de patiënt afwisselend hyper- en hypoactief; dit komt bij ouderen veel voor.

Het onderscheiden van deze verschijningsvormen is vooral relevant voor het herkennen van een delier. Er is geen overtuigend bewijs dat het consequenties heeft voor de behandeling.

Epidemiologie en prognose

De prevalentie van delier onder ouderen vanaf 65 jaar in de algemene bevolking varieert van 1,8 tot 2,3%. In onderzoek naar delier onder bewoners in Nederlandse verzorgingshuizen werd een incidentie van 14,6 per 100 persoonsjaren en een prevalentie van 8,2% gevonden. Over het voorkomen van delier in de huisartsenpraktijk zijn slechts beperkt cijfers beschikbaar.⁵

Hoewel delier als een reversibel beeld wordt beschouwd, blijkt uit onderzoek dat ouderen die een delier doormaakten tijdens een ziekenhuisopname een ongunstige prognose hebben met betrekking tot volledig herstel, levensverwachting, opnames in zorginstellingen en cognitieve achteruitgang.⁶

Onder patiënten vanaf 50-jarige leeftijd die tijdens ziekenhuisopname een delier doormaakten werden bij ont-

slag nog bij 45% symptomen gevonden; 3 maanden na ontslag nog bij 33%.⁷ Het risico op langdurig persisterende symptomen is hoger bij patiënten met comorbiditeit (zoals dementie), een ernstig delier en een hypoactief delier.⁸

Pathofysiologie en etiologie

Een delier is een uiting van een acute, diffuse cerebrale ontregeling met complexe pathofysiologie. De leidende hypothese is dat een disbalans in het cholinerge-dopaminerge systeem een centrale rol speelt, met een (relatief) tekort aan acetylcholine.⁹ Met het ouder worden treden geleidelijk veranderingen in het lichaam op, waarbij de lichamelijke en geestelijke reservecapaciteit en draagkracht afnemen en de vatbaarheid voor een delier toeneemt. Alle ernstige somatische stressoren kunnen bij daarvoor gevoelige personen een delier uitlokken. Vaak ontstaat een delier in aanwezigheid van verschillende predisponerende en uitlokkende factoren. Bij een opeenstapeling van factoren en het tekortschieten van compensatiemechanismen kan een relatief geringe prikkel reeds aanleiding zijn voor het ontstaan van een delier. Binnen de geriatrie wordt het delier gerekend tot de 'geriatrische syndromen', die multifactorieel bepaald zijn en waarbij de aanpak bestaat uit zoeken naar en behandeling van etiologisch gerelateerde aandoeningen en inventarisatie en zo mogelijk vermindering van de risicofactoren.¹⁰

Predisponerende, niet-beïnvloedbare factoren, die bijdragen aan een verhoogde kwetsbaarheid voor het ontstaan van een delier, zijn:¹¹

- dementie of andere cognitieve stoornis;
- hoge leeftijd;
- eerder doorgemaakt delier;
- ernstige (multi)morbiditeit.

Diverse potentieel beïnvloedbare factoren kunnen bijdragen aan het uitlokken van een delier, zoals:¹¹

- infectie, zoals een urineweginfectie en pneumonie;
- metabole ontregeling, zoals hyponatriëmie (bijvoorbeeld bij diuretica, SSRI's, venlafaxine, NSAID's, carba-

mazepine), hyper- of hypoglykemie, hypercalciëmie; ondervoeding; dehydratie; alcoholmisbruik, alcohol-, nicotine- of cannabisonttrekking;

- medicatie [zie kader **Geneesmiddelen met verhoogd risico op delier**], medicatiewijziging of -onttrekking, polyfarmacie (in het bijzonder bij cumulatie van anticholinerge effecten);
- cerebrale pathologie: CVA, intracraniale bloeding, hersentumor/metastase, meningitis (carcinomatos);
- pijn; urineretentie of obstipatie; acuut trauma, met name een fractuur, operatie; immobiliteit, mobiliteitsbeperkende maatregelen, katheter;
- verminderde oriëntatie door gehoor- en/of visusbeperking; slaaptkort; omgevingsverandering (bijvoorbeeld ziekenhuis- of dagopname).

Geneesmiddelen met verhoogd risico op delier^{*12}

Psychofarmaca

- Benzodiazepinen, met name bij gebruik langer dan een maand en middelen met lange halfwaardetijd: *chloordiazepoxide*, *nitrazepam*, *diazepam*.
- Antidepressiva: tricyclische (anticholinerge werking sterkst bij *amitriptyline*, minst bij *nortriptyline*) en SSRI's.
- Antipsychotica (met name bij gebruik langer dan een maand).

Analgetica

- Opiaten, met name *langwerkende* (zoals morfinetabletten met geregleerde afgifte en fentanylpleisters); ook *tramadol* en *codeïne*.
- NSAID's (o.a. risico op verslechtering nierfunctie).

Overige groepen

- Urogenitale parasymphaticolytica (anticholinergica): *oxybutynine*, *tolterodine*.
- Klassieke antihistaminica (met name bij gebruik langer dan een week): *dimetindeen*, *hydroxyzine*, *promethazine*, *clemastine*, *cinnarizine*, *cyclizine*, *alimemazine*.
- Corticosteroiden, met name hoge doses: *prednison*, *dexamethason* (vanaf circa 40 respectievelijk 10 mg/dag).
- *Metoclopramide*, vooral bij langer gebruik (> 5 dagen) en hogere doseringen (> 3 dd 10 mg).

* Deze lijst is niet limitatief; er zijn alleen geneesmiddelen vermeld waarvan het gebruik in NHG-Standaarden wordt aanbevolen. Bij oudere en kwetsbare patiënten kunnen in principe alle middelen een delier induceren. Alertheid is vooral geboden bij een medicatie- of doseringswijziging.

In de palliatieve fase leiden de volgende factoren vaak tot een delier:

- gebruik van morfinepreparaten (verhoogd risico op cumulatie van morfinemetabolieten bij verminderde nierfunctie in combinatie met uitdroging);
- plotseling staken van medicatie, met name langdurig gebruikte benzodiazepinen en antidepressiva (met name de middelen met een korte halfwaardetijd, zie de NHG-Standaard Depressie), alcohol of nicotine;
- metabole stoornissen, zoals hypercalciëmie als gevolg van botmetastasen (vooral problematisch in combinatie met dehydratie);
- hersentumor of -metastasen, meningitis carcinomatosa;
- dehydratie, anemie, hypoxie.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Aangezien een delier altijd duidt op onderliggende somatische aandoeningen en risicofactoren en multifactorieel bepaald is, zijn een uitgebreide (hetero)-anamnese en lichamelijk onderzoek nodig om de diagnose delier te stellen en tevens om onderliggende pathologie en risicofactoren op te sporen.

Signalering

Vooraf bij kwetsbare ouderen en patiënten in de palliatieve fase is het van belang om extra alert te zijn op verschijnselen die wijzen op het ontwikkelen van een delier.³³ Hierbij is informatie van de partner of verzorger van grote waarde.

Belangrijke signalen zijn dat een patiënt zich plotseling 'niet zichzelf voelt' of dat naasten aangeven dat de patiënt plotseling verward of in korte tijd veranderd is. Hierbij kan het gaan om diverse verschijnselen zoals: het niet kunnen volgen van een gesprek bij verandering van onderwerp, vaak herhalen van antwoorden of moeten herhalen van vragen, summier oogcontact, staren (als aanwijzingen voor een aandachtsprobleem); niet helder kunnen denken, vreemde associaties en bizarre uitlatingen, van de hak op de tak springen en onsamenhangend spreken; veranderd slaap-waakritme, met slaperigheid overdag en nachtelijke onrust, levendige dromen, nachtmerries en verwardheid bij het wakker worden;

angstig, rusteloos, emotioneel labiel of snel geïrriteerd zijn; desoriëntatie en waarnemingsstoornissen. Alertheid is ook geboden als de verzorger vertelt dat de patiënt urenlang stilte in bed ligt, lijkt te slapen en niemand lijkt te herkennen, maar vervolgens weer heel helder is, zelfs relatief onbekenden herkent en er niets aan de hand lijkt te zijn.

Anamnese en heteroanamnese

Bij de meeste delirante patiënten met verminderd bewustzijn is het niet mogelijk een betrouwbare anamnese af te nemen over de voorgeschiedenis en de premorbide situatie. Om de diagnose te stellen en om onderscheid te kunnen maken tussen delier en dementie is het essentieel om aanvullende gegevens te verzamelen via naasten en/of verzorgers die de patiënt goed kennen. De actuele lichamelijke klachten kan de patiënt vaak wel zelf duidelijk maken. Het is van belang de patiënt rustig te benaderen en korte, liefst gesloten vragen te stellen. Omdat op 'goede momenten' het beeld gemist kan worden, kan herhaald beoordelen nodig zijn om de diagnose te stellen of uit te sluiten.

Vraag voor het stellen van de diagnose het volgende na:

- Heeft de patiënt moeite de aandacht te richten en bij een gesprek of handeling te houden of om zich te concentreren (snel afgeleid)?
- Hoe kan het bewustzijnsniveau van de patiënt worden omschreven: alert (normaal), hyperalert (schrikachtig, prikkelbaar, geagiteerd) of hypoalert (traag reagerend, in zichzelf gekeerd, wegdromend of slaperig)?
- Is de verandering acuut ontstaan?
- Fluctueren de verschijnselen gedurende de dag (wisselend aan- en afwezig of wisselend in ernst)?
- Is het denken van de patiënt ongeorganiseerd of incoherent, bijvoorbeeld door onsamenhangende of irrelevante conversatie, een onduidelijke of onlogische gedachtegang of onvoorspelbare verandering van onderwerp? Is de patiënt achterdochtig?
- Zijn er aanwijzingen voor een geheugenstoornis (herinnert de patiënt zich recente gebeurtenissen)?

- Is de patiënt gedesoriënteerd (denkt hij ergens anders te zijn; beseft hij welk dagdeel het is)?
- Zijn er aanwijzingen voor hallucinaties (ziet of hoort de patiënt dingen die er niet zijn) of wanen (waarbij de gedachtegang meestal logisch en te volgen is, maar de inhoud bizar, niet berustend op de werkelijkheid)?
- Is er sprake van motorische onrust (plukkerig, rusteloos) of (afgewisseld met) apathie?

Er zijn op basis van de DSM-IV-criteria diverse observatieschalen ontwikkeld die gevalideerd zijn in ziekenhuispopulaties en daar behulpzaam kunnen zijn bij het stellen van de diagnose delier en het monitoren van de ernst. Geen van deze instrumenten is echter getest onder patiënten in de huisartsenpraktijk, waardoor de betrouwbaarheid en de toegevoegde waarde van het gebruik in de huisartsenpraktijk niet duidelijk zijn.¹⁴

Om de onderliggende oorzaak of oorzaken van een delier op te sporen informeert de huisarts naar:

- verschijnselen van een infectie (koorts, hoesten, dyspneu, mictieklachten);
- reeds aanwezige neurologische, cardiale, respiratoire, metabole, endocriene aandoeningen;
- insufficiënte voeding en vochtinname;
- medicatie [zie kader **Geneesmiddelen met verhoogd risico op delier**] en zelfzorgmiddelen: type en dosering, recente wijzigingen (starten, dosisverandering, staken medicatie), therapietrouw; beoordeel de medicatie desgewenst met ondersteuning van de apotheker;
- alcohol-, nicotine- of cannabisonttrekking;
- pijn, urineretentie, obstipatie, recent trauma, medische ingreep, anesthesie, immobiliteit;
- visus- en gehoorbeperking; slaaptiekort.

Lichamelijk onderzoek

Voor het opsporen van de onderliggende oorzaak of oorzaken voert de huisarts uitgebreid lichamelijk onderzoek uit.

Dit onderzoek omvat het meten of beoordelen van:

- algemene indruk, tekenen van hypoxie, hydratietoestand;
- lichaamstemperatuur;
- bloeddruk en polsfrequentie;
- auscultatie hart en longen;
- buikonderzoek, in het bijzonder letten op een overvulde blaas (eventueel katheteriseren);
- neurologische uitvalsverschijnselen (gelaatsmusculatuur, extremiteiten);
- aanwijzingen voor uitwendig letsel, fractuur en factoren die pijn luxeren.

Het lichamelijk onderzoek wordt gericht uitgebreid als de anamnese of de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek daar aanleiding toe geven.

Bij zeer onrustige patiënten kan de uitvoering van het onderzoek moeilijk zijn. Soms is hulp van een derde (bijvoorbeeld een vertrouwd familielid) nodig om de patiënt af te leiden. Is het lichamelijk onderzoek desondanks niet uitvoerbaar, dan kan het geïndiceerd zijn medicatie toe te dienen (zie *Medicamenteuze behandeling*).

Aanvullend onderzoek

De urgentie en uitgebreidheid van het aanvullend onderzoek zullen mede bepaald worden door de mate van ziek zijn en onrust van de patiënt, de mogelijkheid om anamnese en lichamelijk onderzoek goed en volledig uit te voeren en de bevindingen hierbij, de voorgeschiedenis en premorbide toestand van de patiënt, het tijdstip van de dag of nacht waarop de huisarts de

patiënt ziet en de diagnostische mogelijkheden.

Onderzoek direct 'aan het bed':

- glucosespiegel;
- nitriettest (zonder klinische verschijnselen van een urineweginfectie moet een positieve nitriettest bij oudere vrouwen – bij wie een asymptomatische bacteriurie vaak voorkomt – niet zonder meer beschouwd worden als afdoende verklaring voor een delier);
- zuurstofsaturatie (bij tekenen van dyspneu).

Indien dit onvoldoende verklaring biedt voor het delier, wordt het onderzoek uitgebreid met:

- BSE of CRP;¹⁵
- Hb, Ht;
- leukocyten;
- TSH;
- creatinine (voor eGFR-schatting);
- natrium, kalium;
- calcium (vooral bij bedlegerige patiënten en bij (vermoeden van) botmetastasen);¹⁶
- ALAT (en eventueel g-GT, ter versterking van een vermoeden op overmatig alcoholgebruik);
- dipslide of urinesediment.¹⁷

Het aanvullend onderzoek wordt gericht uitgebreid indien de anamnese of de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek daar aanleiding toe geven.¹⁸ Als het delier aanhoudt ondanks adequate behandeling van de onderliggende aandoening(en), wordt de noodzaak van verder aanvullend onderzoek groter; de uitgebreidheid hiervan zal in belangrij-

ke mate afhangen van factoren als het premorbide functioneren en de levensverwachting van de patiënt. De ervaring leert dat er niet altijd een afdoende verklaring wordt gevonden voor het ontstaan van het delier.

Evaluatie

De diagnose delier wordt gesteld op basis van de aanwezigheid van:

- een aandachts- en bewustzijnsstoornis;
- acuut begin (in uren tot dagen) en over de dag fluctuerende ernst van de symptomen;
- verandering in cognitie of waarnemingsstoornis (hallucinaties).

Daarnaast kunnen zich (paranoïde) waanen voordoen. De diagnose delier wordt verder ondersteund indien op grond van anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumgegevens het vermoeden bestaat dat de stoornis een organische oorzaak heeft. (Zie *Begrippen* voor uitgebreidere beschrijving.)

Differentiaaldiagnostisch houdt de huisarts vooral rekening met een psychose, een acute gedragsstoornis bij dementie of een depressie.¹⁹ Vooral het onderscheid met de twee laatstgenoemde beelden kan lastig zijn door de veelvormige en overlappende symptomatologie [tabel 1]. Bovendien kunnen de beelden ook samengaan.

RICHTLIJNEN BELEID

Het beleid bij een delier steunt op een aantal pijlers:

Tabel 1 Onderscheidende kenmerken van de belangrijkste differentiaaldiagnostische overwegingen

	Delier	Dementie	Depressie
begin	acuut (in uren tot dagen)	sluipend (in maanden tot jaren)	geleidelijk (meestal in enkele weken)
beloop	symptomen fluctueren over het etmaal (doorgaans meer uitgesproken in avond en nacht)	stabiel over het etmaal	dagschommelingen: doorgaans zijn de klachten 's morgens erger dan 's avonds
bewustzijn	(afwisselend) gedaald of hyperalert	ongestoord	ongestoord
aandacht	gestoord	in beginstadium ongestoord	kan gestoord zijn door interesseverlies
oriëntatie	fluctuerend	gestoord (afhankelijk van ernst dementie)	ongestoord
spraak	incoherent	afasie (afhankelijk van de ernst)	ongestoord of langzaam
denken	ongeorganiseerd	verarmd	ongestoord
geheugen	kortetermijngeheugen gestoord	korte- en langetermijngeheugen gestoord	intact, maar soms gestoord t.g.v. gestoorde aandacht en concentratie
hallucinaties en wanen	doorgaans aanwezig (vluchtig en inhoudelijk niet-complex) ²⁰	doorgaans afwezig behalve in latere stadia ²¹	doorgaans afwezig (behalve bij psychotische depressie)

- behandeling van de oorzakelijke factoren;
- creëren en waarborgen van een veilige omgeving, waarin de patiënt behandeld en verzorgd kan worden;
- zo nodig medicamenteuze behandeling van symptomen.

Organisatie van zorg bij thuisbehandeling

- Beoordeel en bespreek of thuisbehandeling mogelijk is: de onderliggende somatische aandoeningen kunnen thuis adequaat behandeld worden; er kan continue zorg en veiligheid geboden worden; de mantelzorgers stemmen in met behandeling thuis en willen hieraan een bijdrage leveren.
- Maak in overleg met de mantelzorgers een inschatting van de belasting die dit voor hen met zich meebrengt en schakel zo nodig aanvullende zorg in.
- Schakel zo nodig een kaderhuisarts ouderenzorg, specialist ouderengeneeskunde, ouderenpsychiater of een sociaalpsychiatrische verpleegkundige vanuit de ambulante ouderenzorg van de ggz in.
- Stel één van de betrokken hulpverleners (bij voorkeur wijkverpleegkundige of huisarts) aan als coördinator en aanspreekpunt. Deze ziet toe op de samenhang in het zorgaanbod en de aansluiting op de behoefte van de patiënt en bevordert overleg tussen de betrokken hulpverleners.
- Beperk het aantal prikkels tot het noodzakelijke minimum.
- Noteer in een zorgdossier, dat voor alle zorgverleners toegankelijk is, het zorgproces en de verdere onderlinge afspraken en vragen en zorg voor een goede overdracht naar de huisartsenpost.
- Overweeg bij een terminaal zieke patiënt een consulent palliatieve zorg te consulteren. Als de zorg voor de naasten te zwaar dreigt te worden, kan de inzet van een opgeleide vrijwilliger van de regionale afdeling van de Vrijwillige Palliatieve Terminale Zorg (VPTZ, www.vptz.nl) een welkome aanvulling betekenen op het reguliere zorgnetwerk.

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

- Betrek de naasten bij het zorgproces en geef uitleg aan patiënt en alle mantelzorgers over de aard van het toestandbeeld en het tijdelijke karakter daarvan.
- Vertel de naasten dat het moeilijk kan zijn om een gesprek te voeren of om contact te krijgen met de patiënt als gevolg van een aanwezige denkstoornis, wanen (vreemde ideeën, achterdocht) of hallucinaties (zien en/of horen van dingen die er niet zijn) en dat de patiënt vaak anders (agressief of juist teruggetrokken) reageert dan normaal, niet aanspreekbaar is op zijn denken en handelen en niet in staat is om afspraken te maken.
- Wijs de naasten er op dat het belangrijk is de patiënt regelmatig te bezoeken, omdat de patiënt de familie vaak ervaart als 'reddingslijn' naar de realiteit.

Aandachtspunten bij de communicatie met en verzorging van een patiënt met een delier²²

- bied oriëntatie- en herkenningpunten (klok, kalender, foto's);
- benoem regelmatig persoon, plaats, dag en tijdstip;
- spreek rustig en in korte zinnen en stel korte, gesloten, enkelvoudige vragen;
- laat de patiënt zo min mogelijk alleen, zeker bij angst of paniek; stimuleer de continue aanwezigheid van vertrouwde, rustgevend personen;
- beperk bezoek (aantal personen en duur van het bezoek);
- beperk het aantal prikkels tot het noodzakelijk minimum;
- laat, indien van toepassing, de patiënt bril en hoortoestel gebruiken;
- zorg voor een continue verlichting van de kamer ('s nachts gedempt licht);
- toon begrip voor de angst die door hallucinaties en wanen kan worden opgewekt; ga niet mee in waanideeën, maak duidelijk dat uw waarneming anders is, zonder de patiënt tegen te spreken (vermijd discussie), maar blijf empathisch;
- verstoor de slaap zo min mogelijk en activeer overdag (stimulering normaal dag-nachtritme);
- fluister niet met derden in aanwezigheid van de patiënt;
- zorg voor voldoende vochtinname, adequate voeding en goede medicatie-inname;
- pas in principe géén vrijheidsbeperken-de maatregelen/fixatie toe.²³

- Bespreek de noodzaak om de oorzaken op te sporen en leg uit dat als de oorzaken behandeld kunnen worden, het acuut verslechterde cognitieve functioneren weer kan verbeteren.

Bij de communicatie met de patiënt let de huisarts op de volgende punten:

- stel uzelf bij elk contact voor;
- leg uit waar de patiënt is, wat er aan de hand is en wat u komt doen;
- spreek in korte, duidelijke zinnen en leg in eenvoudige bewoording uit wat u doet;
- wees bewust van eigen (non-)verbale houding en gedrag: blijf kalm en gecontroleerd en niet afwijzend of overheersend;
- zorg voor een luisterende en empathische houding met aandacht voor klachten, zorgen en frustraties;
- bestrijd angst door open vragen te stellen over de reden van de angst;
- geef de familie of verzorgers adviezen over de communicatie met en de verzorging van de patiënt, zie **[kader Aandachtspunten bij de communicatie met en verzorging van een patiënt met een delier]**;
- In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt, familie of verzorgers verwijzen naar de informatie over delier op www.thuisarts.nl (NHG-publiekswebsite) of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven (via het HIS). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Behandeling van de oorzaken

- Beperk medicatie, zo nodig in overleg met de voorschrijvend specialist, tot het noodzakelijke minimum (dosis verlagen, staken dan wel afbouwen, vervangen door een minder delierinducerend alternatief).
- Vermijd combinaties van diverse middelen uit dezelfde medicijngroep.
- Voor de behandeling van andere somatische oorzaken wordt verwezen naar de betreffende NHG-Standaarden.

Medicamenteuze behandeling van de symptomen van delier

Start, vanwege potentiële bijwerkingen, niet routinematig met medicamenteuze behandeling van een delier en beperk, indien een medicament zoals haloperidol wordt voorgeschreven, deze behandeling tot de laagst effectieve dosis in tijd en duur (zo mogelijk maximaal een week). Overweeg medicamenteuze behandeling van de symptomen van een delier indien sprake is van een van de volgende indicaties:²⁴

- angst en/of hallucinaties, achterdocht, (paranoïde) wanen;
- hevige motorische onrust, mede om te voorkomen dat de patiënt zichzelf of anderen letsel toebrengt;²⁵
- nachtelijke onrust en/of verstoord dag-nachtritme;
- om essentieel onderzoek of behandeling mogelijk te maken.

Indien symptomatische behandeling van een delier bij ouderen noodzakelijk wordt geacht, gaat de voorkeur uit naar haloperidol 0,5 tot 1,5 mg 2 dd oraal, gedurende maximaal 1 week.

Deze voorkeur geldt niet voor patiënten met de ziekte van Parkinson of 'Lewy body'-dementie en evenmin bij een delier als gevolg van alcohol- of benzodiazepineonttrekking (zie onder *Andere punten die van belang zijn*).

- Start laag en bouw zo nodig geleidelijk op. De ervaring leert dat het effect van haloperidol individueel sterk kan verschillen; leeftijd, gewicht, geslacht en ernst van de symptomen zijn niet duidelijk richtinggevend voor het bepalen van de optimale (start)dosering.
- Naast tabletten van 1 en 5 mg is voor orale toediening ook druppelvloeistof beschikbaar (2 mg/ml; 1 druppel = 0,1 mg), waarmee het zo nodig buccaal kan worden toegediend. Ook subcutane, intramusculaire of intraveneuze toediening is mogelijk (ampul injectievloeistof à 1 ml bevat 5 mg haloperidol/ml), maar terughoudendheid is hierbij geboden: intramusculaire toediening is pijnlijk en alleen te overwegen bij ernstige motorische onrust; intraveneuze toediening kan (in hogere doseringen) leiden tot verlenging van de QTc-tijd.²⁴

- Overweeg in crisissituaties kortdurend een hogere dosis (tot maximaal 10 mg/24 uur): evalueer (telefonisch) na de startdosering elk uur of de motorische onrust en/of angst al voldoende onder controle zijn; herhaal zo nodig de startdosering of kies voor intramusculaire toediening (2,5 mg).
- Overweeg, als de patiënt ondanks (de maximale dosering) haloperidol erg onrustig blijft, kortdurend en op geleide van de symptomen een benzodiazepine toe te voegen, bij voorkeur lorazepam 0,5 tot 2 mg/2 uur oraal of parenteraal (of indien acute parenterale toediening noodzakelijk is: midazolam intramusculair, zie ook de Farmacotherapeutische Richtlijn Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties). Als de patiënt tot rust is gekomen wordt de benzodiazepine ook weer als eerste afgebouwd.²⁶
- Bouw haloperidol na maximaal 1 week af; bij langer gebruik neemt het risico op ernstige bijwerkingen (parkinsonisme, tardieve dyskinesie, CVA) toe.²⁷ Hanteer als vuistregel om met de afbouw te starten zodra de patiënt 2 maal achtereen een goede nachtrust had. Bouw af door elke 2 dagen de dosering te halveren; stop 2 dagen nadat een dosis van 1 mg/dag is bereikt.

Andere punten die van belang zijn:

- Indien na toediening van haloperidol de agitatie en onrust toenemen is mogelijk sprake van een paradoxale reactie; dit is reden voor verwijzing.
- Indien de maximale dosering haloperidol (eventueel gecombineerd met een benzodiazepine) onvoldoende effect sorteert of als symptoombestrijding langer dan 1 week noodzakelijk is, is dit een indicatie om een specialist te consulteren of de patiënt te verwijzen. Voor langdurige symptoombestrijding lijkt risperidon een veiliger middel.
- Het voorschrijven van andere middelen dan haloperidol (of eventueel risperidon) bij delier wordt in deze standaard niet geadviseerd; de effectiviteit van andere antipsychotica en cholinesteraseremmers is niet goed onderbouwd en de ervaring met deze middelen in de eerste lijn is beperkt.^{24,28}

- Overleg over medicamenteuze behandeling van delier bij patiënten met 'Lewy body'-dementie²⁹ en de ziekte van Parkinson³⁰ met een (behandelend) specialist; beide aandoeningen zijn een contra-indicatie voor haloperidol, wegens een hoog risico op extrapiramidale bijwerkingen of toename van motorische parkinsonverschijnselen (zie ook de NHG-Standaard Dementie en de NHG-Standaard Ziekte van Parkinson).
- Geef ouderen met een delier ten gevolge van alcohol- of benzodiazepineonttrekking, waarbij zich hevige angst of onrust voordoet lorazepam (0,5 tot 2 mg/2 uur oraal of parenteraal, op geleide van de symptomen). Voeg, indien de symptomen persisteren, haloperidol toe. Bij een alcohol(onttrekkings)delier moet tevens op korte termijn worden gestart met vitamine-B₁-suppletie (zie ook de NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik).

Aanbevelingen voor symptomatische behandeling van een delier in de palliatieve fase komen in grote lijnen overeen met bovenstaande aanbevelingen. Enkele specifieke aandachtspunten zijn:³¹

- Overweeg bij gebruik van morfinepreparaten, vooral als het delier zich aandient na een recente verhoging van de morfinedosering, de dosering van het opioïd te verlagen of 'opioïdrotatie' (bijvoorbeeld fentanyl in plaats van morfine of vice versa; zie de FTR Pijnbestrijding). Consulteer hiervoor zo nodig een kaderhuisarts of consulent palliatieve zorg.
- Behandel een delier waarbij plotselinge onttrekking van middelen een rol lijkt te spelen, zoals na langdurig gebruik van nicotine of benzodiazepinen, in principe door het onttrokken middel (of nicotinepleisters) weer te starten.
- Geef ter bestrijding van angst, hallucinaties of motorische onrust haloperidol (zie boven), met een maximale dosering van 20 mg/24 uur en zonder beperking in de duur.
- Bouw, bij opklaren van het delier, haloperidol af zoals beschreven onder delier bij ouderen.
- Overweeg, als een patiënt ondanks toedienen van haloperidol erg onrustig

blijft, kortdurend een benzodiazepine toe te voegen (zie boven). Bij patiënten die niet kunnen slikken: lorazepam sublinguaal 1 tot 2 mg, zo nodig elke 6 uur (kan ook i.m., s.c. of i.v. worden toegediend). Als de patiënt tot rust is gekomen wordt dit ook weer als eerste afgebouwd.²⁶

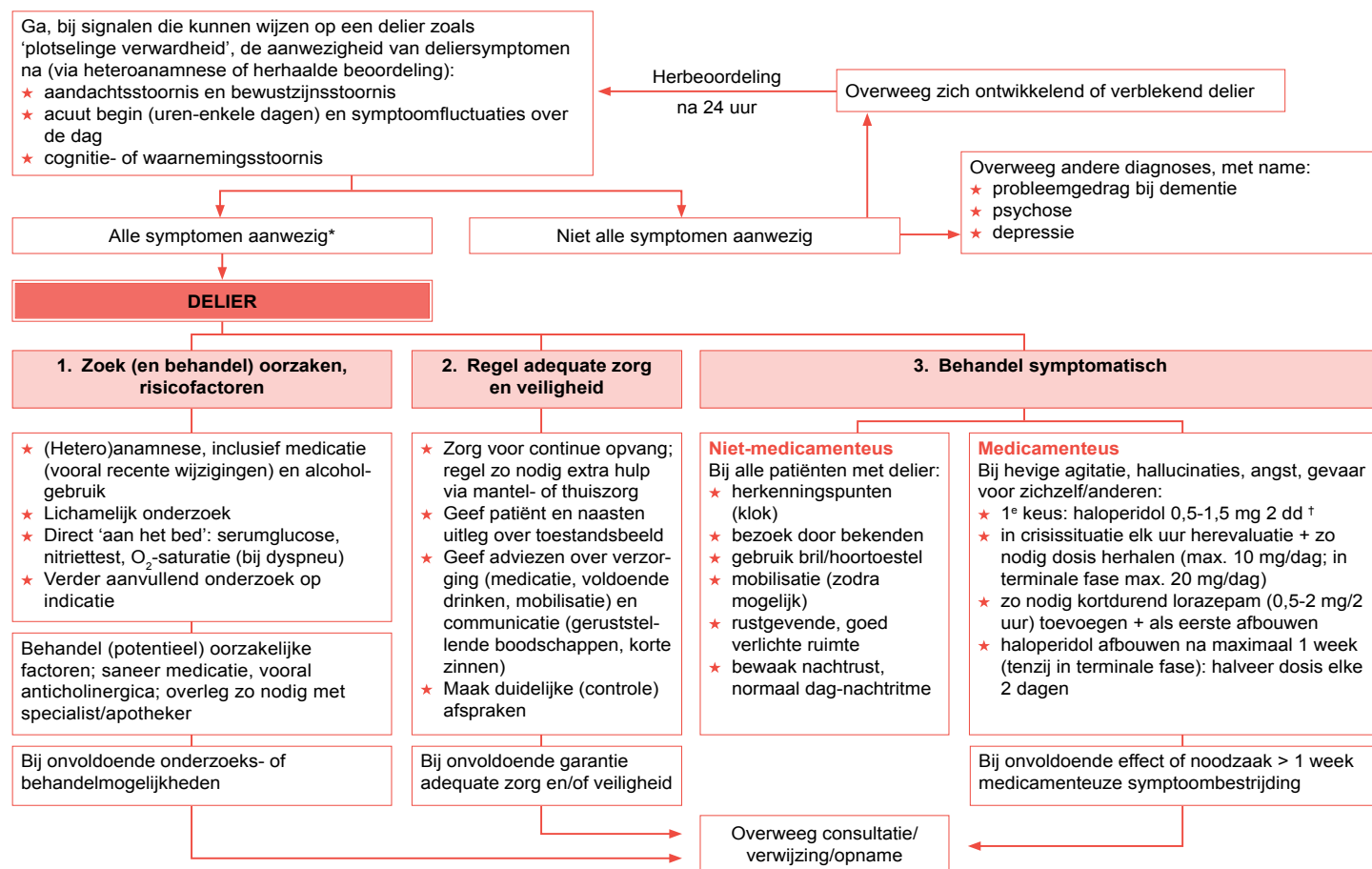
- Consulteer bij onvoldoende effect of indien haloperidol gecontra-indiceerd is (zie eerder) een kaderhuisarts/consulent palliatieve zorg; overweeg, in nauwe samenspraak met naasten, palliatieve sedatie als ondanks maximale behandeling symptomen van delier persistenten.
- Er is onvoldoende bewijs om bij een hypoactief delier methylfenidaat aan te bevelen.³¹

Controles

- Verricht bij een patiënt met een delier in de eerste dagen dagelijkse controles:
 - controleer de deliersymptomen; in verband met de fluctuaties in de symptomatologie zijn de observaties van verzorgers/familie hierbij van groot belang;
 - vervolg het beloop van de onderliggende ziekte;
 - wees alert op mogelijke complicaties zoals ondervoeding, dehydratie, immobiliteit, vallen, urineretentie, incontinentie, decubitus en contracturen;
 - wees alert op mogelijke oorzaken van pijn en pijnbeleving;
 - evalueer de (noodzaak van) aanvullende zorg en belasting van de mantelzorgers.

- Spreek af wanneer het volgende bezoek plaatsvindt.
- Geef instructies om contact op te nemen bij verslechtering van de toestand of als niet meer aan de voorwaarden voor een adequate thuisbehandeling kan worden voldaan.
- Pas de medicamenteuze behandeling aan of verricht nadere diagnostiek naar nog niet onderkende oorzaken indien het delier niet opklaart.
- Zorg voor een goede overdracht naar de huisartsenpost voor de continuïteit van zorg in avond-, nacht- en weekenddiensten.

Schema Samenvatting diagnostiek en beleid bij delier



* Bij patiënten met dementie kan plotseling toenemende verwardheid ook zonder duidelijke fluctuaties en aandachtsstoornis duiden op delier.

[†] Dit geldt niet voor patiënten met de ziekte van Parkinson of 'Lewy body'-dementie (haloperidol gecontra-indiceerd; overleg medicatie met specialist) en bij een alcoholonttrekkingsdelier (eerste keus: lorazepam).

Aandachtspunten voor de overdracht naar de huisarts bij ontslag van een patiënt met persistente symptomen van delier vanuit een ziekenhuis/instelling naar (verzorgings)huis³⁵

- Gebruikelijke overdrachtgegevens; tevens waarden van het ADL-functioneren om het niveau van noodzakelijke steun te bepalen, de aanwezige symptomen van delier (met eventueel de DOS-score³⁶) en de mate van cognitief functioneren (bijvoorbeeld MMSE) bij ontslag.
- Informatie over de verstrekte informatie aan patiënt en mantelzorger over het delier.
- Afbouwschema van deliermedicatie (indien van toepassing).
- Contactgegevens van de behandelaar van het delier, met wie de huisarts contact zoekt als het delier niet verbleekt of de medicatieafbouw niet lukt.
- Gegevens van degenen die thuis ADL-ondersteuning gaan bieden (thuiszorg/mantelzorg).
- Afspraak wie informatie verstrekt over de prognose van het delier qua herstel en recidief.
- Advies over niet-medicamenteuze maatregelen.

CONSULTATIE EN VERWIJZING

Gezien het vaak complexe, multifactoriële en urgente karakter van het toe-standsbeeld kan het aangewezen zijn om voor het stellen van de diagnose, de behandeling en/of de verzorging te overleggen met een specialist. Afhankelijk van de situatie kan hierbij worden gedacht aan een specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, internist met aandachtsgebied ouderengeneeskunde, ouderenpsychiater of de specialist bij wie de patiënt al onder behandeling is.

Overleg in de palliatieve fase met een consulent palliatieve zorg en overweeg verzorging in een hospice.

Indicaties voor consultatie en/of verwijzing bij (vermoeden van) een delier zijn:

- onvoldoende onderzoeks-, behandel- en verzorgingsmogelijkheden of veiligheid in de thuissituatie;
- onvoldoende effect van de ingestelde behandeling;
- noodzaak om medicamenteuze symptoombestrijding langer dan één week te continueren;
- patiënten met de ziekte van Parkinson^{30,32} of 'Lewy body'-dementie.²⁹

Indien verwijzing of opname geïndiceerd is, verwijst de huisarts naar een (niet-psychiatrisch) ziekenhuis.³³

Nazorg

Het doormaken van een delier is een stressvolle gebeurtenis, voor zowel de patiënt als de naasten. Daarom is nazorg van belang. Deze bestaat uit de volgende elementen:

- Bied, na het verdwijnen van de delirante symptomen en het opklaren van de lichamelijke toestand, aan de gebeurtenissen tijdens de delierperiode te bespreken met de patiënt en mantelzorger(s) met aandacht voor de oorzaak van het delier, de herinneringen die de patiënt aan deze periode heeft en de emoties die dit oproept.³⁴

Totstandkoming

In april 2012 begon een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Delier bij ouderen. Deze werkgroep heeft een conceptversie gemaakt. De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. M. Boorsma-Meerman, specialist ouderengeneeskunde VUmc (namens Venroso); dr. P.L.J. Dautzenberg, klinisch geriater, Jeroen Bosch Ziekenhuis te 's-Hertogenbosch (namens NVKG); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts te Leiden; W.H. Eizenga, huisarts te Utrecht; A.B.J. Scholtes, huisarts te Noordwijk.

Dr. G.M. van der Weele, huisarts n.p. en senior wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, begeleidde de werkgroep en deed de redactie. Dr. T.J. Wiersma, huisarts, en M.M. Verduijn, apotheker, waren betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling. M.H. van Venrooij, kaderhuisarts palliatieve zorg, was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie.

Op 11 juni 2013 werd de ontwerpstandaard besproken in een focusgroep die bijgewoond werd door elf huisartsen onder leiding van F. Jacobi, wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie. Tevens werd de ontwerpstandaard in juni 2013 voor commentaar verstuurd naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden negentien commentaarformulieren retour ontvangen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Radboudumc te Nijmegen; M.K. Schutte, apotheker, adviseur geneesmiddelenzorg namens het College voor Zorgverzekeringen (CVZ); dr. T. Schalekamp, apotheker, P.N.J. Langendijk, ziekenhuisapotheker en R. Tahmassian, ziekenhuisapotheker i.o., J.J. Luinburg, apotheker,

Door aandacht aan de symptomen van delier te schenken is het voor de mantelzorger mogelijk om een volgende keer deze symptomen (vroeg) te herkennen.

- Adviseer om bij opnieuw optreden van vergelijkbare symptomen direct contact met de huisarts op te nemen.
- Verricht bij eventuele restverschijnselen in overleg met de patiënt gericht aanvullend onderzoek (zoals MMSE; zie de NHG-Standaard Dementie).
- Vermeld een doorgemaakt delier duidelijk in het dossier van de patiënt en bij een eventuele nieuwe ziekenhuisopname.

S.F. Harkes-Idzinga, apotheker, namens de Werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddeleninformatie (WFG) van het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; G.W. Salemink, arts Maatschappij en Gezondheid namens Zorgverzekeraars Nederland; dr. R. Faelens namens Domus Medica, Vlaamse huisartsen genootschap; F.B. van Heest, huisarts en kaderhuisarts palliatieve zorg te Schoonoord; prof.dr. M.G.M. Olde Rikkert, klinisch geriater en afdelingshoofd Radboud Alzheimer Centrum, Radboudumc Nijmegen; prof.dr. R.C. van der Mast, hoogleraar Ouderenpsychiatrie, LUMC; prof.dr. M.J. Schuurmans, hoogleraar Verplegingswetenschap, UMC Utrecht; prof.dr. R.T.C.M. Koopmans, specialist ouderengeneeskunde en hoogleraar Ouderengeneeskunde, in het bijzonder de langdurige zorg, Radboudumc Nijmegen; dr. M.S. Vos, psychiater en voorzitter medische staf Bronovo Ziekenhuis Den Haag; J.F. Kuijpers, verpleegkundig specialist huisartsenzorg, A. Persoon, wijkverpleegkundige en geriatrieverpleegkundige en J. Szymkowiak, verpleegkundig specialist, namens de V&VN te Utrecht. M.H. Lunter en dr. R. Starmans, huisartsen, beoordeelden de ontwerpstandaard namens de NHG-Adviesraad Standaarden. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. In november 2013 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie. Door de werkgroepleden werd geen belangverstrengeling gemeld. De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard. Tevens zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

Overdracht en zorg na ontslag uit het ziekenhuis bij persisterende symptomen van delier

Als een patiënt een delier in het ziekenhuis heeft doorgemaakt is deze vaak niet volledig hersteld bij ontslag.⁷ Het streven is een voorgeschreven antipsychoticum zo snel mogelijk, op geleide van de symptomen af te bouwen (zie *Medicamenteuze behandeling*).

Als voorbereiding op het ontslag van een patiënt met nog aanwezige symptomen is transmuraal overleg tussen behandelend specialist en huisarts vereist om adequate zorg in een veilige omgeving te waarborgen (zie **[kader Aandachtspunten voor overdracht naar de huisarts bij ontslag van een patiënt met persisterende symptomen van delier vanuit een ziekenhuis/instelling naar (verzorgings)huis]**) evenals afstemming met patiënt, mantelzorger, professionals van de afdeling waar de patiënt heeft gelegen, en eventueel de thuiszorgorganisatie.

Preventie

- Wees bij patiënten die eerder een delier doormaakten alert op het ontwikkelen van een recidief-delier bij een volgende stress- of ziekte-episode.
- Richt de zorg op het zo veel mogelijk beperken van risicofactoren voor een recidief-delier (zie ook uitlokkende factoren in *Pathofysiologie en etiologie*). In aansluiting op de individuele situatie en risicofactoren en zo mogelijk in samenwerking met mantelzorger(s), bestaat deze zorg uit een combinatie van de volgende elementen:³⁷
 - verzorging bij voorkeur door bekende personen;
 - (nieuwe) verzorgers geven heldere uitleg van hun rol;
 - duidelijke oriëntatiepunten bieden (klok, kalender) en goede verlichting;
 - stimuleren cognitieve activiteiten;
 - medicatie beperken, vooral middelen met een sterk anticholinerge werking **[kader Geneesmiddelen met verhoogd risico op delier]**;
 - op indicatie: elektrolytcontrole;

- stimuleren adequate vochtinname;
- obstipatie tegengaan;
- stimuleren adequate voeding (onder andere nagaan of gebit goed past) en goede mondhygiëne;
- stimuleren voldoende slaap en regelmatig slaappatroon;
- stimuleren mobilisatie/bewegen (lopen, actief oefenschema);
- optimaliseren individueel noodzakelijke behandeling, zoals pijnbehandeling, zuurstoftoediening;
- voorkomen (iatrogene) infecties (bijvoorbeeld katheters vermijden);
- optimaliseren visus en gehoor (nagaan of bril op sterkte is en gehoorapparaat functioneert en of ze worden gebruikt; oorsmeer verwijderen).

© 2014 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Delier en palliatieve sedatie

In de stervensfase kan een delier het afscheid nemen voor de patiënt en diens naasten verstoren. Bewustzijnsverandering die in korte tijd ontstaat (uren tot dagen) met een aandachtsstoornis, incoherent denken of desoriëntatie wijst vaak op delier, vooral als de symptomen over het etmaal fluctueren. Gebruik van morfinepreparaten, het niet meer kunnen innemen van medicatie, metabole stoornissen, hersenmetastasen, dehydratie en begeleidende infecties kunnen in de laatste levensfase leiden tot delier, dat zich uit in achterdocht, hallucinaties of motorische onrust. De nieuwe NHG-Standaard Delier geeft duidelijke richtlijnen, ook voor het behandelen van delier in de palliatieve fase. Het heroverwegen van het gebruik van morfinepreparaten (verlagen van de dosering of veranderen van preparaat), het opnieuw opstarten van acuut

gestopte middelen met eventueel toevoeging van haloperidol zijn behartenswaardige adviezen. Palliatieve sedatie is geïndiceerd als ondanks maximale behandeling symptomen van delier persisteren.

Wij laten zien hoe vaak delier aanleiding is voor palliatieve sedatie en of delier in die gevallen vaker in combinatie met bepaalde onderliggende ziekten voorkomt.

SYMPTOMEN EN ONDERLIGGENDE ZIEKTEN

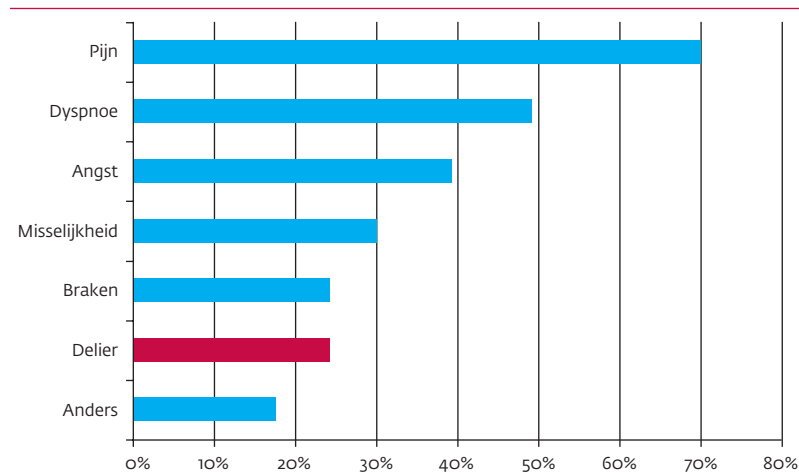
Bij onderzoek in 42 huisartspraktijken werd bij 5,6% van de 3647 gerapporteerde overledenen palliatieve sedatie toegepast in de periode 2005-2012. De meerderheid van de patiënten heeft diverse niet-behandelbare (refractaire) symptomen tegelijk die leiden tot het toepassen van palliatieve sedatie, gemiddeld 2,6 symptomen per patiënt. Pijn werd het vaakst genoemd (70%), gevolgd door dyspnoe (49%) en angst (39%). Bij 1 op de 4 patiënten speelde delier een rol (24%) [figuur 1]. Misselijkheid en braken werden in respectievelijk 30% en 24% van de gevallen genoemd en tezamen genomen bij 39%. Uitputting, cachexia en slikstoornissen vallen in de categorie 'andere symptomen'.

Er waren geen aanwijzingen dat delier in combinatie met bepaalde onderliggende ziekten vaker aanleiding is voor palliatieve sedatie [figuur 2]. Bij alle gevallen van palliatieve sedatie waren oncologische aandoeningen met 73% de meest voorkomende onderliggende aandoening en bij delier betrof dat 69%. Het is niet verrassend dat de patiënt bij palliatieve sedatie vanwege een delier minder vaak (77% versus 88%), terwijl de verpleging/verzorging vaker betrokken is bij de besluitvorming (69% versus 56%) vergeleken met patiënten zonder een delier.

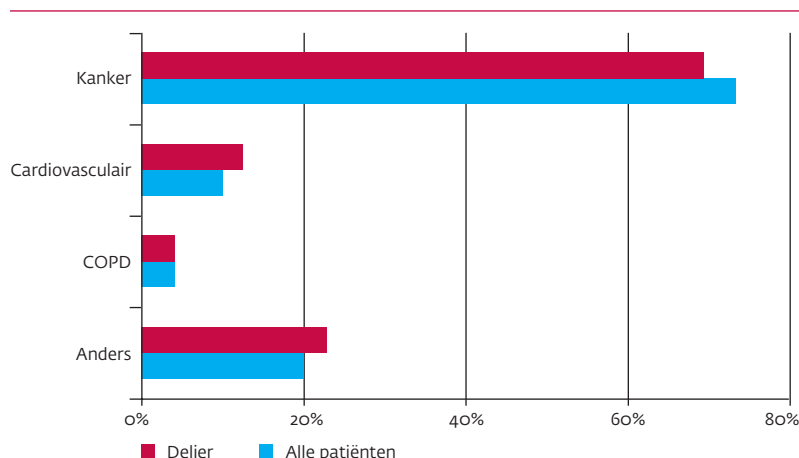
CONCLUSIE

Delier was bij 1 op de 70 van alle overledenen in de huisartsenpraktijk aanleiding voor palliatieve sedatie. Bij 1 op de 4 patiënten die overlijden na palliatieve sedatie speelt delier een rol zonder dat dit vaker dan verwacht met een specifieke onderliggende aandoening samenhangt. Kaderartsen palliatieve zorg en palliatieve consultatieteam hebben een nuttige rol in het adviseren van artsen met minder ervaring op dit terrein. ■

Figuur 1 Onderliggende symptomen bij het toepassen van palliatieve sedatie in huisartsenpraktijken, 2005-2012 (n = 199)



Figuur 2 Onderliggende aandoeningen bij palliatieve sedatie (n = 199) versus de onderliggende aandoeningen bij palliatieve sedatie bij patiënten met delier (n = 48)*



*13 patiënten hadden meer dan één onderliggende aandoening.

Gegevens voor dit onderzoek werden verzameld door huisartsen die participeren in de NIVEL Zorgregistratie eerste lijn-peilstations: 42 huisartspraktijken verspreid over Nederland die 0,8% van de Nederlandse populatie representeren en sinds 1 januari 2005 het uitvoeren van palliatieve sedatie registreren. In een aanvullende vragenlijst noteert de huisarts de symptomen die aanleiding gaven tot palliatieve sedatie, de onderliggende ziekte, wie betrokken was bij het besluit en of er ook een euthanasieverzoek was. De in deze rubriek gepresenteerde gegevens omvatten de periode 2005-2012.

Bekkenbodemp Problemen en seksueel functioneren

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

PRAKTIJKVRAAG

Wat is er bekend over het samengaan van seksuele problemen en bekkenbodempklachten bij postmenopauzale vrouwen?

HUIDIG BELEID

Bekkenbodempklachten worden veroorzaakt door een disfunctie van de bekkenbodem. Hieronder vallen bijvoorbeeld klachten ten gevolge van een genitale prolaps en incontinentie voor urine of ontlasting. Bekkenbodempklachten komen voornamelijk voor bij postmenopauzale vrouwen. Het merendeel van de bekkenbodempklachten kan door de huisarts worden behandeld. Er is momenteel één NHG-Standaard over bekkenbodempklachten bij vrouwen: Urine-incontinentie. Deze standaard beschrijft dat urine-incontinentie een negatieve invloed kan hebben op seksualiteit. Verder beveelt de standaard aan om gevoelens van schaamte die gepaard kunnen gaan met urineverlies, wanneer dat bijvoorbeeld optreedt tijdens het vrijen, te bespreken. Er is nog geen NHG-Standaard over genitale prolaps of fecale incontinentie. De behandeling van seksuele problemen bij vrouwen verschilt per huisarts.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Veel vrouwen met bekkenbodempklachten of seksuele problemen consulteren de huisarts niet. In de huisartsenpraktijk is de prevalentie van genitale prolaps (0,7-2,8%), urine-incontinentie (1,2-5,1%) en fecale incontinentie (0,05-0,2%) bij vrouwen (> 45 jaar) namelijk fors lager dan in de algemene populatie (genitale prolaps 11%, urine-incontinentie 23-55% en fecale incontinentie 13%). Een verklaring hiervoor is de schaamte die vrouwen ervaren om deze klachten met de huisarts te bespreken en het gebrek aan kennis bij deze vrouwen over de klachten en behandelopties bij bekkenbodemp Problemen. Van de vrouwen die wel hulp zoeken voor bekkenbodempklachten ervaart 25-50% ook seksuele problemen.¹ Seksualiteit is voor een ruime meerderheid van de ouderen (> 65 jaar) belangrijk en tevredenheid hierover is van belang voor een goede kwaliteit van leven. Uit het bevolkingsonderzoek *Seksuele gezondheid in Nederland 2011* blijkt dat 23% van de vrouwen (55-70 jaar) één of meer seksuele problemen ervaart. Slechts een kwart van de vrouwen die behoefte heeft aan hulp bij seksuele problemen vraagt ook daadwerkelijk hulp.

Voor huisartsen is kennis over het samengaan van seksuele problemen met bekkenbodempklachten relevant, omdat deze problemen veel voorkomen en ze de kwaliteit van leven negatief kunnen beïnvloeden.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Voor alle bekkenbodemp Problemen geldt dat het ervaren van meer klachten geassocieerd is met een slechter seksueel functioneren.² Schaamte of ongemak door de bekkenbodempklachten kan er zelfs toe leiden dat vrouwen helemaal niet meer seksueel actief zijn.

Vrouwen met een gevorderde genitale prolaps voelen zich minder vrouwelijk en minder seksueel aantrekkelijk dan vrouwen zonder prolaps. Meer dan een derde van de seksueel actieve vrouwen met een gevorderde prolaps geeft aan dat hun seksualiteit daardoor negatief wordt beïnvloed. Het seksueel functioneren lijkt niet zozeer door de anatomische veranderingen beïnvloed te worden, als wel door de psychische last die het hebben van een prolaps betekent.

Ook urine- en fecale incontinentie kunnen een negatieve invloed op het seksueel functioneren van vrouwen hebben. Bijna een kwart van de oudere vrouwen met urine-incontinentie is bang dat er urineverlies zal optreden tijdens seksuele activiteiten. Vrouwen met incontinentie ervaren minder seksueel verlangen en seksuele tevredenheid in vergelijking met vrouwen zonder incontinentie en daarnaast ondervinden zij ook problemen met lubricatie, dyspareunie en het orgasme.

CONCLUSIE

Bekkenbodempklachten komen veel voor en kunnen het seksueel functioneren van vrouwen negatief beïnvloeden. Hierbij geldt dat meer bekkenbodempklachten geassocieerd zijn met een slechter seksueel functioneren en dat schaamte of ongemak door bekkenbodempklachten ertoe kunnen leiden dat vrouwen seksueel niet meer actief zijn.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

We onderzoeken wat risicofactoren zijn voor het niet meer seksueel actief zijn en voor minder goed seksueel functioneren van oudere vrouwen met bekkenbodempklachten in de eerste lijn. Dit onderzoek wordt gedaan in de context van een groter onderzoek naar de effecten en de kosten van een behandeling met bekkenfysiotherapie en pessarium bij vrouwen met een symptomatische genitale prolaps in de eerste lijn. ■

LITERATUUR

- 1 Ratner ES, Erekson EA, Minkin MJ, Foran-Tuller KA. Sexual satisfaction in the elderly female population: A special focus on women with gynecologic pathology. *Maturitas* 2011;70:210-5.
- 2 Handa VL, Cundiff G, Chang HH, Helzlsouer KJ. Female sexual function and pelvic floor disorders. *Obstet Gynecol* 2008;111:1045-52.

Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk

INLEIDING

Volgens een schatting van de zorgverzekeraars maken huisartsen in Nederland ieder jaar op eigen initiatief zo'n 275.000 ECG's met een specifieke vraagstelling. Of die ECG's allemaal zin hebben, is regelmatig onderwerp van discussie: het hangt af van de eerste plaats af van de indicatie. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement stelt dat het ECG een optie is bij het monitoren van patiënten met hypertensie, met name

Samenvatting

Chan CM, Willemsen RTA, Konings KTS. *Elektrocardiografie in de huisartsenpraktijk*. Huisarts Wet 2014;57(4):196-200.

Het elektrocardiogram (ECG) wordt in de huisartsenpraktijk tamelijk veel gebruikt. Nut en nauwkeurigheid hangen echter sterk af van de indicatie: vaak is een ECG alleen nuttig als het tijdens de klachten gemaakt wordt en voor sommige indicaties is het helemaal niet nuttig. In deze nascholing worden de belangrijkste indicaties en valkuilen besproken.

Er zijn vijf nuttige indicaties voor een ECG in de huisartsenpraktijk.

(1) Bij patiënten met een irregulaire pols of andere symptomen die kunnen wijzen op atriumfibrilleren is een ECG altijd geïndiceerd om de diagnose te bevestigen. Het is nuttig om bij iedere bloeddrukmeting ook de pols te beoordelen en als deze irregulair is eventueel een ECG te maken. (2) Als een patiënt klachten heeft die een ritmestoornis doen vermoeden, kan een ECG de stoornis aantonen of uitsluiten, maar alleen op het moment dat de klachten optreden. (3) Bij een bradycardie is een ECG altijd geïndiceerd, als het uitvoerbaar is. (4) Bij stabiele angina pectoris kan een rust-ECG prognostische informatie geven en/of als uitgangspunt dienen voor een inspanningstest. (5) Bij een vermoeden van hartfalen kan een normaal ECG de diagnose uitsluiten en kan een afwijkend ECG helpen bij het opsporen van het onderliggend lijden. In een latere fase kan het ECG helpen bij het opsporen van progressie of van een nieuw onderliggend lijden.

Een verdenking op een acuut coronair syndroom (ACS) is geen indicatie voor een ECG, omdat een normaal ECG een ACS niet uitsluit. Bij onverkleerde plotse hartdood is een ECG bij de familieleden, met ander aanvullend onderzoek, een taak voor de tweede en niet voor de eerste lijn.

Screenend ECG-onderzoek bij patiënten met hypertensie of in het kader van cardiovasculaire preventie heeft weinig zin, in weerwil van wat diverse internationale richtlijnen zeggen. Ook het screenen van sporters in de huisartsenpraktijk is af te raden: dat het fatale aandoeningen tijdig helpt opsporen is niet bewezen, en een foutpositieve uitslag kan huisarts en sporter voor grote dilemma's stellen.

als deze moeilijk behandelbaar blijkt of wanneer er een verdenking van atriumfibrilleren is.¹ De NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (ACS) meldt dat een ECG door de huisarts bij een verdenking van ACS niet geïndiceerd is, omdat een negatief resultaat de diagnose niet kan uitsluiten.² Bij stabiele angina pectoris is een rust-ECG nuttig, omdat er meer tijd is en omdat een eventueel oud myocardinfarct of een geleidingsprobleem op het ECG diagnostische en prognostische meerwaarde hebben.³

De NHG-Standaarden Hartfalen en Atriumfibrilleren ruimen wel een prominente plaats in voor het ECG. Het ECG kan van waarde zijn bij het uitsluiten van hartfalen, bij het zoeken naar een onderliggende oorzaak én bij de opvolging van hartfalen.⁴ De diagnose atriumfibrilleren kan zelfs uitsluitend met behulp van een ECG worden bevestigd.⁵

In deze nascholing zetten we voor een achttal mogelijke indicaties uiteen wat de toegevoegde waarde is van ECG-onderzoek door huisartsen. Daarna bespreken we de kwaliteit van hun ECG-beoordelingen.

IRREGULAIRE POLS

Bij patiënten die de huisarts ziet, is een irregulaire pols bijna uitsluitend het gevolg van ófwel (atriale of ventriculaire) extrasystolen, ófwel atriumfibrilleren (AF). AF kan persisterend of aanvalsgewijs (paroxismaal) optreden, en bij beide vormen is het risico op ernstig verloopende beroertes vijfvoudig verhoogd.^{6,7} Omdat het onderscheid verstrekkende consequenties heeft voor de preventie van trombo-embolieën, is het belangrijk AF van extrasystolen te onderscheiden. Met lichamelijk onderzoek alleen is dat niet mogelijk, want dat leidt tot ongeveer 20% foutpositieve uitslagen.^{8,9} Het ECG is om deze reden de gouden standaard voor de diagnose AF.¹⁰

De kern

- Het ECG is essentieel voor de diagnose atriumfibrilleren (AF), bij bradycardie en bij andere ritmestoornissen, mits het gemaakt wordt tijdens klachten of bij een trage of irregulaire pols.
- Een ECG is nuttig bij stabiele angina pectoris en bij (vermoeden van) hartfalen.
- Een ECG heeft slechts beperkte waarde bij screening op AF of primaire cardiovasculaire preventie.
- Een ECG is zinloos bij verdenking van acuut coronair syndroom, want een normaal ECG sluit de aandoening niet uit. De patiënt moet onmiddellijk worden ingestuurd.
- Bij onverkleerde plotse dood kan niet worden volstaan met het maken van een ECG bij familieleden. Zij moeten worden verwezen voor uitgebreid cardiogenetisch onderzoek.
- Een ECG in het kader van een sportkeuring door huisartsen is af te raden omdat het meer vragen dan antwoorden oplevert.

Huisartsenpraktijk Chan, Oostdorpseweg 45, 3176 PL Poortugaal: C.M. Chan-van der Vorm, huisarts en kaderhuisarts hart- en vaatziekten i.o. Universiteit Maastricht, School for Public Health and Primary Care (CAPHRI), vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: R.T.A. Willemsen, huisarts-onderzoeker en kaderhuisarts hart- en vaatziekten; dr. K.T.S. Konings, huisarts, co-coördinator kaderopleiding Hart- en vaatziekten • Correspondentie: liachan.kaderartsHVZ@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

AF (zowel persisterend als aanvalsgewijs) kan volledig symptomloos en dus onopgemerkt blijven. Het risico op een beroerte is echter bij alle patiënten – ook wanneer ze AF niet opmerken – in dezelfde mate verhoogd.¹¹ Wanneer een optreden beroerte achteraf het gevolg blijkt te zijn van AF, gaat het bovendien in 18% van de gevallen om niet eerder ontdekt AF.¹² De prevalentie van onopgemerkt AF in de algemene bevolking van 65 jaar en ouder is naar schatting minimaal 7 per 1000, maar het gaat dan vooral om persisterend AF dus dit kan een onderschatting zijn.¹³ Een structureel screeningsprogramma zou, onafhankelijk van de methode (stelselmatig ECG, dan wel eerst polspalpatie en daarna ECG op indicatie), het aantal ontdekte patiënten slechts met 0,6% doen stijgen.¹⁴ Daarom adviseert de NHG-Standaard Atriumfibrilleren pragmatisch de pols te voelen bij iedere bloeddrukmeting, en pas een ECG te maken als men een irregulariteit aantreft.⁵ Hierbij moet men zich realiseren dat een reguliere pols paroxismaal AF niet uitsluit.

AANVALSGEWIJZE PALPATIES, SNELLE POLS

AF kan aan het daglicht komen via een irregulaire pols, maar kan ook aanvallen van palpaties of lichtheid in het hoofd veroorzaken. Dergelijke klachten kunnen ook optreden bij andere ritmestoornissen, waaronder relatief vaak voorkomende supraventriculaire ritmestoornissen zoals sinustachycardie, atriale tachycardie, atriumflutter of AV-nodale re-entrytachycardie, en zeldzamere aandoeningen zoals het wolff-parkinson-whitesyndroom of ventrikeltachycardie. Bij deze stoornissen vindt men, anders dan bij AF, altijd een reguliere tachycardie tijdens het lichamelijk onderzoek.

Palpaties en lichtheid in het hoofd komen echter ook voor zonder dat er sprake is van enige vorm van hartritmestoornis. Een ECG kan dan zinvol zijn om onderscheid te maken tussen een hartritmestoornis en andere oorzaken, maar daarmee is de diagnose nog niet altijd rond. Onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk heeft uitgewezen dat anamnese, lichamelijk onderzoek en ECG bij patiënten met palpaties in 19% van de gevallen een relevante aritmie en in 29% een irrelevante aritmie (bijvoorbeeld incidentele extrasystolen) opsporen wanneer het ECG wordt gemaakt *tijdens* de klachten.¹⁰ De percentages zijn echter veel lager als het ECG gemaakt wordt op een moment dat de patiënt *geen* klachten heeft, namelijk 4% respectievelijk 15%.^{10,15} In die laatste groep vindt de huisarts bij 27% van de patiënten binnen een halfjaar alsnog een cardiale oorzaak, meestal op een ECG dat gemaakt is tijdens klachten, maar dan nog blijven veel ritmestoornissen onontdekt.

Als de huisarts beschikt over een eventrecorder levert dat namelijk bij liefst 67% van de patiënten een cardiale oorzaak op.¹⁵ Daarbij komt dat het vastleggen van een sinusritme tijdens relevante klachten juist geruuststellend kan werken.¹⁶ Zowel voor het aantonen als voor het uitsluiten van ritmestoornissen bij een patiënt met palpaties is een eventrecorder in de huisartsenpraktijk dus van waarde. Steeds meer huisartsen kunnen dit instrument in eigen beheer inzetten, bijvoorbeeld via een huisartsenlaboratorium of via *telemedicine*.

TRAGE POLS

Naar de rol van het ECG bij een bradycardie (minder dan 50 slagen per minuut) is geen onderzoek gedaan. Bradycardie kan een toevalsbevinding zijn, of gevonden worden bij een patiënt die zich gemeld heeft met vermoeidheid of inspanningsintolerantie. Mogelijke oorzaken zijn een ritmestoornis vanuit de sinusknop (*sick sinus syndrome*) of een tweede- dan wel derdegraads atrioventriculair (AV-)blok. Bij een bradycardie is de vraag naar de onderliggende aandoening belangrijk om eventuele frequentievertragende medicatie te kunnen aanpassen en niet zelden is een pacemaker geïndiceerd. Daarom is een ECG bij bradycardie altijd aangewezen. Vanwege zijn permanente karakter is bradycardie meestal ook makkelijker vast te leggen dan een aanvalsgewijs optredende tachycardie, al kan de interpretatie van het ECG soms lastig zijn, bijvoorbeeld wanneer een sick sinus syndrome gemaskeerd wordt door atriumfibrilleren. De bradycardie wordt dan pas manifest wanneer er (spontane of medicamenteuze) conversie naar een sinusritme optreedt.

PIJN OP DE BORST

De huisarts stelt de diagnose stabiele angina pectoris op geleide van de anamnese, eventueel gevolgd door aanvullend onderzoek. Bij de helft van de klachtenvrije patiënten met

Abstract

Chan CM, Willemsen RTA, Konings KTS. *Electrocardiography in general practice. Huisarts Wet* 2014;57(4):196-200.

While an electrocardiogram (ECG) is often recorded in general practice, its usefulness and accuracy strongly depend on the indication – an ECG is often only useful if it is recorded at the moment the patient experiences symptoms, and for some indications it is not useful at all.

There are five indications for which it is useful to make an ECG in general practice. (1) An ECG should be made in patients with an irregular pulse or other signs of possible atrial fibrillation, in order to confirm the diagnosis. It is useful to monitor the pulse whenever blood pressure is recorded, and to make an ECG if the pulse is irregular. (2) In patients with symptoms that raise suspicion of a heart rhythm disorder, an ECG can confirm or exclude the disorder, but only if the ECG is made when symptoms are present. (3) An ECG is always indicated for bradycardia, if it can be made. (4) A resting ECG can provide prognostic information and serve as basis for exercise testing in patients with stable angina pectoris. (5) Suspected heart failure can be excluded as diagnosis if the ECG is normal, and an abnormal ECG can help establish the underlying problem. In a later phase, the ECG can be used to detect progression or identify new problems.

Suspicion of acute coronary syndrome is not an indication to make an ECG, because normal ECG findings do not necessarily exclude the diagnosis. ECGs and other investigations for the relatives of a person who died as a result of unexplained cardiac arrest should be performed in secondary care, not in primary care. Screening ECGs in patients with hypertension or in the context of preventing cardiovascular disease is of limited use, contrary to the recommendations of various international guidelines. Likewise, the screening of sportsmen and women in general practice is not advised – there is no evidence that it helps to detect potentially fatal disorders in an early stage, and a false-positive result places both general practitioner and sportsperson for a number of dilemmas.

stabiele angina pectoris toont het ECG geen afwijkingen; in deze groep is de vijfjaarsoverleving volledig normaal. De andere helft, bij wie het ECG wél afwijkingen laat zien zoals geleidingsproblematiek of een eerder doorgemaakt hartinfarct, heeft een 13% lagere vijfjaarsoverleving. Per saldo draagt het ECG dus weinig bij aan de diagnostiek, maar heeft het wel enige waarde voor het bepalen van de prognose.¹⁷ Bovendien kan een rust-ECG voorafgaand aan een inspannings-ECG een linkerbundeltakblok (LBTB) of een oud hartinfarct aan het licht brengen. Een LBTB bemoeilijkt de interpretatie van het inspannings-ECG, maar de ontdekking van een oud infarct kan de inspanningstest overbodig maken.

Nieuwe of recent veranderde pijn op de borst doet een acuut coronair syndroom (ACS) vermoeden. Voor een patiënt die voor het eerst met pijn op de borst bij de huisarts komt, is de priorkans op die aandoening slechts 22%.^{18,19} Zelfs na zorgvuldige anamnese en uitgebreid lichamelijk onderzoek is de diagnose ACS door de huisarts niet met zekerheid te stellen of uit te sluiten.²⁰⁻²³ Een ECG heeft daarbij slechts beperkte meerwaarde.²⁴ Afwijkingen aan ST-segmenten of T-toppen of een nieuw LBTB zijn het meest kenmerkend voor een ACS.^{25,26} Anderzijds maakt een volledig normaal ECG de kans op een ACS vijf- tot zevenmaal kleiner dan een niet volledig normaal ECG, en twintigmaal kleiner dan een ECG met ST-elevaties.^{24,25,27}

Het nut van een ECG bij acute pijn op de borst blijft echter gering, omdat in de eerste zes uur na het ontstaan van de klachten nog 32% van de patiënten met een hartinfarct ermee wordt gemist.^{28,29} Een klinische verdenking op een ACS moet dus altijd leiden tot verwijzing, en het ECG wordt pas in de ambulance gemaakt zodat de patiënt bij een hartinfarct met ST-elevaties (een STEMI) rechtstreeks naar een interventiecardioloog kan worden getransporteerd. Alleen als de patiënt stabiel is, alle vereiste medische handelingen verricht zijn en de ambulance nog niet gearriveerd is, kan de huisarts de wachttijd gebruiken om alvast dit ECG te maken ter voorbereiding van de eventuele verwijzing naar de interventiecardioloog.²

HARTFALEN

In Deense huisartsenpraktijken is bij 126 patiënten met bekend coronarialijden onderzocht of een ECG de aanwezigheid van linkerventrikelfalen (LVF) kon aantonen of uitsluiten. Slechts de helft van deze patiënten had een afwijkend ECG en van hen had slechts 21% ook daadwerkelijk een verminderde linkerventrikelfunctie.³⁰ Een normaal ECG sluit LVF redelijkerwijs goed uit (negatief voorspellende waarde 97%), maar een afwijkend ECG zegt weinig over de aanwezigheid van LVF.³¹

Wel kan een ECG bij nieuw hartfalen of bij progressie van hartfalen eventueel onderliggend lijden aantonen, zoals een doorgemaakt hartinfarct. Bovendien kan bij patiënten met hartfalen een jaarlijks ECG zinvol zijn, want een breder wordend QRS-complex kan aanleiding zijn voor een biventriculaire pacemaker om de synchronisatie van beide ventrikels te verbeteren.

HYPERTENSIE/CVRM

Een aantal internationale richtlijnen beveelt het ECG aan als onderdeel van de diagnostiek van hypertensie, met als voornaamste doel de opsporing van LVH (linkerventrikelhypertrofie). Een Nederlands onderzoek onder 866 patiënten met hypertensie liet zien dat het ECG bij 2% van de deelnemers directe consequenties had voor de behandeling omdat daarbij een nog niet eerder ontdekt AF of doorgemaakt hartinfarct aan het licht kwamen (waarbij moet worden aangetekend dat palpatie van de pols ook al had kunnen leiden tot een vermoeden van AF). Bij 15% van de deelnemers werd op het ECG een andere aandoening ontdekt, zoals LVH of geleidingsproblemen.³² De consequenties van die laatste bevinding zijn echter beperkt. Bij patiënten met hypertensie die tóch al conform de NHG-Standaard behandeld worden, is een LVH of een geleidingsprobleem zelden aanleiding de behandeling te veranderen.

In een internationaal onderzoek onder 2192 asymptomatische 70-79-jarigen bleken deelnemers met een abnormaal ECG dubbel zoveel kans te hebben op een hart- en vaatziekte gedurende de acht jaar follow-up, maar een risicoschatting op basis van de reguliere risicofactoren voorspelde die kans even nauwkeurig. De sensitiviteit en specificiteit van de bekende risicofactoren voor het voorspellen van hart- en vaatziekten waren zónder ECG namelijk respectievelijk 63% en 51%, mét ECG 63% en 59%.³³ Een Nederlands onderzoek liet zien dat ECG-diagnostiek bij 85-plussers weliswaar veel afwijkingen aan het licht brengt, maar geen enkele voorspellende waarde heeft voor de kans op overlijden.³⁴ Bovendien bleek uit een meta-analyse met 5608 patiënten uit de eerste en de tweede lijn dat een LVH weliswaar goed uit te sluiten is met een ECG, maar dat het aantal foutpositieven (bij wie een ECG suggestief was voor LVH maar deze LVH met echocardiografie alsnog werd uitgesloten) hoog is.³⁵

Bij een screening van hypertensiepatiënten op linkerventrikelfalen (LVF) heeft een normaal ECG een goede negatief voorspellende waarde (97%), maar de positief voorspellende waarde van een afwijkend ECG is op zijn hoogst 33%.³⁶

Wel heeft het consequenties voor de (medicamenteuze) behandeling als men een oud infarct vindt op een screenings-ECG en het nut van die screening hangt dus met name af van het *number needed to screen* om één infarct te vinden. Dit aantal is echter relatief hoog. Daarmee is de discussie rond het nut van ECG-screening in een populatie met hypertensie – of in het kader van een cardiovasculair preventieprogramma in bredere zin – misschien nog niet gesloten, maar er zijn meer wetenschappelijke en praktische argumenten tégen dan vóór deze strategie. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement beveelt screenend ECG-onderzoek dan ook niet aan, maar ziet wel een rol voor ECG bij moeilijk behandelbare hypertensie of bij een verdenking op atriumfibrilleren na palpatie van een irregulaire pols.¹

SCREENING VAN FAMILIE BIJ PLOTSE HARTDOOD

Bij familieleden van een patiënt die is overleden aan acute hartdood en bij wie de obductie geen duidelijke doodsoorzaak heeft opgeleverd, kunnen een rust- en een inspannings-ECG belangrijke informatie opleveren,³⁷ bijvoorbeeld een verlengde QT-tijd of aanwijzingen voor cardiomyopathie, een brugada-syndroom of een wolff-parkinson-whitesyndroom. Afwezigheid van die tekenen sluit een afwijking echter niet uit, en in de regel zijn ook echocardiografie en cardiogenetisch onderzoek geïndiceerd. Daarom zal het onderzoek in de tweede lijn gedaan worden door een cardioloog en een klinisch geneticus.

SCREENING BIJ SPORTERS

Voorals mensen van middelbare leeftijd vragen nogal eens om een ECG omdat ze vanwege hun leeftijd of sport willen weten wat de cardiale risico's zijn. Eén van de weinige onderzoeken naar het nut van zo'n ECG is gedaan onder mannelijke langeafstandslopers van 45-55 jaar. Bij 4 van de 153 deelnemers bleek het ECG dermate afwijkend dat de behandelaar sportbeoefening ontraadde, maar of dat terecht was is niet onderzocht.³⁸ Wel illustreert het onderzoek dat een screenend ECG soms meer vragen dan antwoorden oplevert, iets wat ook telkens naar voren komt bij jonge (top)sporters, een groep die beter onderzocht is.^{39,40} Het lijkt opportuun alles te doen om een dramatisch overlijden op het sportveld te voorkomen, maar ook bij jonge sporters staat de waarde van het ECG ter discussie. Er is namelijk specialistische sportgeneeskundige kennis nodig om te kunnen beoordelen welke ECG-afwijkingen bij een getraind hart fysiologisch zijn en welke pathologisch.⁴¹⁻⁴⁵ Zelfs voor specialisten is het signaleren van de vaak moeilijk detecteerbare afwijkingen geen sinecure.⁴⁶

In de huisartsenpraktijk heeft een screenend ECG bij sportbeoefening dan ook geen plaats, want er is zelden een goed advies aan te koppelen. De kans op een foutnegatieve of foutpositieve uitslag – het missen van een aandoening of juist het vinden van een afwijking die uiteindelijk niet leidt tot acute hartdood – is veel groter dan de kans dat het ECG een fataal incident voorkomt. Een foutpositieve uitslag kan bovendien leiden tot angst voor lichamelijke inspanning, terwijl het preventieve effect daarvan op hart- en vaatziekten is aangetoond. Een asymptomatisch afwijkend ECG is dus juist een argument vóór gezonde inspanning.¹

Ook voor sporters met een doorgemaakte hart- en vaatziekte draagt sportbeoefening in de regel bij aan een betere prognose, zelfs bij eventuele asymptomatische ECG-afwijkingen.^{47,48} Alleen bij sporters met pijn op de borst of met een familieanamnese van plotse hartdood kan dit anders liggen (zie de betreffende paragrafen in dit artikel).

DE KWALITEIT VAN DE ECG-BEOORDELING

Er is niet veel onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de beoordeling van ECG's door huisartsen die daarin geschoold zijn. Een Deens onderzoek suggereert dat huisartsen ECG's tweemaal zo vaak als afwijkend beoordelen als cardiologen (22% versus 11%). De computerbeoordeling, die in de meeste ECG-

apparaten standaard meegeleverd wordt, was in ongeveer 40% van de gevallen foutpositief.⁴⁹ In ander onderzoek gaf de software in 66% van de gevallen ten onrechte een oud hartinfarct aan.³² In combinatie met het oordeel van de huisarts kan de software echter wel weer bijdragen aan het herkennen van pathologie: de software herkent 4% van de ECG's die de huisarts als normaal afgeeft alsnog als afwijkend.⁴⁹

De huisarts is het best in het beoordelen van een normaal ECG (meer dan 90% juist), mist een aantal acute hartinfarcten (22%), is minder bedreven in het aantonen van structurele hartafwijkingen zoals LVH en oude hartinfarcten (tot 40% juist) en mist de meeste klinisch minder relevante ritme- en geleidingsstoornissen (70-90% onjuist).⁵⁰ De ECG-beoordeling door de huisarts bij de meest voorkomende ritmestoorning, AF, is zeer behoorlijk, met een sensitiviteit van 92% en een specificiteit van 77% zonder software en 92% respectievelijk 91% met software. Toch zal de huisarts, gezien de hoge prevalentie van AF, wel een significant aantal gevallen missen.²⁵

CONCLUSIE

In alle gevallen hangt het nut van een ECG af van de indicatie. In de eerste lijn is het ECG het nuttigst bij verdenking op AF en bradycardie, bij verdenking op of controle van hartfalen, bij stabiele angina pectoris en bij het vastleggen van een ritmestoorning op het moment dat er klachten zijn. Als een patiënt tijdens het maken van het ECG geen klachten heeft, verlaagt dat de kans op een diagnose aanzienlijk.

Het ECG levert echter niet altijd een eenduidige diagnose op, en er kunnen ook onverwachte afwijkingen aan het licht komen. Omdat het ECG in veel huisartsenpraktijken een belangrijk diagnostisch instrument is, zal in de komende nummers van H&W meer aandacht besteed worden aan het ECG. Aan de orde komen onder andere de beoordeling van een ECG volgens een tienpuntenlijst en een aantal casusbesprekingen waarin het ECG een prominente rol speelt. ■

LITERATUUR

- 1 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55(1):14-28. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/cardiovasculair-risicomanagement>, geraadpleegd januari 2014.
- 2 Rutten FH, Bakx JC, Bruins Slot MHE, Van Casteren BCAM, Derks CJT, Rambharose VR, et al. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55:564-70. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/acuut-coronair-syndroom>, geraadpleegd januari 2014.
- 3 Rutten FH, Bohnen AM, Schreuder BP, Popping MDA, Bouma M. NHG-Standaard Stabiele angina pectoris (tweede herziening). Huisarts Wet 2004;47:83-95. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/stabiele-angina-pectoris>, geraadpleegd januari 2014.
- 4 Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. NHG-Standaard Hartfalen (tweede herziening). Huisarts Wet 2010;53:368-89. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/hartfalen>, geraadpleegd januari 2014.
- 5 NHG-werkgroep Atriumfibrilleren. NHG-Standaard Atriumfibrilleren (tweede partiële herziening). Huisarts Wet 2013;56:392-401. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/atriumfibrilleren>, geraadpleegd januari 2014.
- 6 Lin HJ, Wolf PA, Benjamin EJ, Belanger AJ, D'Agostino RB. Newly diagnosed atrial fibrillation and acute stroke. The Framingham Study. Stroke 1995;26:1527-30.
- 7 Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: The Framingham Study. Stroke 1991;22:983-8.
- 8 Sudlow M, Rodgers H, Kenny RA, Thomson R. Identification of patients with atrial fibrillation in general practice: a study of screening methods. BMJ 1998;317:327-8.

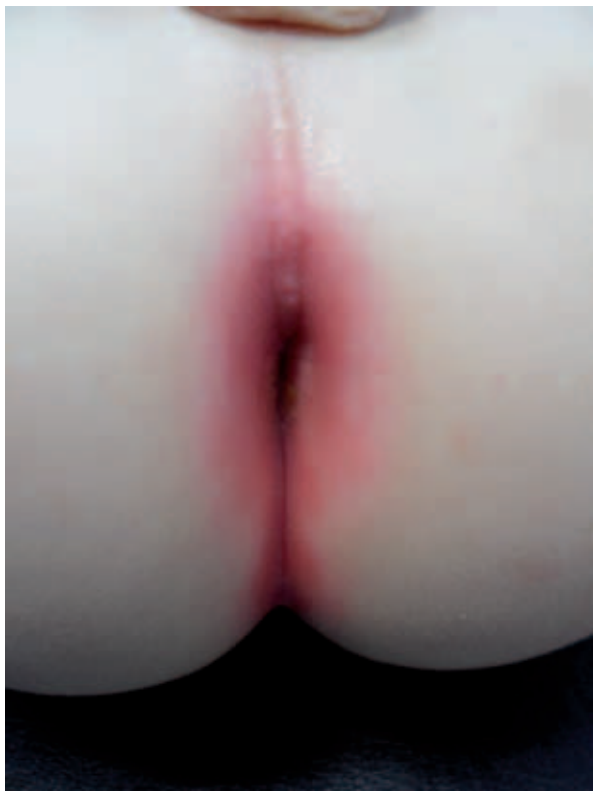
- 9 Morgan S, Mant D. Randomized trial of two approaches to screening for atrial fibrillation in UK general practice. *Br J Gen Pract* 2002;52:373-80.
- 10 Zwietering PJ, Knottnerus JA, Rinkens PE, Kleijne MA, Gorgels AP. Arrhythmias in general practice: diagnostic value of patient characteristics, medical history and symptoms. *Fam Pract* 1998;15:343-53.
- 11 Van den Berg PJ. Preventive care in the elderly: Studies on cardiovascular disease and hearing loss [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1999. <http://repub.eur.nl/pub/20000>, geraadpleegd januari 2014.
- 12 Rho RW, Page RL. Asymptomatic atrial fibrillation. *Prog Cardiovasc Dis* 2005;48:79-87.
- 13 Deif B, Lowres N, Freedman SB. Screening for atrial fibrillation above age 65 detects an asymptomatic subset at high risk of stroke. *Int J Cardiol* 2013;164:371-2.
- 14 Fitzmaurice DA, Hobbs FDR, Jowett S, Mant J, Murray ET, Holder R, et al. Screening versus routine practice in detection of atrial fibrillation in patients aged 65 and over: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335:383.
- 15 Hoefman E, Van Weert HCPM, Reisma JB, Koster RW, Bindels PJE. Diagnostic yield of patient-activated loop recorders for detecting heart rhythm abnormalities in general practice. A randomised clinical trial. *Fam Pract* 2005;22:478-84.
- 16 Hoefman E, Bindels PJE, Van Weert HCPM. Efficacy of diagnostic tools for detecting cardiac arrhythmias: systemic literature search. *Neth Heart J* 2010;18:543-51.
- 17 Connolly DC, Elveback LR, Oxman HA. Coronary heart disease in residents of Rochester, Minnesota IV: Prognostic value of the resting electrocardiogram at the time of initial diagnosis of angina pectoris. *Mayo Clin Proc* 1984;59:247-50.
- 18 Bruins Slot MHE. Biomarkers for the diagnosis of acute coronary syndrome: Studies in primary care [proefschrift]. Utrecht: Julius Center for Health Sciences and Primary Care, 2010.
- 19 Bruins Slot MHE, Rutten FH, Van der Heijden GJMG, Doevendans PA, Mast EG, Bredero AC, et al. Diagnostic value of a heart-type fatty acid-binding protein (H-FABP) bedside test in suspected acute coronary syndrome in primary care. *Int J Cardiol* 2013;168:1485-9.
- 20 Body R, Carley S, Wibberley C, McDowell G, Ferguson J, Mackway-Jones K. The value of symptoms and signs in the emergent diagnosis of acute coronary syndromes. *Resuscitation* 2010;81:281-6.
- 21 Bruyninckx R, Aertgeerts B, Bruyninckx P, Buntinx F. Signs and symptoms in diagnosing acute myocardial infarction and acute coronary syndrome: A diagnostic meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2008;58:105-11.
- 22 Hess EP, Thiruganasambandamoorthy V, Wells GA, Erwin P, Jaffe AS, Hollander JE, et al. Diagnostic accuracy of clinical prediction rules to exclude acute coronary syndrome in the emergency department setting: a systematic review. *CJEM* 2008;10:373-82.
- 23 Swap CJ, Nagurney JT. Value and limitations of chest pain history in the evaluation of patients with suspected acute coronary syndromes. *JAMA* 2005;294:2623-9.
- 24 Grijseels EW, Deckers JW, Hoes AW, Hartman JA, Van der Does E, Van Loenen E, et al. Pre-hospital triage of patients with suspected myocardial infarction. Evaluation of previously developed algorithms and new proposals. *Eur Heart J* 1995;16:325-32.
- 25 Mant J, Fitzmaurice DA, Hobbs FD, Jowett S, Murray ET, Holder R, et al. Accuracy of diagnosing atrial fibrillation on electrocardiogram by primary care practitioners and interpretative diagnostic software: analysis of data from screening for atrial fibrillation in the elderly (SAFE) trial. *BMJ* 2007;335:380.
- 26 Chun AA, McGee SR. Bedside diagnosis of coronary artery disease: a systematic review. *Am J Med* 2004;117:334-43.
- 27 Panju AA, Hemmelgarn BR, Guyatt GH, Simel DL. The rational clinical examination: Is this patient having a myocardial infarction? *JAMA* 1998;280:1256-63.
- 28 Lau J, Ioannidis JP, Balk EM, Milch C, Terrin N, Chew PW, et al. Diagnosing acute cardiac ischemia in the emergency department: A systematic review of the accuracy and clinical effect of current technologies. *Ann Emerg Med* 2001;37:453-60.
- 29 Ioannidis JP, Salem D, Chew PW, Lau J. Accuracy and clinical effect of out-of-hospital electrocardiography in the diagnosis of acute cardiac ischemia: a meta-analysis. *Ann Emerg Med* 2001;37:461-70.
- 30 Nielsen OW, Hansen JF, Hilden J, Larsen CT, Svanegaard J. Risk assessment of left ventricular systolic dysfunction in primary care: cross sectional study evaluating a range of diagnostic tests. *BMJ* 2000;320:220-4.
- 31 Zaphiriou A, Robb S, Murray-Thomas T, Mendez G, Fox K, McDonagh T, et al. The diagnostic accuracy of plasma BNP and NT-proBNP in patients referred from primary care with suspected heart failure: Results of the UK natriuretic peptide study. *Eur J Heart Fail* 2005;7:537-41.
- 32 Scheltens T, De Beus MF, Hoes AW, Rutten FH, Numans ME, Mosterd A, et al. The potential yield of ECG screening of hypertensive patients: The Utrecht Health Project. *J Hypert* 2010;28:1527-33.
- 33 Auer R, Bauer DC, Marques-Vidal P, Butler J, Min LJ, Cornuz J. Association of major and minor ECG abnormalities with coronary heart disease events. *JAMA* 2012;307:1497-1505.
- 34 De Ruijter W, Assendelft WJJ, Macfarlane PW, Westendorp RGJ, Gussekloo J. De toegevoegde waarde van routine-ECG's voor cardiovasculair risicomanagement bij oudste ouderen. *Huisarts Wet* 2009;52:318-23.
- 35 Pewsner D, Jüni P, Egger M, Battaglia M, Sundström J, Bachmann LM. Accuracy of electrocardiography in diagnosis of left ventricular hypertrophy in arterial hypertension: Systematic review. *BMJ* 2007;335:711.
- 36 Murchie P, Mendez GF, Campbell N, Patterson Y, Reid J, Cowie MR. Left ventricular dysfunction in the diabetic population. *Br J Gen Pract* 2002;52:153-4.
- 37 Behr E, Wood DA, Wright M, Syrris P, Sheppard MN, Casey A et al. Cardiological assessment of first-degree relatives in sudden arrhythmic death syndrome. *Lancet* 2003;362:1457-9.
- 38 Aagaard P, Sahlén A, Bergfeldt L, Braunschweig F. Preparticipation evaluation of novice, middle-age, long-distance runners. *Med Sci Sports Exerc* 2013;45:130-7.
- 39 Le VV, Wheeler MT, Mandic S, Dewey F, Fonda H, Perez M, et al. Addition of the electrocardiogram to the preparticipation examination of college athletes. *Clin J Sport Med* 2010;20:98-105.
- 40 Wheeler MT, Heidenreich PA, Froelicher VF, Hlatky MA, Ashley EA. Cost-effectiveness of preparticipation screening for prevention of sudden cardiac death in young athletes. *Ann Intern Med* 2010;152:276-86.
- 41 Asif IM, Rao AL, Drezner JA. Sudden cardiac death in young athletes: What is the role of screening? *Curr Opin Cardiol* 2013;28:55-62.
- 42 Drezner JA, Fischbach P, Froelicher V, Marek J, Pelliccia A, Prutkin JM, et al. Normal electrocardiographic findings: recognising physiological adaptations in athletes. *Br J Sports Med* 2013;47:125-36.
- 43 Drezner JA, Ackerman MJ, Anderson J, Ashley E, Asplund CA, Baggish AL, et al. Electrocardiographic interpretation in athletes: The 'Seattle Criteria'. *Br J Sports Med* 2013;47:122-4.
- 44 Drezner JA, Ackerman MJ, Cannon BC, Corrado D, Heidbuchel H, Prutkin JM, et al. Abnormal electrocardiographic findings in athletes: Recognising changes suggestive of primary electrical disease. *Br J Sports Med* 2013;47:153-67.
- 45 Drezner JA, Ashley E, Baggish AL, Börjesson M, Corrado D, Owens DS. Abnormal electrocardiographic findings in athletes: Recognising changes suggestive of cardiomyopathy. *Br J Sports Med* 2013;47:137-52.
- 46 Baggish AL, Hutter AM Jr, Wang F, Yared K, Weiner RB, Kupperman E, et al. Cardiovascular screening in college athletes with and without electrocardiography: A cross-sectional study. *Ann Intern Med* 2010;152:269-75.
- 47 Limburg M, Pols MA, Tuut MK, Berg JJ, Boerrigter MHR, Boiten J, et al. Richtlijn Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Neurologie, 2008. <http://www.diliguide.nl/document/230>, geraadpleegd januari 2014.
- 48 Multidisciplinaire richtlijn hartrevalidatie 2011. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie/Nederlandse Hartstichting, 2011 https://www.nvvc.nl/hr/geraadpleegd_januari_2014.
- 49 Jensen MSA, Thomsen JL, Jensen SE, Lauritzen T, Engberg M. Electrocardiogram interpretation in general practice. *Fam Pract* 2005;22:109-13.
- 50 Margolis S, Reed R. EKG analysis skills of family practice residents in the United Arab Emirates: A comparison with US data. *Fam Med* 2001;33:447-52.

Perianale roodheid, niet altijd een mycose

Casus

Daan, een 2-jarige jongen, bezoekt met zijn ouders het spreekuur wegens een hardnekkige roodheid rondom zijn anus. Na een eerder consult hierover smeren zijn ouders al 5 maanden trouw met diverse tubes miconazolcrème, zowel met als zonder toevoeging van hydrocortison. Helaas zonder noemenswaardige verbetering.

Gezien het vurige aspect van de roodheid denkt de huisarts aan een streptokokkeninfectie. Na bevestiging van de diagnose door een perianale huidkweek behandelt hij de patiënt succesvol met een combinatie van lokale en systemische antibiotica.



BESCHOUWING

Perianale roodheid komt veel voor bij jonge kinderen. Hoewel het meestal om luiereczem of een mycose gaat, is het van belang om de differentiaaldiagnose niet te vergeten. Daarbij valt te denken aan candidiasis, seborroïsch eczeem, contacteczem op vochtige doekjes, of inflammatoire darmziekten. Ook perianale streptokokkendermatitis hoort in dit rijtje thuis.

Bij lichamenlijk onderzoek zag de huisarts bij deze jongen een lichtvochtige, scherpbegrensde, felgekleurde roodheid rondom de anus. Hij nam een kweek af die behalve groei van *Escherichia coli* ook groei van een bètahemolytische streptokok, groep A (*Streptococcus pyogenes*) aantoonde.

Na het stellen van de diagnose perianale streptokokkendermatitis schreef hij antibiotica voor. De patiënt kreeg claritromycine orale suspensie op geleide van zijn gewicht

gedurende veertien dagen, en ook lokale applicatie van fusidinezuurcrème. Na twee weken verlengde hij de behandeling met nog eens twee weken. Bij de controle een maand later was de roodheid zo goed als verdwenen.

Perianale streptokokkendermatitis wordt veroorzaakt door de groep A-bètahemolytische streptokok. De aandoening heeft een typische presentatie met een zeer scherpbegrensde, vurige roodheid, die zich enkele centimeters rondom de anus kan uitbreiden. Het gebied is doorgaans vochtig en er kunnen bijkomende fissuren zijn die pijn en/of jeuk veroorzaken. Als de aandoening tot aan de anus reikt, kan deze gepaard gaan met pijnlijke defecatie, reden om bij defecatieklachten van kinderen ook altijd de anus te inspecteren.

De aandoening komt vooral voor bij kinderen in de leeftijd van zes maanden tot tien jaar. De exacte etiologie is onbekend. De diagnose wordt gesteld met een huidkweek. Als medicatie zijn penicillinen, cefalosporinen en macroliden effectief. Vooral bij penicillinen lijkt vaak sprake van resistentie, hoewel dat mogelijk toe te schrijven is aan te korte behandelduur. Een minimale duur van zeker twee tot drie weken wordt aanbevolen. De literatuur beschrijft de combinatie van orale antibiotische behandeling met lokale antibiotische behandeling als adjuvans. Het is raadzaam de patiënt goed te volgen, aangezien de behandeling soms langere tijd vergt en recidieven geregeld voorkomen.

Bij perianale roodheid is streptokokkendermatitis over het algemeen niet de eerste diagnose waaraan de huisarts denkt. Het afnemen van een kweek helpt bij het vroegtijdig stellen van een diagnose. Dit kan veel andere onnodige behandelingen besparen. ■

LITERATUUR

- 1 Perianal streptococcal dermatitis, www.huidziekten.nl.
- 2 Jongen J, Eberstein A, Peleikis HG, Kahlka V, Herbst RA. Perianal streptococcal dermatitis: an important differential diagnosis in pediatric patients. *Dis Colon Rectum* 2008;51:584-7.
- 3 Olson D, Edmonson MB. Outcomes in children treated for perianal group A beta-hemolytic streptococcal dermatitis. *Pediatr Infect Dis J* 2011;30:933-6.
- 4 Meury SN, Erb T, Schaad UB, Heininger U. Randomized, comparative efficacy trial of oral penicillin versus cefuroxime for perianal streptococcal dermatitis in children. *J Pediatr* 2008;153:799-802.

Motiverende gespreksvoering

INLEIDING

Het is een open deur: roken, (te veel) alcohol, overgewicht en te weinig bewegen zijn verantwoordelijk voor veel ziekte en narigheid. Huisartsen weten hoe moeilijk het kan zijn om mensen te motiveren tot een gezondere leefstijl. Motiverende gespreksvoering kan daarbij helpen. Motiverende gespreksvoering is in de jaren negentig van de vorige eeuw ontstaan in de verslavingszorg¹ en daarna verder ontwikkeld als gesprekstechniek ter verbetering van leefstijl en bevordering van therapietrouw. Inmiddels is motiverende gespreksvoering op veel plaatsen in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg doorgedrongen.

PLAATSBEPALING EN 'EVIDENCE'

Motiverende gespreksvoering is een gesprekstechniek om patiënten te gidsen in de richting van gedragsverandering. De basisprincipes zijn het tonen van empathie, versterken van ambivalentie bij de patiënt, omgaan met weerstand en versterken van het zelfvertrouwen van de patiënt. Motiverende gespreksvoering bouwt voort op het patiëntgericht adviseren en afstemmen zoals huisartsen dat tijdens hun opleiding leren.² Anders dan het stages of change-model³ gaat motiverende gespreksvoering ervan uit dat de hulpverlener de motivatie van de patiënt direct kan beïnvloeden, ongeacht in welk stadium de patiënt zich volgens het stages of change-model bevindt.

Samenvatting

Rietmeijer CBT. *Motiverende gespreksvoering. Huisarts Wet* 2014;57(4):202-5.

Motiverende gespreksvoering is een gesprekstechniek om patiënten te gidsen in de richting van gedragsverandering. De basisprincipes zijn het tonen van empathie, versterken van ambivalentie bij de patiënt, omgaan met weerstand en versterken van het zelfvertrouwen van de patiënt. Motiverende gespreksvoering sluit goed aan bij de patiëntgerichte consultvoering van de huisarts. Tal van onderzoeken maken de werkzaamheid aannemelijk, hoewel er nog onvoldoende hard bewijs is dat motiverende gespreksvoering in de alledaagse huisartsenpraktijk concrete gezondheidsuitkomsten verbetert. Motiverende gespreksvoering is voor veel artsen en praktijkondersteuners goed te leren en prettig om te doen; patiënten voelen zich meer geaccepteerd en begrepen. Patiëntgerichte communicatie, óók in de tweede helft van het consult, is de basis van motiverende gespreksvoering. Dit kan in elk consult en gebeurt misschien te weinig. Als de patiënt ambivalent blijkt ten aanzien van het gegeven advies kan de huisarts aanvullende motiverende technieken inzetten, gericht op het ontlocken van verandertaal.

Een systematische review uit 2010 naar de werkzaamheid van 'communicatiegerelateerde gedragsveranderingstechnieken' in de eerste lijn, waaronder motiverende gespreksvoering, laat zien dat er in 28 van de 50 geïncludeerde onderzoeken significant positieve uitkomsten zijn op het gebied van alcoholgebruik, roken, overgewicht en bewegen.⁴ Motiverende gespreksvoering laat significant positieve effecten zien in 8 van 14 onderzoeken. Huisarts en praktijkondersteuner doen het in deze review even goed.

Zoeken in de Cochrane library op 'Motivational Interviewing' levert 15 systematische reviews op, waarvan er 6 min of meer relevant zijn voor de huisartsenpraktijk.⁵⁻¹⁰ Twee van deze reviews zijn specifiek op motiverende gespreksvoering gericht: *Motivational interviewing for smoking cessation*⁵ en *Motivational interviewing for substance abuse*⁶. De eerste includeert 14 onderzoeken en 10.000 rokers, en laat zien dat motiverende gespreksvoering effectief lijkt als huisartsen of getrainde counselors het doen. Volgens de tweede systematische review (59 trials, ruim 13.000 deelnemers) kan motiverende gespreksvoering drugsgebruik verminderen, maar is het bewijs daarvoor van lage kwaliteit.

Zoeken in PubMed met de termen 'motivational interviewing' en 'general practice' levert onder andere een systematische review uit 2011 op waarin men heeft gekeken naar de effecten van training in motiverende gespreksvoering voor huisartsen.¹¹ De conclusie is dat deze training een gunstige uitwerking kan hebben op de arts-patiëntcommunicatie en leefstijladvisering. Een andere systematische review vindt in de onderzoekssetting een significant positief effect van motiverende gespreksvoering op cholesterol, bloeddruk en alcoholgebruik.¹²

De kern

- Motiverende gespreksvoering sluit goed aan bij de alom geaccepteerde uitgangspunten van patiëntgerichte communicatie.
- Systematische reviews melden positieve effecten van motiverende gespreksvoering.
- Er is tot heden weinig harde evidence voor de werkzaamheid van motiverende gespreksvoering in de dagelijkse huisartsenpraktijk.
- Motiverende gespreksvoering lijkt voor huisartsen met hun al bestaande vaardigheden op het gebied van patiëntgerichte communicatie maar een klein stapje; daarvoor is in de tweede fase van het consult (uitleg en advies) wel een sterkere patiëntgerichtheid nodig.
- Voor praktijkondersteuners die veel met leefstijladvisering bezig zijn lijkt een gedegen, herhaalde training in patiëntgerichte communicatie en motiverende gespreksvoering een logische en verantwoorde investering.

Tot slot twee onderzoeken van Nederlandse bodem. Ten eerste een clustergerandomiseerde trial naar de werkzaamheid van motiverende gespreksvoering door praktijkondersteuners in de diabeteszorg, waarbij men te weinig effect vond om motiverende gespreksvoering aan te kunnen bevelen.¹³ Het tweede betreft een gerandomiseerde gecontroleerde trial naar een leefstijlinterventie door praktijkondersteuners, waarin zij motiverende gespreksvoering combineerden met *problem solving treatment*.¹⁴ In een populatie met verhoogd risico bleek de interventie niet effectiever dan schriftelijke voorlichting in het reduceren van risicofactoren voor type 2 diabetes mellitus en hart- en vaatziekten.

In een redactioneel in *Chronic illness* uit 2009 schrijft Mesters dat er iets gek is met motiverende gespreksvoering aan de hand is: ondanks het gebrek aan *high-level evidence* lijkt motiverende gespreksvoering aan populariteit te winnen.¹⁵ Mesters denkt dat dat deels komt doordat motiverende gespreksvoering een sterk merk is: door de naam snapt iedereen waar het over gaat. Maar nog belangrijker lijkt haar de ervaring, opgedaan in trainingen, dat dokters motiverende gespreksvoering leuk vinden om te doen.

Praktijkondersteuners zijn inmiddels vaak betrokken bij het geven van adviezen over medicatie en leefstijl. Het blijkt goed mogelijk om hen te scholen in motiverende gespreksvoering, waarbij feedback op video-opnamen van consulten een effectief leermiddel is.¹⁶

DE BASIS: ADVISEREN EN AFSTEMMEN

Motiverende gespreksvoering bouwt voort op patiëntgericht adviseren en afstemmen. Als huisarts geven we voortdurend adviezen aan patiënten. Zoals we weten is het niet vanzelfsprekend dat de patiënt het advies zal opvolgen.¹⁷ Het afstemmen met de patiënt vergroot de kans op een advies dat past en dat de patiënt ook zal opvolgen:²

Arts: 'Ik geef u er een extra tablet bij.'

Patiënt mompelt iets in de trant van 'Oké'.

Arts: 'Hoe is dat voor u om er nog een tablet bij te krijgen?'

Patiënt: 'Ja, u zal het wel weten, maar ik lijk wel een chemische fabriek.'

Arts: 'U vindt dat u erg veel pillen moet slikken?'

Patiënt: 'Ja, het is gewoon niet normaal, en ik vergeet ze ook vaak.'

Arts: 'Wat bedoelt u met niet normaal?'

Patiënt: 'Nou ja, dat kan toch gewoon niet goed zijn, zoveel pillen?'

De arts weet nu door ernaar te vragen dat de patiënt ambivalent is over het innemen van de pillen. De kans lijkt groot dat hij ze niet of onregelmatig zal nemen. Barbour introduceerde de term 'frisbeeën' als metafoor voor dit afstemmen:² de arts geeft korte brokjes informatie en stelt steeds vragen om te weten of en hoe de informatie bij de patiënt binnenkomt (uitzenden en ontvangen). Dit is patiëntgerichte communicatie: aandacht voor klacht/ziekte/therapie én voor de beleving van de patiënt. Patiënten kunnen (veel) meer informatie onthouden naarmate die beter aansluit bij hun referentiekader, ze volgen afgestemde adviezen beter op en dat leidt tot betere uitkomsten (bijvoorbeeld van de bloeddruk of het HbA1c).¹⁸

Dit afstemmen is de eerste, basale stap in het motiveren van de patiënt. Motiverende gespreksvoering gaat op deze weg van exploratie van weerstand en ambivalentie nog een paar stappen verder.

DE METHODE: ONTLOKKEN VAN VERANDERTAAL

Motiverende gespreksvoering is gericht op wat de patiënt zelf in huis heeft om zijn gedrag te willen en kunnen veranderen. Het helpt de patiënt te laten spreken over zijn wensen en mogelijkheden. De dokter is duidelijk in zijn advies, maar stelt vooral vragen en laat de patiënt praten. Hieronder lichten we de belangrijkste principes en aannamen uit de motiverende gespreksvoering toe:¹

- Iedereen is ambivalent ten aanzien van gewenste gedragsverandering, niemand is volledig ongemotiveerd.
- De hulpverlener kan de motivatie beïnvloeden.
- Het is essentieel dat de hulpverlener vanuit een accepterende houding empathie en begrip toont.
- De menselijke natuur verzet zich tegen dwang en bevoogding.

Iedereen is ambivalent – ook mensen die volstrekt ongemotiveerd lijken hebben hun twijfels. Dat geldt zelfs voor de verstokte roker die al jaren alle stopadviezen negeert: als het geen moeite zou kosten om te stoppen, als hij daar enig vertrouwen in zou hebben, dan zou hij dat misschien wel willen. Er is dus

Abstract

Rietmeijer CBT. *Motivational interviewing*. *Huisarts Wet* 2014;57(4):202-5.

Motivational interviewing is a counselling technique used to guide patients towards behavioural change. It is based on showing empathy, reinforcing patient ambivalence, coping with resistance, and increasing patient confidence. Motivational interviewing is compatible with the patient-centred approach used by general practitioners during consultations. While numerous studies support the plausibility of this approach, there is insufficient hard evidence that motivational interviewing in daily practice improves health outcomes. Many GPs and case managers find motivational interviewing easy to learn and pleasant to use – patients feel more accepted and better understood. Patient-centred communication, also in the second part of the consultation, forms the basis of motivational interviewing. The technique can be applied during every consultation and is probably not used enough. If the patient remains ambivalent about the advice given, the GP can use additional motivational techniques aimed at evoking language of change.

altijd sprake van ambivalentie. Dat betekent dat er argumenten vóór verandering zijn, maar ook tégen. Deze lijken elkaar op te heffen ten gunste van het voortbestaan van de status quo.

De argumenten tegen verandering noemen we *weerstandstaal*: deze wordt uitgelokt door argumenten vóór verandering te noemen. Dus als de dokter de argumenten geeft om te stoppen met roken zal de patiënt benadrukken hoe moeilijk dat is. Dit argumenteren van de dokter noemen we de *reparatiereflex*, een begrijpelijke, maar meestal ineffectieve strategie. De reparatiereflex kiest één kant van de ambivalentie; de patiënt zal de andere kant kiezen (en weerstandstaal gebruiken) en zichzelf van de verandering af praten.

De argumenten vóór verandering noemen we *verandertaal*. Een onderzoek bij alcoholverslaafden liet zien dat de hoeveelheid weerstandstaal in een consult negatief correleert met gedragsverandering.¹⁹ Verandertaal uit de mond van de patiënt daarentegen is een voorspeller voor gedragsverandering. De taak van de dokter is daarom de patiënt verandertaal te ontlokken. Op deze wijze beïnvloedt de dokter de motivatie van de patiënt. Uiteraard is de dokter duidelijk in zijn advies, bijvoorbeeld stoppen met roken, maar als hij ongevraagd probeert te argumenteren en te overtuigen, de reparatiereflex, zal dat bij de patiënt weerstandstaal oproepen en dus contraproductief zijn. Het praten over verandering komt dan uit de verkeerde mond. Voorbeelden van verandertaal:

- Verlangen: 'Ik wil...', 'Ik zou graag...'
- Vermogen: 'Ik kan...', 'Ik zou misschien kunnen...'
- Redenen: 'Ik zou me beter voelen als...', 'Het zou beter zijn als...'
- Noodzaak: 'Ik moet wel...'
- Vastbeslotenheid: 'Ik zal...', 'Ik ga...'
- Stappen die gezet zijn: 'De afgelopen week heb ik...'

Er zijn verschillende manieren om verandertaal aan de patiënt te ontlokken. Een goede start is het uitvergrooten van de ambivalentie. Daarbij vraagt de dokter naar de voors en tegens van het ongewenste en het gewenste gedrag. De al genoemde empathie en acceptatie zijn van belang: de dokter is oprecht nieuwsgierig en oordeelt niet. 'Wat ziet u als voordelen van het roken?' 'En wat zijn voor u de nadelen?' De gespreksvaardigheden die de dokter hier gebruikt zijn het stellen van open vragen, het rustig volgen, oogcontact maken, hummen, korte (gevoels)reflecties geven, samenvatten en doorvragen. De patiënt zal zich hierdoor begrepen en geaccepteerd voelen in zijn ambivalentie.

Vervolgens stelt de dokter nog meer open vragen die de patiënt met verandertaal kan beantwoorden: 'Wat zou u het liefste willen...?' 'Wat maakt dit voor u belangrijk?' 'Welke stappen hebt u al gezet?' Zo gidst de dokter de patiënt richting gedragsverandering.

Een specifieke techniek om verandertaal aan de patiënt te ontlokken is het vragen naar belang en vertrouwen door middel van schaalvragen: 'Op een schaal van 0 tot 10, hoe belangrijk vindt u het om met roken te stoppen?' 'Waarom niet een punt lager?' Dit laatste is essentieel: de patiënt beantwoordt

deze vraag met argumenten die richting verandering gaan. Als de dokter vraagt 'waarom niet een punt hoger' gebeurt het omgekeerde: weerstandstaal. De hoogte van het cijfer maakt daarbij niet uit. Als de patiënt bijvoorbeeld een 2 geeft voor het belang van stoppen met roken kan de dokter vragen: 'een 2 zegt u, dat is niet heel hoog, maar waarom is het niet een 0 of een 1?' Dan zal de patiënt de argumenten noemen waarom hij er toch wel enig belang aan hecht. Dezelfde techniek wordt toegepast bij het vragen naar het vertrouwen dat de patiënt heeft in zijn vermogen tot gedragsverandering.

Als de patiënt helemaal geen belang ziet, of totaal geen vertrouwen heeft, zichzelf een 0 geeft, dan kan de hypothetische vraag nog uitkomst bieden: 'Stel dat u er wél enig vertrouwen in had, zou u het dan graag willen?'

Patiënt: 'Het gaat me nooit lukken om te stoppen.'

Arts: 'U vindt het heel erg moeilijk.'

Patiënt: 'Ja.' (Zucht.)

Arts: 'Stel dat het makkelijk zou zijn, zou u het dan eigenlijk graag willen?'

Patiënt: 'Tsja, als u het zo vraagt...'

Arts: 'Ja?'

Patiënt: 'Ja, dan denk ik van wel.'

Arts: 'En waarom zou u dan precies willen stoppen?'

Patiënt: 'Ja, ik wil natuurlijk graag nog een tijd leven, en niet weer een infarct krijgen.'

Arts: 'Hoe belangrijk vindt u het om te stoppen, op een schaal van 0 tot 10?'

Patiënt: 'Nou, toch wel een 6.'

Arts: 'En waarom niet een 5?'

Patiënt: 'Het zou wel fijn zijn om de trap op te kunnen; en ik wil mijn kleinkinderen nog een tijdje meemaken.'

De patiënt voelt zich erkend en geaccepteerd en krijgt daardoor ruimte om over verandering te kunnen praten. Als de arts in dit voorbeeld vanuit zijn reparatiereflex had gezegd: 'Maar het is echt heel slecht voor u', was de patiënt waarschijnlijk teruggevallen op weerstandstaal. Als de patiënt verandertaal uit, is het van belang daarop door te vragen, zodat de patiënt meer vertelt over de gewenste verandering. Als de patiënt verandertaal spreekt is er vaak sprake van een positieve energie in het gesprek, een zekere, prettige verbondenheid, een positieve *flow*. Als de patiënt echter weerstandstaal uit, zal de dokter vaak

enig ongeduld bij zichzelf voelen, misschien ook irritatie, hij kan het gevoel krijgen dat het niet opschiet, dat het niks wordt. Dit gevoel is een belangrijk signaal voor de arts: het betekent namelijk dat hij mogelijk in de reparatiereflex is terechtgekomen en de patiënt daarop met weerstandstaal reageert. Als de arts weerstandstaal hoort moet hij zich afvragen of hij deze soms zelf heeft opgeroepen en kan hij iets anders proberen. Anders gezegd: als je verandertaal hoort, ben je goed bezig. Als je weerstandstaal hoort, moet je iets anders gaan doen.

Een motiverend gesprek eindigt met de vraag wat de patiënt nu, alles overziend, van plan is. Arts en patiënt maken daarover afspraken, zonder dat de arts daarbij iets aan de patiënt probeert op te dringen. De afspraak kan variëren van wanneer erop wordt teruggekomen, tot een concreet veranderplan.

BESCHOUWING

Motiverende gespreksvoering sluit goed aan bij patiëntgerichte consultvoering in de huisartsenpraktijk. Deze gespreksmethode is daardoor voor huisartsen goed aan te leren en toe te passen. Toch gebruiken huisartsen deze techniek blijkens onderzoek niet vaak. Ze blijken nauwelijks te vragen naar gedachten en gevoelens over gedragsverandering.²⁰ Huisartsen en patiënten praten heel weinig over therapietrouw, wat men wel omschrijft als *the conspiracy of silence*.²¹ Het lijkt erop dat huisartsen vooral patiëntgericht zijn bij het verhelderen van de hulpvraag aan het begin van het consult. Het afstemmen, het exploreren van gevoelens en gedachten van de patiënt naar aanleiding van een gegeven advies, of dat nu een medicatieadvies of een leefstijladvies is, lijkt minder gemeengoed.² Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de fase van uitleg en advies aanbreekt op het moment dat de consulttijd vaak al zo'n beetje verstreken is. We hebben de hulpvraag verhelderd, de anamnese afgenomen, het lichamelijk onderzoek gedaan en onze handen gewassen. Intussen hebben we klinisch geredeneerd en een hypothese gevormd. Nu nog uitleggen wat er aan de hand is en een recept uitschrijven en dan de volgende patiënt. Als dokter zijn we bijna klaar en 'patiëntgericht fris-beeën' rekenen we in deze fase van het consult misschien niet zo tot onze taak. Laat staan het uitgebreid exploreren van ambivalenties. Ons SOEP-systeem kent geen S aan het einde...

Maar voor de patiënt begint het dan pas: hoe gaat hij de diagnose en het advies mee naar huis nemen? Kan en wil hij het advies opvolgen? Is hij erdoor gerustgesteld of juist gealarmeerd? Als we er niet naar vragen, weten we het niet en zijn al onze inspanningen misschien voor niks geweest. Als we er wel naar vragen kunnen we de patiënt zo nodig helpen bij het zoeken naar zijn belang bij en vertrouwen in het opvolgen van het advies. Als motiveren extra inspanning vraagt, kunnen aanvullende technieken uit de motiverende gespreksvoering behulpzaam zijn.

CONCLUSIES, LEERPUNTEN

Motiverende gespreksvoering sluit goed aan bij onze patiëntgerichte consultvoering. Tal van onderzoeken maken de werkzaamheid aannemelijk, hoewel er nog onvoldoende hard bewijs is dat motiverende gespreksvoering in de alledaagse huisartsenpraktijk concrete gezondheidsuitkomsten verbetert. Motiverende gespreksvoering is voor veel artsen en praktijkondersteuners goed te leren en prettig om te doen; patiënten voelen zich meer geaccepteerd en begrepen. Patiëntgerichte communicatie, óók in de tweede helft van het consult, is de basis van motiverende gespreksvoering. Dit kan in elk consult en gebeurt misschien te weinig. Als de patiënt ambivalent blijkt ten aanzien van het gegeven advies kan de huisarts aanvullende motiverende technieken inzetten, gericht op het ontlocken van verandertaal. ■

LITERATUUR

- 1 Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Gorinchem: Ekklesia; 2009.
- 2 Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg, een evidence-based benadering. 2e druk. Den Haag: Lemma, 2006.
- 3 Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: application to addictive behaviours. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
- 4 Noordman J, Van der Weijden T, Van Dulmen S. Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: a systematic review of the literature. *Patient Educ Couns* 2012;89:227-44.
- 5 Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;1:CD006936.
- 6 Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;5:CD008063.
- 7 McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;8:CD005191.
- 8 Rueda S, Park-Wyllie LY, Bayoumi A, Tynan AM, Antoniou T, Rourke S, et al. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD001442.
- 9 Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3:CD001055.
- 10 Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;8:CD001863.
- 11 Söderlund LL, Madson MB, Rubak S, Nilsen P. A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Educ Couns* 2011;84:16-26.
- 12 Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55:305-12.
- 13 Heinrich E, Candel MJ, Schaper NC, De Vries NK. Effect evaluation of a Motivational Interviewing based counseling strategy in diabetes care. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;90:270-8.
- 14 Lakerveld J, Bot SD, Chinapaw MJ, Van Tulder MW, Kostense PJ, Dekker JM, et al. Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013;10:47.
- 15 Mesters I. Motivational interviewing: hype or hope? *Chronic Illn* 2009;5:3-6.
- 16 Noordman J, Van der Weijden T, Van Dulmen S. Effects of video-feedback on the communication, clinical competence and motivational interviewing skills of practice nurses: a pre test post-test control group study. In: Noordman J, ed. *Lifestyle counseling by physicians and practice nurses in primary care, an analysis of daily practice* [proefschrift]. Nijmegen, 2013.
- 17 Haynes RB, Mc Kibbon KA, Kanani R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medication. *Lancet* 1996;348:383-6.
- 18 Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physicians-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:S110-27.
- 19 Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS. Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison for two therapist styles. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:455-61.
- 20 Van Dulmen S, Noordman J. Motiverende gespreksvoering bij leefstijladviezen. *Huisarts Wet* 2013;43:15.
- 21 Bensing J. De nieuwe kleren van de huisarts. *Huisarts Wet* 2007;50:470-3.

Morele dilemma's op de SEH

INLEIDING

Op de spoedeisende hulp (SEH) presenteren zich regelmatig patiënten met ziektebeelden die een acute interventie vereisen. Of de vereiste behandeling daadwerkelijk in gang gezet wordt, hangt af van velerlei factoren, waaronder de wens van de patiënt en de kans van slagen van de behandeling. In sommige situaties is het beter om van een behandeling af te zien. Vaak zijn het patiënten die voordien niet ernstig ziek waren, zodat er niet eerder een directe reden was om over behandelbeperkingen te spreken. Soms echter gaat het om patiënten die al langere tijd ernstig ziek waren, van wie sommigen afspraken hebben gemaakt over behandelbeperkingen. In acute situaties op de SEH is er vaak geen tijd om alle informatie te vergaren die nodig is voor het vastleggen van een behandelbeperking. Aan de hand van drie casussen willen wij benadrukken hoe belangrijk het is om behandelbeperkingen voor deze categorie patiënten tijdig te bespreken en nauwkeurig vast te leggen.

Patiënt A

Een man van 83 jaar met in de voorgeschiedenis onder andere de ziekte van Kahler, atriumfibrilleren en een aortaklepstenose komt op de spoedeisende hulp in verband met dyspneu en hoesten. Bij lichamelijk onderzoek wordt een zeer dyspnoïsche man gezien met een ademfrequentie van 40/min, een temperatuur van 38,7 °C, een pols van 70/min en een bloeddruk van 134/63 mmHg. Over de longen zijn een verlengd piepend expirium, crepitaties en rhonchi over alle longvelden te horen. De thoraxfoto toont een bovenkwabinfiltraat rechts en de laboratoriumuitslagen laten verhoogde ontstekingswaarden zien.

Met de werkdiagnose pneumonie wordt patiënt opgenomen op de verpleegafdeling en wordt intraveneus amoxicilline/clavulaanzuur gestart. Al snel is er echter sprake van progressieve dyspneu met een ademfrequentie van 50/min en zuurstofsaturaties van 80% ondanks een venturimasker met 60% zuurstof. Er volgt overleg met de intensivist over eventuele overplaatsing naar de intensive care. Patiënt geeft op dat moment echter duidelijk aan dat hij geen verdere behandeling meer wil en niet naar de intensive care wil. Twee maanden voor de huidige opname is hem in verband met een *sick sinus syndrome* een pacemaker geadviseerd, ook deze had hij geweigerd.

Samenvatting

Feenstra RA, Schuur T, Ter Avest E. Morele dilemma's op de SEH. *Huisarts Wet* 2014;57(4):206-8.

Als patiënten in acute toestand op de spoedeisende hulp komen, is er vaak niet genoeg tijd om afspraken omtrent niet reanimeren of andere behandelbeperkingen te bespreken. Aan de hand van drie casussen houden wij een pleidooi voor het tijdig bespreken en vastleggen van enige behandelbeperking. Daarmee kunnen onnodig lijden voor de patiënt en onnodig hoge kosten voor de samenleving voorkomen worden.

In overleg met patiënt en familie (zoon en schoondochter) wordt besloten patiënt zo spoedig mogelijk naar huis te laten gaan om hem in de gelegenheid te stellen daar te overlijden. Uiteindelijk overlijdt patiënt vlak voor aankomst thuis.

Patiënt B

Een man van 78 jaar met in de voorgeschiedenis COPD, atriumfibrilleren, hartfalen en uitgebreid vaatlijden presenteert zich op de spoedeisende hulp in verband met een gebarsten aneurysma van de aorta abdominalis. Eerder is besloten dit (toen nog asymptomatische) aneurysma niet electief te opereren in verband met het sterk verhoogde operatierisico bij de uitgebreide comorbiditeit van patiënt. Gegeven de acute situatie wordt nu echter met spoed een buikoperatie uitgevoerd waarbij een aortabuisprothese wordt geplaatst.

Postoperatief komt patiënt op de intensive care. Geleidelijk verbetert de toestand en na zeven dagen kan hij worden gedetubeerd. Inmiddels is uit gesprekken met de familie gebleken dat patiënt de laatste maanden zowel geestelijk als lichamelijk erg achteruitging en dat hij al geruime tijd alleen maar in de stoel zat en niet meer buiten kwam. Na ontslag vanaf de intensive care unit naar de verpleegafdeling wordt daarom besloten patiënt niet opnieuw te intuberen of op de intensive care op te nemen wanneer zijn toestand opnieuw zou verslechteren. Drie dagen later komt patiënt te overlijden als gevolg van progressieve respiratoire insufficiëntie.

Patiënt C

Een man van 82 jaar met in de voorgeschiedenis nierfunctiestoornissen en atriumfibrilleren komt op de spoedeisende hulp in verband met een gebarsten aneurysma van de aorta abdominalis. Na toestemming van patiënt en zijn echtgenote wordt besloten tot uitschakeling van het aneurysma door plaatsing van een aortabuisprothese.

Postoperatief wordt patiënt op de intensive care opgenomen, waar hij inotropiebehoefte blijkt en waar hij, in verband met een acute nierinsufficiëntie, wordt behandeld met continue venovenieuze hemofiltratie. Via de inmiddels geraadpleegde huisarts wordt ondertussen bekend dat patiënt voorheen al een zeer matige algehele conditie had en dat er sprake was van 'een dementieel beeld'. In een gesprek met de echtgenote en de dochter van patiënt blijkt dat hij al meer dan een jaar bijna volledig afhankelijk was van zijn echtgenote voor de ADL-zorg. Na met de familie besproken te hebben dat de ingezette behandeling eigenlijk op zijn best zou kunnen leiden tot een slechtere (thuis)situatie, met verdere achteruitgang van cognitief functioneren en ADL-afhankelijkheid, werd besloten tot een absterender beleid waarna patiënt is overleden.

De kern

- Respect voor de autonomie van de patiënt staat aan de basis voor het al dan niet inzetten van levensverlengende behandelingen.
- Het is van belang om te verifiëren of de patiënt afdoende geïnformeerd en wilsbekwaam is om tot een afgewogen oordeel te komen.
- Behandelbeperkingen moeten tijdig besproken worden met de patiënt en/of diens vertegenwoordiger.
- Het is van belang dat afspraken omtrent behandelbeperkingen in een vroeg stadium worden gemaakt en nauwkeurig vastgelegd worden in het medisch dossier.

BESPREKING

Autonomie

Respect voor de autonomie van de patiënt staat aan de basis voor het al dan niet inzetten van levensverlengende behandelingen. Een patiënt die wilsbekwaam en voldoende geïnformeerd is, heeft het recht om alle vormen van medische behandeling, inclusief levensverlengende behandelingen, te weigeren. De WGBO eist dat de arts, ook wanneer hij van mening is dat een dergelijke weigering in strijd is met het welzijn van de patiënt en de patiënt zal kunnen schaden, betrokken moet blijven en moet proberen de patiënt te overreden. Wanneer dit niet lukt, moet de arts de keuze van de patiënt respecteren – waarbij moet worden aangetekend dat de patiënt wel een aangeboden behandeling kan kiezen of weigeren, maar niet zonder meer een behandeling kan eisen die niet wordt aangeboden. Een recent gepubliceerd ethisch beslismodel biedt de behandelaar handvatten om aan de hand van vijf vragen tot een beslissing te komen.

1. Is de medische interventie effectief voor het behalen van de doelen van de patiënt?
2. Hoe beoordeelt de behandelaar het verwachte voordeel en het risico op schade?
3. Begrijpt de patiënt zijn medische situatie?
4. Wil de patiënt de behandeling nog nadat de voordelen, de schade en de kosten geëvalueerd zijn?
5. Zijn er veel middelen (ook geldelijke) nodig voor de behandeling?

Wilsbekwaamheid

Het is belangrijk te verifiëren of de patiënt afdoende geïnformeerd en wilsbekwaam is om tot een afgewogen oordeel te komen. Wilsbekwaamheid is een contextafhankelijk begrip: de vereisten zijn hoger naarmate de gevolgen van de beslissing ingrijpender zijn. Het weigeren van een potentieel levensreddende behandeling vereist daarom een zorgvuldige beoordeling van de wilsbekwaamheid van de patiënt. Elke arts moet deze afweging kunnen maken; hij kan daarbij gebruikmaken van het door de KNMG opgestelde *Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid*.² Als de comorbiditeit van de patiënt of de complexiteit van de situatie dat vereist, kan de primaire behandelaar deskundigen consulteren, zoals een psychiater, klinisch geriatr of een specialist ouderengeneeskunde. De primaire behandelaar blijft echter verantwoordelijk voor de beoordeling van de wilsbekwaamheid. Om een afgewogen oordeel mogelijk te maken, moet de patiënt in staat zijn te communiceren en niet te veel beïnvloed worden door belangen van derden. De patiënt moet de verstrekte medische informatie begrijpen en in staat zijn deze in overeenstemming te brengen met de eigen persoonlijke waarden en doelen.

Zinloos handelen

Wanneer een behandeling niet in staat is het beoogde doel te bereiken, spreekt men van zinloos handelen. Een behandeling kan als zinloos worden ervaren vanuit het perspectief van de behandelaar (gebrek aan medische effectiviteit) en vanuit het

perspectief van de patiënt (gebrek aan een leven met betekenis). Onderzoek laat zien dat mensen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg over het algemeen het verhogen van de kwaliteit van leven belangrijker vinden dan het verlengen van het leven.³

Om te beoordelen of een interventie medisch zinloos is, moet men de uitkomst van die interventie met een hoge graad van betrouwbaarheid kunnen voorspellen. Als vuistregel kan daarbij gelden dat een behandeling vanuit medisch perspectief zinloos is als zij in de laatste honderd keer dat zij is uitgevoerd geen enkele keer het gewenste resultaat opleverde, of als er na de behandeling sprake zal zijn van permanent bewustzijnsverlies en persisterende afhankelijkheid van de intensive care.⁴ De diagnose en prognose staan echter nooit absoluut vast en dus is het soms lastig om in een acute situatie de medische zin of zinloosheid van een behandeling voor de individuele patiënt te bepalen. In een dergelijk geval kan het wijs zijn andere behandelaars om advies te vragen of de behandeling aan een tijdslimiet te binden.

Nog lastiger is het vaak om in een acute situatie de zin of zinloosheid vanuit het perspectief van de patiënt te bepalen. Zinloos handelen is niet alleen ongewenst in de zin dat het beoogde doel niet wordt bereikt, maar het brengt ook onnodig hoge kosten met zich mee voor de gezondheidszorg. Een recent onderzoek laat zien dat een hogere prevalentie van wilsverklaringen waarin behandelbeperkingen zijn opgenomen, is geassocieerd met lagere zorgkosten in samenlevingen waarin de zorgkosten rondom het levenseinde hoog zijn.⁵

BESCHOUWING

Patiënt A was volledig wilsbekwaam inzake de beslissing omtrent zijn verdere behandeling maar kon zijn wens inzake het weigeren van verdere behandeling niet tot uitdrukking brengen, wellicht omdat hij te laat gehoord werd of onvolledig geïnformeerd was omtrent zijn prognose. Eerder had hij een pacemakerimplantatie geweigerd, maar omdat dit niet in zijn dossier gedocumenteerd was, kon deze informatie niet meegewogen worden door de behandelend artsen op de spoedeisende hulp. Dat heeft ertoe bijgedragen dat zijn wens om thuis te kunnen sterven niet meer kon worden vervuld.

Bij patiënt B was de afspraak om zijn abdominale aneurysma niet meer te opereren weliswaar in het dossier vastgelegd, maar het was niet duidelijk was of deze afspraak ook van toepassing was op acute situaties. Om meerdere redenen is het van belang om gesprekken omtrent het vastleggen van

Abstract

Feenstra RA, Schuur T, Ter Avest E. Moral dilemmas in the emergency department. *Huisarts Wet* 2014;57(4):206-8.

Owing to the acute nature of the conditions for which patients come to the emergency department, there is often not enough time to discuss a do-not-resuscitate order or other treatment restrictions with patients and/or their family at presentation. On the basis of three cases, we make a plea for the timely discussion and clear documentation of any treatment restrictions, in order to prevent unnecessary suffering of the patient and high costs for the community.

eventuele behandelbeperkingen tijdig te voeren en juist te documenteren. Ten eerste kan een voortschrijdende ziekte het cognitief functioneren of de uitdrukkingsvaardigheid van de patiënt aantasten, wat het lastig en soms onmogelijk maakt om behandelbeperkingen te bespreken. Ten tweede is er in acute situaties vaak onvoldoende tijd om de patiënt optimaal te informeren om tot een weloverwogen beslissing te kunnen komen. Tot slot blijken veel patiënten het bedreigend te vinden om over behandelbeperkingen na te denken.⁶ Tijdige, goede uitleg over het doel van het bespreken van behandelbeperkingen, zodat de patiënt de tijd heeft om de informatie op zich te laten inwerken en er op een later moment op terug te komen, kan deze angst voor een deel wegnemen.

Patiënt C werd in eerste instantie geopereerd aan een geruptureerd abdominaal aneurysma, maar gaandeweg werd duidelijk dat het doel van de behandeling vanuit het perspectief van de patiënt, zoals aangegeven door zijn echtgenote, niet haalbaar zou zijn en werd de behandeling gestaakt. Bij de afweging of er behandelbeperkingen moeten gelden, speelt naast de wens van de patiënt ook de kans van slagen van de behandeling een rol. Weldoen en niet-schaden is hierbij een belangrijk uitgangspunt. Daarbij moet men het uiteindelijke doel van de behandeling steeds goed voor ogen houden: is dat het herwinnen van pre-existent functioneren, het verlengen van het leven of de bestrijding van symptomen?

In alle drie de casussen is, gegeven de beschikbare kennis, tijd en informatie op het moment van presentatie, medisch gezien correct gehandeld. Toch heeft het handelen niet de (door de arts) beoogde uitkomst gehad. Bovendien bleek de ingezette behandeling achteraf niet gewenst, vanuit het perspectief van de patiënten en hun familie. In alledrie de situaties zou de besluitvorming beter zijn verlopen als eventuele behandelbeperkingen al in een eerder stadium waren besproken en vastgelegd.

CONCLUSIE

Het tijdig bespreken en vastleggen van de perspectieven van zowel de patiënt als de behandelaar op de zin of zinloosheid van bepaalde medische interventies maakt het gemakkelijker direct de juiste keuzes te maken wanneer zich een acute situatie voordoet.

Het bespreken en opstellen van een verklaring omtrent behandelbeperkingen is de gezamenlijke verantwoordelijkheid

van alle betrokken partijen: patiënt, behandelaren en eventueel de familie. De huisarts kan in dit proces een belangrijke rol vervullen omdat hij de patiënt kent en een vertrouwensband heeft. Twee recent verschenen publicaties kunnen hierbij behulpzaam zijn: de KNMG-handreiking *Tijdig spreken over het levenseinde*⁷ en de multidisciplinaire richtlijn *Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen*.⁸

Goede communicatie tussen alle betrokken partijen is van cruciaal belang. Intramurale informatie over beleidsgesprekken en over het te verwachten beloop van het ziekteproces moet nauwkeurig en snel aan de huisarts overgedragen worden. Omgekeerd is het van cruciaal belang dat de huisarts informatie over de behandelbeperkingen die met de patiënt zijn afgesproken beschikbaar maakt voor andere behandelaren en ambulancepersoneel in geval van levensbedreigende situaties.

Ieder mens heeft recht op goede gezondheidszorg. Het tijdig bespreken en zorgvuldig documenteren van behandelbeperkingen, zowel in als buiten het ziekenhuis, maakt hier deel van uit. Wanneer zich een acute situatie voordoet, maakt dat het gemakkelijker om direct de juiste keuzes te maken. Tijdig nadenken over de grenzen van een behandeling voorkomt zinloos handelen, onnodig lijden van de patiënt en onnodige aanspraak op zorg. ■

LITERATUUR

- 1 Winkler EC, Hiddemann W, Marckmann G. Evaluating a patient's request for life-prolonging treatment: an ethical framework. *J Med Ethics* 2012;38:647-51.
- 2 Witmer JM, De Roode RP. Van wet naar praktijk: Implementatie van de WGB. Deel 2 Informatie en toestemming. Bijlage 9: Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid. Utrecht: KNMG, 2004. <http://knmg.artsenet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Van-wet-naar-praktijk-implementatie-van-de-WGB-Deel-2.-Informatie-en-toestemming-2004.htm>, geraadpleegd januari 2014.
- 3 Van Delden JJM, Vrakking AM, Van der Heide A, Van der Maas PJ. Medical decision making in scarcity situations. *J Med Ethics* 2004;30:207-11.
- 4 Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990;112:949-54.
- 5 Nicholas LHN, Langa KM, Iwashyna TJ, Weir DR. Regional variation in the association between advance directives and end-of-life Medicare expenditures. *JAMA* 2011;306:1447-53.
- 6 Prendergast TJ, Puntillo KA. Withdrawal of life support: intensive caring at the end of life. *JAMA* 2002;288:2732-40.
- 7 KNMG. Handreiking tijdig spreken over het levenseinde. Utrecht: KNMG, 2012. www.knmg.nl/spreken-over-levenseinde, geraadpleegd januari 2014.
- 8 Van Delden JJM, Van der Endt RP, De Graaf E, Helle R, Ikking H, Klein Ikink AJ, et al. Multidisciplinaire richtlijn besluitvorming over reanimatie: Anticiperende besluitvorming over reanimatie bij kwetsbare ouderen. Utrecht: Verenso/NHG/V&VN, 2013. <https://www.nhg.org/themas/artikelen/mdr-besluitvorming-over-reanimatie>, geraadpleegd januari 2014.

KLEINE KWALEN FLINK UITGEBREID

Eekhof J, Knuistingh Neven A, Opstelten W (redactie). Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk. Zesde, volledig herziene versie. Amsterdam: Reed Business Education, 2013. 901 bladzijden, prijs € 49,95. ISBN 978 90 352 3559 5.

Doelgroep Het boek is geschikt voor huisartsen, huisartsen in opleiding en geneeskundestudenten, maar kan ook een leidraad zijn voor andere artsen, praktijkondersteuners, *physician assistants* of verpleegkundigen.

Inhoud Het boek beschrijft ruim 200 kwalen in evenzoveel hoofdstukken. Er zijn meer dan 30 nieuwe hoofdstukken toegevoegd aan deze 6^{de} volledig herziene druk. De aanpassing van de titel naar 'huisartsenpraktijk' is geheel in lijn met de ontwikkelingen: de huisarts werkt vrijwel niet meer solistisch als huisarts, maar steeds meer in een huisartsenverband. Elk hoofdstuk is wederom op dezelfde overzichtelijke wijze opgebouwd met een gearceerde plek (wat is aangetoond) die aangeeft of er wetenschappelijk bewijs bestaat voor het geadviseerde beleid.

Nieuw in deze druk is dat elk hoofdstuk begint met een samenvatting van de kernpunten van de kleine kwaal. Een eveneens prettige verbetering is dat de opmaak van de tekst is gewijzigd in twee kolommen. Verder zijn de foto's

van een iets verbeterde kwaliteit. De hoofdstukken sluiten waar van toepassing aan bij de NHG-Standaarden en vullen deze zo nodig aan.

Zoals voorheen begint het boek met algemene kwalen en behandelt vervolgens de kwalen van 'hoofd' via 'romp' naar 'armen' en 'benen'. Nieuw is dat deze delen corresponderen met pastelkleuren in de tekst en aan de zijkant van het boek. Helaas lijken de kleuren erg veel op elkaar, zodat deze opzet het doel enigszins voorbijschiet.

Oordeel Het zijn de kleine kwalen die in het boek zijn beschreven: 'relatief onschuldige aandoeningen, waarbij uitleg en een eenvoudig advies volstaan'. Welke aandoeningen

onder de definitie kleine kwalen vallen is echter enigszins arbitrair. 'Haaruitval', 'borsten bij mannen' of het 'pijnlijke blaassyndroom' zijn wellicht voor een dokter relatief onschuldige aandoeningen, maar tegelijk rijst de vraag of dit nou wel echt zulke kleine kwalen zijn voor patiënten?

Het boek is desalniettemin een must voor alle huisartsen, (opleidings)praktijken en zeker voor alle huisartsen in opleiding. Het is goed te gebruiken als leerboek en naslagwerk en nog completer geworden door de 30 kwalen die zijn toegevoegd. De verbeterde opmaak, foto's en kernpunten maken het nog makkelijker leesbaar, overzichtelijker en praktischer toepasbaar. ■

Danielle Esme

Waardering: ●●●●●



Klinische lessen voor H&W gevraagd

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

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

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

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

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

Just Eekhof

Bewegingsziekte

INLEIDING

Bewegingsziekte kent een aantal synoniemen, zoals kinetose en reisziekte. Bekende voorbeelden zijn wagen-, lucht- en zeeziekte.^{1,2} Hippocrates heeft de symptomen van zeeziekte voor het eerst beschreven. Nausea, een vrijwel obligaat symptoom van bewegingsziekte, is afgeleid van het Griekse woord *naus*, wat 'schip' betekent.

Hoe vaak bewegingsziekte bij de gewone bevolking optreedt, is niet bekend. Slechts een zeer klein gedeelte van de patiënten met bewegingsziekte zal hiervoor de huisarts bezoeken met de vraag hoe ze de verschijnselen tijdens een volgende reis kunnen voorkomen. In huisartsgeneeskundige registratiesystemen krijgt bewegingsziekte de code 'Andere symptomen/klachten zenuwstelsel' (N29). De incidentie hiervan bedraagt 1,0 per 1000 personen per jaar.³ Vrouwen lijken er, vooral tijdens de zwangerschap, gevoeliger voor te zijn dan mannen.

ACHTERGROND

Definitie

Bewegingsziekte is een symptomencomplex dat wordt uitgelokt door overstimulatie van het vestibulaire systeem. Het gaat gepaard met verschijnselen als misselijkheid, braken, bleekheid en sterk transpireren.⁴ Verder kunnen er nevenverschijnselen optreden, zoals geeuwen, zuchten, flatulentie, hoofdpijn, slaperigheid, ongeïnteresseerdheid en hyperventilatie. Niet alle klachten hoeven echter op te treden.

Etiologie

Er zijn drie groepen van bewegingsziekte te onderscheiden. Bij de eerste groep worden de klachten veroorzaakt door een beweging die vestibulair gedetecteerd wordt, maar waarbij visuele waarneming (nagenoeg) ontbreekt. Wagen-, lucht- en zeeziekte zijn de meest voorkomende representanten van deze groep. Bij de tweede groep ziet de betrokkene de beweging wel, maar voelt hij deze niet. Deze *visually induced motion sickness* kan ontstaan bij het kijken naar films op grote schermen en bij het spelen van computergames. Ook ruimteziekte bij astronauten is hier een voorbeeld van. Tot slot kan de betrokkene een beweging zien en waarnemen.⁵ Door het 'corioliseffect' (schijnbare beweging) kan er disharmonie optreden. Een voorbeeld: een auto rijdt langzaam met een constante snelheid op een zeer slecht wegdek.

Er is (nog) geen duidelijkheid over het ontstaan van bewegingsziekte. De meest gangbare verklaring is de 'zintuigconflicttheorie'.^{1,2} De sensorische input vanuit het

evenwichtsorgaan, de ogen en de spieren (proprioceptie) komt niet overeen met de standaard sensorische input, zoals die is opgeslagen in het geheugen. Bij een conflict geven de vestibulaire kernen en het cerebellum impulsen af aan het braakcentrum. Bij dit traject spelen acetylcholine en histamine een rol. Uitgangspunt hierbij is dat gedurende het leven alle doorgemaakte sensorische berichtgevingen in de hersenen worden opgeslagen. Nieuwe bewegingspatronen worden vergeleken met eerder opgebouwde en opgeslagen informatie. Als de halfcirkelvormige kanalen, de otolieten (vestibulaire mechanoreceptoren), de retina en de proprioceptoren in het bewegingsapparaat tegenstrijdige informatie afgeven met betrekking tot positie en beweging, reageert het lichaam met de genoemde symptomen. Voor deze theorie pleit dat zeer jonge kinderen en zuigelingen geen bewegingsziekte krijgen. In hun hersenen is nog nauwelijks informatie over bewegingspatronen opgeslagen. Het gevoeligst zijn kinderen van twee tot twaalf jaar. Daarna neemt het voorkomen geleidelijk af. Bij personen boven de vijftig jaar komt bewegingsziekte zelden voor. Als de betrokkene eenmaal aan een bepaald bewegingspatroon gewend is, verdwijnen de klachten binnen korte tijd.

Diagnostiek

De klachten zullen doorgaans meteen naar de diagnose leiden. De huisarts zal vragen naar de aard en ernst van de klachten, en de omstandigheden waaronder deze zich hebben voorgedaan, of er eerder soortgelijke klachten waren en naar de situaties waarin die zijn opgetreden. Bij beëindiging van de blootstelling aan luxerende omstandigheden zullen de klachten afnemen. Bij een kenmerkende anamnese heeft lichamenlijk onderzoek geen meerwaarde.

Veelgebruikte behandelingen

Uitleg van de veroorzakende mechanismen en voorlichting over de te nemen maatregelen kunnen een stabiliserend effect hebben. Vermoeidheid en alcohol verhogen de gevoeligheid voor bewegingsziekte.⁶ Mentale activiteit en het verrichten van arbeid verminderen deze. Pas wanneer preventieve adviezen niet effectief blijken, kan men overwegen om medicatie voor te schrijven.

Adaptatie: adaptatie is de beste maatregel tegen bewegingsziekte. Bij zeeziekte treedt na een aantal dagen gewenning aan de bewegingen op. Het is ook een ervaringsfeit dat de liggende houding de acute last van bewegingsziekte zo gering mogelijk maakt. De liggende houding gaat dan wel weer ten koste van een snelle adaptatie.

Adviezen: door tijdens het autorijden door de voorruit naar buiten te kijken, kunnen de klachten verminderen, omdat de visuele stimulus dan meer overeenkomt met de vestibulaire gewaarwording. Het lezen van een boek tijdens een autorit zal de reisziekte daarentegen juist verergeren. Het helpt ook als

de auto met een constante snelheid over een rechte weg rijdt.

Medicatie: om de klachten bij reisziekte te beperken of te voorkomen, kan de huisarts H₁-receptorantagonisten (antihistaminica) en parasymphaticolytica voorschrijven. Antihistaminica zoals cyclizine, meclozine, cinnarizine en in mindere mate promethazine remmen het braakcentrum.^{2,6-8} De werking begint binnen twee uur na orale inname. Ook het zelfzorgmiddel dimenhydrinaat heeft een anti-emetische werking. Centrale bijwerkingen, zoals sedatie, slaperigheid en coördinatiestoornissen, en anticholinerge bijwerkingen, zoals een droge mond, accommodatiestoornissen en mictiestoornissen, komen voor. Ook cinnarizine in een dosering van 25 mg veroorzaakt centrale, sederende bijwerkingen.

Scopolamine (Scopoderm[®]) is het enige geregistreerde parasymphaticolyticum voor de indicatie misselijkheid en/of braken (door bewegingsziekte).^{6,7} De pleisters geven veel bijwerkingen (onder andere een droge mond en slaperigheid) en zijn daarom ongeschikt voor personen jonger dan 18 jaar. Men moet de pleister minimaal 6 uur voor de reis aanbrengen, waarna deze 72 uur kan blijven zitten.

METHODE

We zochten in augustus 2013 in PubMed naar (systematische) reviews en gecontroleerd onderzoek met de zoektermen 'motion sickness' [MeSH] en 'motion sickness' [Text Word]. Ook zochten we in de Cochrane Library naar relevante artikelen. We vonden twee Cochrane reviews^{1,9} en drie RCT's.¹⁰⁻¹²

KLINISCHE VRAGEN

Wat is het effect van adaptatie en andere adviezen?

Gunstig effect We hebben geen gecontroleerd onderzoek naar specifieke behandelingen en adviezen gevonden. De effecten berusten op ervaring en gezond verstand.

Nadelig effect Over nadelige effecten is niets bekend.

Wat is het effect van scopolamine?

Gunstig effect Een van de Cochrane-reviews betrof een evaluatie van de effectiviteit van scopolamine.¹ Scopolamine is effectiever ter preventie van bewegingsziekte dan een placebo. De Cochrane-review bevatte 5 onderzoeken met 165 patiënten, die scopolamine met een placebo vergeleken. Het RR was 0,48 (95%-BI 0,32-0,73) ten gunste van scopolamine.

Nadelig effect. Dit onderzoek noemt een droge mond en sufheid.

Wat is het effect van antihistaminica?

Gunstig effect. Goed placebogecontroleerd onderzoek is nauwelijks verricht.⁹ Een RCT met 16 gezonde vrijwilligers vergeleek dimenhydrinaat 100 mg met scopolamine. Dimenhydrinaat bleek even effectief in het voorkomen van misselijkheid als scopolamine.¹⁰ In een andere RCT (n = 152) vergeleek men scopolaminepleisters met cinnazirine 25 mg.¹¹ De effectmaat was het optreden van de verschillende symptomen van reisziekte (onder andere misselijkheid en braken). Scopolamine was significant effectiever dan cinnazirine (p = 0,029). Een andere RCT vergeleek het effect van cetirizine en fexofenadine ('moderne' tweede generatie-antihistaminica) met een placebo bij 18 vrijwilligers, die men onderwierp aan een coriolistest.¹² Cetirizine en fexofenadine waren niet effectiever dan een placebo.

Nadelig effect. Bij antihistaminica meldde men sufheid, slaperigheid en een droge mond.

CONCLUSIE

Bewegingsziekte is een veelvoorkomend verschijnsel, waarvoor patiënten de huisarts doorgaans niet raadplegen. Misselijkheid, braken en sterk transpireren zijn de meest kenmerkende verschijnselen. Adaptatie is de beste maatregel tegen bewegingsziekte. Scopolamine en eerste generatie-antihistaminica zijn effectief. Voor de moderne tweede generatie-antihistaminica heeft men geen effectiviteit aangetoond en gebruik hiervan adviseert men vooralsnog niet. ■

LITERATUUR

- 1 Spinks AB, Wasiak J. Scopolamine (hyoscine) for preventing and treating motion sickness. Cochrane Database Syst Rev 2011;6:CD002851.
- 2 Murdin L, Golding J, Bronstein A. Managing motion sickness. BMJ 2011;343:d7430.
- 3 Ong RSG, De Waal MWM. RHUH-LEO basisrapport IX: databestand 2003/2004. Leiden: LUMC, afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuis-geneeskunde, 2004.
- 4 Verheij AAA, Van Weert HCPM, Lubbers WJ, Van Sluisveld ILL, Saes, GAF, Eizenga WH et al. NHG-Standaard Duizeligheid. Huisarts Wet 2002;45:601-9.
- 5 Bles W. Coriolis effects and motion sickness modelling. Brain Res Bulletin 1998;47:543-9.
- 6 CATMAT (Committee to Advise in Tropical Medicine and Travel). Statement on motion sickness. Canada Communicable Disease Report. Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2003.
- 7 Farmacotherapeutisch Kompas 2013, <http://www.fk.cvz.nl>.
- 8 Priesol AJ. Motion sickness. UpToDate[®]. www.uptodate.com (2012).
- 9 Bellorini J, Chamberlaine JJ, Burton MJ. Antihistamines for motion sickness (Protocol). Cochrane Database Syst Rev 2008;2:CD007164.
- 10 Pyykko I, Schalen L, Jantti V. Transdermally administered scopolamine vs. dimenhydrinate. I. Effect on nausea and vertigo in experimentally induced motion sickness. Acta Otolaryngol 1985;99:588-96.
- 11 Gil A, Nachum Z, Tal D, Shupak A. A comparison of cinnazirine and transdermal scopolamine for the prevention of seasickness in naval crew: a double-blind, randomized, crossover study. Clin Neuropharmacol 2012;35:37-9.
- 12 Cheung BS, Herkin R, Hofer KD. Failure of cetirizine and fexofenadine to prevent motion sickness. Ann Pharmacother 2003;37:173-7.

'Wees alert bij een bolle buik'

Een jaar geleden promoveerde Corine den Engelsen op haar proefschrift *Screening for Metabolic Syndrome in Primary Care*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Aangetrokken tot onderzoek

'Tijdens mijn studie geneeskunde spraken de onderwerpen diabetes, obesitas, hart- en vaatziekten en cardiovasculair risicomanagement me al aan', vertelt Den Engelsen. 'Ik kwam bij Guy Rutten terecht toen ik mijn wetenschappelijke stage deed, en die vroeg me of ik op dit onderwerp wilde promoveren. Bij de keuzevakken in het vierde en vijfde jaar van de opleiding had ik al onderzoek gedaan; kennelijk kom ik daar steeds bij terug. Wat me in wetenschappelijk onderzoek aantrekt is het vormen van nieuwe hypotheses en het maken van plannen. Die creatieve kant vind ik leuk, maar de uitwerking duurt soms wel wat lang en dan ben ik eigenlijk alweer toe aan nieuwe ideeën. Maar ja, wat er ligt aan onderzoeksgegevens moet nu eenmaal netjes worden afgewerkt.'



Aanleiding en opzet

De aanleiding voor het onderzoek vormde een rapport van de Gezondheidsraad uit 2004 waarin werd geconcludeerd dat het niet zinvol was de gehele bevolking te screenen op diabetes mellitus type 2. Den Engelsen: 'Het advies luidde om de screening alleen te richten op hoogrisicopatiënten met obesitas en dan breder te kijken, dus ook naar hypertensie en cholesterol. Huisarts Philippe Salomé zette samen met Guy Rutten de screening op in vijf huisartsenpraktijken in IJsselstein. Alle "gezonde" mensen van 20 tot 70 jaar, van wie nog niet bekend was dat ze hypertensie, een te hoog cholesterol, hart- en vaatziekte of diabetes hadden, kregen een brief toegezonden met een meetlint en het verzoek hun tailleomvang te meten. Was deze te groot dan werden ze uitgenodigd voor lichamelijk onderzoek. Daarna moest iemand de gegevens uitzoeken en pas toen kwam ik in beeld. Ik wilde me echter ook richten op de langere termijn: hoe gaat het met de patiënten na drie jaar? Maakt het iets uit wat we destijds hebben gedaan? Dat betekende dat na drie jaar alle objectieve metingen opnieuw moesten worden verricht.'

Ongezonde wegen

Van de patiënten die meededen aan het onderzoek en hun tailleomvang maten, bleek maar liefst een derde boven de afkapwaarden te zitten. Zij vulden een vragenlijst in en werden uitgenodigd voor vervolgonderzoek, waarbij naast de tailleomvang ook lengte en gewicht, bloeddruk, glucose en cholesterol werden gemeten. Den Engelsen: 'Het was nogal verrassend dat bij maar liefst 473 mensen, oftewel 27,5% van degenen die bij zichzelf een te grote tailleomvang hadden gemeten, minstens 3 van de 5 componenten aanwezig waren die een rol spelen bij het metabool syndroom. Slechts bij 20% van de mensen bij wie de onderzoeker een te grote tailleomvang mat, zagen we geen andere componenten van het metabool syndroom. En al betekent de aanwezigheid van metabool syndroom-componenten nog niet per se dat de patiënt meteen aan de pillen moet, het geeft wel aan dat iemand een

ongezonde weg is ingeslagen. Dat alles laat zien dat je als huisarts best alert mag zijn wanneer je iemand met een bolle buik ziet.'

Als beste getest

In een deel van haar onderzoek bekeek Den Engelsen of er – behalve de te grote tailleomvang – nog andere simpele tests waren die het risico op het metabool syndroom kunnen voorspellen. 'Weliswaar heeft een kwart van de mensen met een te grote buikomvang het metabool syndroom, maar die andere driekwart dus niet. Dan is het makkelijk om een testje te hebben dat kan bepalen of er sprake is van al dan niet ongezond overgewicht. Ik bekeek eerst of bepaling van het hs-CRP iets opleverde, maar dat viel tegen. Er was wel een verschil zichtbaar – het hs-CRP was meer verhoogd naarmate er meer componenten van het metabool syndroom aanwezig waren – maar dat was onvoldoende om er een voorspelling op te kunnen baseren. Datzelfde gold voor de autofluorescentie van de huid. Hiervoor was net een apparaat ontwikkeld en volgens de publicaties toonde dit de mate van vaatschade bij diabetes aan. Maar bij de gezonde mensen bij wie wij hebben gemeten zagen we weliswaar een associatie, maar niet zodanig dat je er iets aan had.'

Voorlopig is de bepaling van de tailleomvang dus nog de meest waardevolle voorspeller van het metabool syndroom. Bovendien is deze 'test' gemakkelijk en erg goedkoop, zeker als je de patiënt zelf laat meten. Den Engelsen: 'Mensen bleken goed in staat de meting zelf te verrichten. En de voorspellende waarde is goed: slechts een paar van de mensen met een niet-vergrote tailleomvang hebben toch componenten van het metabool syndroom.'

Eén jaar later

Vervolgens bekeek Den Engelsen na één jaar wat het onderzoek teweeg had gebracht in de huisartsenpraktijk. 'Bij de screening verzochten we alle mensen om zelf te bellen voor de uitslagen van het lichamelijk onderzoek en 72% van hen deed dat ook daadwerkelijk. Dat scheelde de praktijkassistente dus veel

werk. Degenen die niet belden en wel het metabool syndroom hadden, hebben we alsnog zelf gebeld. Ook bekeek ik of de patiënten al dan niet naar de controles kwamen en hoe vaak medicatie werd voorgeschreven. De administratieve last viel al met al wel mee. En de vijf deelnemende praktijken hadden samen een extra praktijkondersteuner aangenomen.'

Toch was er uiteraard wel sprake van extra werk. Den Engelsens: 'Op deze manier haal je veel nieuwe patiënten binnen en die moet je vervolgens ook goed begeleiden. Deze patiënten kregen bij het eerste consult uitleg over wat we hadden gevonden, waarom dat belangrijk was en wat ze eraan konden doen. Ze kregen adviezen over gezonder eten en meer bewegen, en zo nodig werd medicatie volgens bestaande NHG-richtlijnen voorgeschreven. Het ging dus om reguliere huisartsenzorg, maar wel bij extra patiënten.'

Ook deed Den Engelsens na één jaar dossieronderzoek naar de veranderingen bij de mensen bij wie het metabool syndroom was vastgesteld. 'Toen al was een gunstig effect zichtbaar: gemiddeld waren deze patiënten 2,1 kilogram afgevallen en 17% was gestopt met roken; landelijk was dit 1-7%.'

Drie jaar later

Alle patiënten bij wie de screening het metabool syndroom aantoonde, werden na drie jaar opgeroepen voor een herhaling van alle metingen. Den Engelsens: 'Op praktisch alle losse componenten zagen we significante verbeteringen die ook klinisch relevant waren. Het gemiddelde gewichtsverlies was bijvoorbeeld 2,5 kilo. Bij meer dan de helft van de patiënten was er zelfs sprake van remissie: zij voldeden niet langer aan de criteria van het metabool syndroom. Alleen het glucose was gemiddeld niet significant verbeterd, maar meestal was die bij de screening ook al niet verhoogd – het was de minst voorkomende component van het metabool syndroom bij deze onderzoeksgroep. Al met al was het dus een behoorlijk zinvolle actie met relatief weinig inspanning. We hebben geen ingewikkelde dingen be-

dacht; gewone huisartsenzorg kan deze verbeteringen al teweegbrengen.'

De patiënt zelf

Wat vonden de patiënten zelf van het onderzoek? Den Engelsens: 'We kregen veel leuke reacties van mensen die zich niet bewust waren van hun ongezonde leefstijl. Het onderzoek was voor hen dus een *eyeopener* en ze voelden zich gestimuleerd om gezonder te gaan leven. Dat was ook zo bij jonge mensen – de gemiddelde leeftijd van de mensen bij wie we het metabool syndroom constateerden was 47! – en bij hen is nog de meeste winst te behalen.'

Landelijke screening?

Het onderzoek van Den Engelsens had dus over de gehele linie gunstige resultaten. Betekent dit dat ze vindt dat patiënten op landelijk niveau en periodiek zouden moeten worden benaderd conform haar werkwijze? 'We hebben laten zien dat deze strategie goed uitvoerbaar is en net zulke goede resultaten geeft als diverse trials met meer ingewikkelde interventies. Dat je diabetes en hart- en vaatziekten kunt voorkomen door de aanpak van het metabool syndroom staat vast. Maar of onze strategie ook kosteneffectief is hebben we niet kunnen onderzoeken. Toch neig ik ertoe ervoor te pleiten dat we dit op landelijke schaal gaan uitvoeren. Het is hoe dan ook belangrijk dat we ons als huisarts realiseren dat een te grote buikomvang echt extra risico's geeft en dat we daar dus alert op moeten zijn.'

De eigen spreekkamer

Wat doet Den Engelsens zelf in haar spreekkamer? 'Ik denk dat ik mensen eerder aanspreek op hun overgewicht dan anderen, zeker als de gepresenteerde klachten gerelateerd kunnen zijn aan het overgewicht. Maar als er iemand tegenover me zit met oorpijn, begin ik net zo min over diens buikomvang... ook bij mij is er dus nog winst te behalen! Want ik denk dat het wel degelijk goed zou zijn als huisartsen hun patiënten op overgewicht aanspreken en de standaard *Obesitas* ondersteunt me in die mening.'

En heeft Den Engelsens nog tips voor

andere huisartsen? 'Hooguit dat het goed is om je te realiseren dat mensen met een te grote buikomvang meestal ook andere risicofactoren op hart- en vaatziekten hebben en dat we gewoon in de huisartsenpraktijk heel goed in staat zijn hier iets aan te doen met betrekkelijk weinig inspanning en gunstig resultaat.'

Ontsporingsonderzoek

Vindt Den Engelsens dat er nog verder onderzoek nodig is naar dit onderwerp? 'Het zou misschien goed zijn om een dergelijke onderzoekspopulatie tien of twintig jaar te volgen. Want tja, ik denk nou wel dat de verbeteringen die we zagen werden veroorzaakt door mijn onderzoek, maar een echte wetenschapper zal dan zeggen dat ik dat niet heb bewezen. Dat is ook lastig. Je zou dan een controlegroep moeten hebben bij wie je wel het metabool syndroom constateert maar die je niet behandelt; dat is ethisch niet verantwoord.'

Belangrijker vind ik het dat we ons meer zouden moeten richten op het voorkómen van ontsparingen op het gebied van de gezondheid. Voor mensen bij wie het al mis is gegaan, is de zorg goed geregeld. In mijn onderzoek hebben we gekeken of we mensen al te pakken kunnen krijgen als ze net ontsparen; maar ook dat is reactief. We zouden moeten kijken naar het traject daar nog weer voor: hoe kunnen we komen tot een gezondere maatschappij zodat je voorkomt dat mensen gáán ontsparen? Dat betekent dat ook maatschappelijke initiatieven nodig zijn. Het voorkómen van ontsparing – dat gebied mogen we bij onderzoek niet overslaan.'

Na de promotie

Den Engelsens is in februari 2013 gepromoveerd maar heeft geen hinder van het spreekwoordelijke zwarte gat. 'Er lopen nog wat projecten vanuit mijn promotieonderzoek en ik ben bezig mijn huisartsopleiding af te ronden. Daarna komt de nadruk voorlopig te liggen op het maken van een goede start als huisarts. Verder vooruitkijken wil ik nu nog niet.' ■

Ans Stalenhoef



Mislukte missie ouderen?

In dit derde en laatste jaar van de huisartsopleiding ligt de focus op chronische zorg. Hieronder vallen ook de kwetsbare ouderen. Een doelgroep waarbij een functionele aanpak voorop staat en het een uitdaging is écht iets toe te voegen aan de kwaliteit van leven van mensen. Helaas blijkt dit in de praktijk nogal ingewikkeld.

Bij de zorg voor kwetsbare ouderen is volgens de huidige inzichten een proactieve benadering noodzakelijk. Daarom selecteerde ik in overleg met mijn opleider een aantal patiënten voor wie de zorg in zijn ogen geoptimaliseerd kon worden. Vervolgens ging ik op pad, bepak met de sociale kaart van thuiszorgorganisaties, ergotherapeuten en dagbestedingslocaties, en de SAMPC* repeterend in mijn achterhoofd. Er stonden drie adressen op mijn lijstje.

De eerste patiënt van dit lijstje was een aan huis gekluisterde, licht vergeetachtige bejaarde man. Hij schrok zo van mijn onverwachte visite dat ik het eerste halfuur bezig was uit te leggen dat het klopte dat hij niet zelf de dokter had gebeld, maar dat ik spontaan langskwam. Toen hij eenmaal was be-

daard, mislukte mijn speurtocht naar verbeteringspunten echter alsnog. Omdat meneer zich vereerd leek te voelen met 'zomaar een bezoekje van de dokter' gaf hij enkel medisch-wenselijke antwoorden. Mijn zoektocht naar nog onbekende problemen bij deze patiënt werd niet beloond: ik kon gewoonweg niet doordringen tot 'het kwetsbare' van deze oudere.

Op het volgende adres trof ik een bejaard echtpaar van 79 en 83 jaar oud. Zij waren gelukkig minder overrompeld door mijn onverwachte bezoek. De cardiaal belaste man kampte met chronische hoofdpijn waarvoor nooit een oorzaak was gevonden, zijn vrouw had ernstig COPD. Beiden hadden flinke mobiliteitsproblemen. 'Beet' dacht ik. Totdat de ware hulpvraag naar boven kwam. Toen meneer op het toilet was, vertrouwde mevrouw me toe dat ze compleet gek werd van het geklaag van haar man. Ze vond het leven zo niets meer aan. Terwijl ik een luisterend oor bood, schoot het door mijn hoofd: hoe moet ik hierin in hemelsnaam iets betekenen? Een scheiding opperen? Relatietherapie suggereren voor deze 80-plussers? Lukt het me eindelijk kwetsbaarheid bij een oudere in kaart te brengen, ligt de hulpvraag buiten mijn bereik en heb ik zonder enige interventie moeten afdruipten.

Alle hoop had ik nu gevestigd op het laatste adres van mijn lijstje: een man met een langzaam progressieve terminale longkanker, amper mobiel, met een drukbezette schoonzoon als enige mantelzorger. Ik bood aan rond de tafel te gaan zitten om te bespreken wat er aan zorg geoptimaliseerd kon worden. Misschien dagopvang? Of aanpassingen in zijn woning gezien zijn beperkte mobiliteit? Mogelijkheden genoeg. Aanvankelijk zag meneer weinig heil in allerlei veranderingen in zijn beperkte maar overzichtelijke wereldje. Naarmate het gesprek vorderde, leek hij echter meer en meer dagelijkse problemen bij zichzelf te constateren en open te staan voor verandering. Uiteindelijk had hij plotseling helder wat hij wenste: 'Ik zou wel naar een verzorgingshuis willen.' De moed zonk mij weer in de schoenen.

Laat dat nu nét hetgeen zijn waar hij onmogelijk een ZZZ-indicatie voor zou kunnen krijgen...

Hoewel ik deze dag weinig heb kunnen toevoegen aan het welzijn van de ouderen die ik bezocht, was het voor mij een zeer leerzame dag. De ambitie hebben om de zorg voor ouderen te verbeteren is nog niet zo makkelijk. Ik vind het lastig hoe ver ik moet gaan in mijn proactieve houding. Moet ik bij tevreden ogende mensen die mogelijk niet goed op de hoogte zijn van wat er allemaal te optimaliseren valt, toch allerlei verbeteringen opperen? Ik wil allesbehalve hun veilige omgeving overhoop gooien. Bovendien bestaat het risico dat ouderen op ideeën worden gebracht die niet te verwezenlijken zijn.

Ik heb geleerd dat zorg voor ouderen maatwerk is. Voor sommigen kan een kleine aanpassing veel betekenen, soms juist ook voor het behoud van zelfstandigheid. Anderen zitten er wellicht minder om te springen hun laatste kostbare jaren te vullen met talloze bezoeken van zorgverleners. Mijns inziens moet initiatief vanuit ons blijven komen, maar ik hoop niet te vergeten dat mijn ambitie en proactiviteit soms ook best even een standje lager gezet mogen worden. ■

Sophie van der Voort

*Afkorting van Somatiek, ADL, Maatschappelijk, Psychisch, Communicatie

Sophie van der Voort is derdejaars aios.



KENNISTOETS: VRAGEN

De zesjarige Ahmed komt met zijn moeder bij de huisarts. Hij is gisteren teruggekomen van een vijf weken durende vakantie in Marokko. Moeder vertelt dat Ahmed tijdens zijn vakantie geelzucht heeft gehad. Het begon drie weken geleden. Er is toen hepatitis A geconstateerd en er werd bedrust geadviseerd in verband met klachten van moeheid. Nu ziet Ahmed niet meer geel, maar hij is nog wel moe. Moeder vraagt of hij nog bedrust moet houden en of hij aanstaande maandag wel naar school toe mag, in verband met mogelijke besmettelijkheid. De huisarts vertelt moeder dat Ahmed (1) nog besmettelijk is. Verder zegt zij (2) dat bedrust gecontinueerd moet worden. (3) Daarnaast meldt zij bij de GGD dat hepatitis A is vastgesteld omdat dit verplicht is.

1. De bewering na 1 is correct.

2. De bewering na 2 is correct.

3. De bewering na 3 is correct.

Tijdens de dienst legt de huisartsopleider samen met de aios een visite af bij mevrouw De Jong, 29 jaar. Zij is 30 weken zwanger (G1Po) en heeft de huisarts gebeld vanwege plotse-ling ontstane pijn in de bovenbuik. Zij heeft 1 maal gebraakt en zij heeft geen diarree. Ze voelt de baby goed bewegen. Bij onderzoek is de bloeddruk 140/80 mmHg en is er geen eiwit in de urine aantoonbaar. De aios denkt aan het HELLP-syn-droom. Volgens de opleider (1) past deze bloeddrukwaarde niet bij het HELLP-syndroom en (2) maakt ontbreken van proteïne-urie deze diagnose zeer onwaarschijnlijk.

4. De bewering van de opleider na 1 is correct.

5. De bewering van de opleider na 2 is correct.

De heer Den Ouden, 58 jaar, is glazenwasser en heeft het laat-ste halfjaar pijn in zijn rechter knie bij het beklimmen van de ladder. De heer Den Ouden denkt zelf aan 'slijtage' van zijn knie en vraagt aan de huisarts of er een foto gemaakt kan worden. Na lichamelijk onderzoek stelt de huisarts de waar-schijnlijkheidsdiagnose gonartrose en vraagt een X-rechter-knie aan. De aios heeft tijdens het consult geobserveerd. Na het consult vraagt hij de huisarts wat de waarde is van deze foto. De huisarts zegt (1) dat er een goede correlatie is tus-sen de klinische diagnose gonartrose en de bevindingen op de röntgenfoto. (2) Tevens geeft röntgendiagnostiek een beeld van de ernst van de artrose. Tot slot heeft de uitslag van de foto (3) consequenties voor het beleid.

6. De uitspraak na 1 van de huisarts is correct.

7. De uitspraak na 2 van de huisarts is correct.

8. De uitspraak na 3 van de huisarts is correct.

De 69-jarige heer Van Wonderen komt bij de huisarts met een exacerbatie COPD. Gezien de frequente exacerbaties (meer dan twee keer per jaar) voegt de huisarts inhalatiecorticosteroiden toe aan de behandeling met luchtwegverwijders.

9. Bij dit aantal exacerbaties is behandeling met in-halatiecorticosteroiden geïndiceerd.

Bij evaluatie van het effect van de behandeling blijken de exa-cerbaties niet te zijn afgenomen. De huisarts besluit de inha-latiecorticosteroiden te staken.

10. Dit beleid is correct.

De antwoorden staan op pagina 220.

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

Antibiotica bij rugpijn?

INLEIDING

Onlangs publiceerden Deense onderzoekers een vergelijkend onderzoek waarin werd aangetoond dat antibiotica effectief zijn bij patiënten met chronische rugpijn.¹ Dit onderzoek heeft in de media de nodige aandacht gekregen. De vraag is wat de betekenis is voor het beleid in de huisartsenpraktijk. Het onderzoek past in een onderzoekslijn van deze onderzoeksgroep en kan worden beschouwd als het sluitstuk in de bewijsvoering van hun hypothese dat infectie een rol speelt bij een zeer specifieke subgroep van de patiënten met rugpijn. Enerzijds lijkt sprake van een doorbraak in de benadering van rugpijn, anderzijds is er alleen nog maar dit ene onderzoek.

ONDERZOEK

Design Een randomised controlled trial onder 162 patiënten. De patiënten werden gerekruteerd onder 347 patiënten die 6 tot 24 maanden voor de aanvang van het onderzoek waren onderzocht in een rugcentrum in verband met een Hernia Nuclei Pulposi (HNP), bij wie op de MRI een HNP (L3-S1) was vastgesteld en die persisterend ernstige rugpijn hadden. Patiënten konden ook meedoen als ze naast rugpijn radiculaire prikkeling hadden of als ze eerder voor een HNP waren geopereerd. Er werd speciaal voor de trial opnieuw een MRI gemaakt en patiënten werden geïncludeerd als op deze MRI beenmergoedeem zichtbaar was dat eerder niet was te zien; dit was bij 169 van de 347 het geval.

Interventies Patiënten werden *at random* toegewezen aan 1 van 4 behandelgroepen: 45 patiënten werden behandeld met amoxicilline-clavulaanzuur (550/125) elke 8 uur 1 tablet gedurende 100 dagen. Nog eens 45 patiënten kregen gedurende 100 dagen een dubbele dosis. Twee controlegroepen van 36 patiënten per groep kregen elke 8 uur 1 of 2 placebotabletten.

Meetinstrumenten Primaire uitkomstmaten: ernst van de rugpijn op een schaal van 0 tot 10 en de ernst van rugpijn-gerelateerde beperkingen met de Roland Morris Disability Questionnaire. Secundaire uitkomstmaten: onder andere ernst van de beenpijn op een schaal van 0 tot 10 en de globaal ervaren verbetering van de patiënt in %. Geëvalueerd werd na 100 dagen en na een jaar, waarna de code werd vrijgegeven.

Resultaten Hoewel de resultaten in de groep met dubbele dosis iets beter waren, was het verschil tussen de twee antibioticagroepen niet significant. In de analyse werden daarom beide antibioticagroepen en beide placebogroepen samengevoegd.

In de antibioticagroepen waren de scores voor rugpijn bij

aanvang van het onderzoek, na 100 dagen en na een jaar, respectievelijk 6,7; 5,0; 3,7. In de placebogroepen: 6,3; 6,3; 6,3 ($p = 0,0001$).

Scores voor beperkingen in de antibioticagroepen waren respectievelijk: 15,0; 11,5; 7,0 en in de placebogroepen: 15,0; 14,0; 14,0 ($p = 0,0001$).

Scores voor beenpijn in de antibioticagroepen waren: 5,3; 3,0; 1,7 en in de placebogroepen: 4,0; 4,3; 4,3 ($p = 0,0004$).

De gemiddelde globaal ervaren verbetering na een jaar werd door de patiënten in de antibioticagroepen gescoord op 39% en in de placebogroepen op 1,8% ($p = 0,0001$).

Conclusie auteurs De patiënten die werden behandeld met antibiotica verbeterden significant meer dan de patiënten in de placebogroep. De grootte van het effect is klinisch relevant en groter dan met andere behandelingen wordt bereikt. Behandeling met antibiotica zou overwogen moeten worden voor de gedefinieerde patiënten als andere behandelingen falen. Onderzoek moet uitwijzen of de behandeling ook kan worden gebruikt voor andere patiëntengroepen.

INTERPRETATIE

In het verleden zijn vaker 'sensationele doorbraken' in de geneeskunde gemeld. In de meeste gevallen konden de uitkomsten later niet worden bevestigd door anderen. In dit onderzoek gaat het om een zeer selecte groep patiënten: met ernstige rugpijn, 6 tot 24 maanden nadat een lumbale hernia was vastgesteld en die recent beenmergoedeem hadden ontwikkeld. Dat antibiotica hierbij effectief zijn, is een opmerkelijke bevinding en moet in ander onderzoek (dat inmiddels is ingezet) worden bevestigd.

Voor dit moment is de betekenis voor de dagelijkse huisartsenpraktijk nog gering. De patiënten over wie het onderzoek gaat (6 tot 24 maanden na een HNP nog ernstige rugpijn) zullen in de meeste gevallen door de huisarts worden terugverwezen naar de neuroloog voor herbeoordeling. Wanneer dan op een MRI beenmergoedeem wordt gezien, zal het aan de neuroloog zijn om met een antibioticum te beginnen. Een recent Nederlands onderzoek liet zien dat het verband tussen persisterende pijn een jaar na het begin van herniaklachten en beenmergoedeem zeer laag is.² Voorzichtigheid is aldus geboden. ■

LITERATUUR

- 1 Albert HB, Sorensen JS, Christensen BS, Maniche C. Antibiotic treatment in patients with chronic low back pain and vertebral bone edema (modic type 1 changes): a double-blind randomized clinical controlled trial of efficacy. *Eur Spine J* 2013;22:697-707.
- 2 El Barzouhi A, Vleggeert-Lankamp CL, Lycklama à Nijeholt GJ, Van der Kallen BF, Van der Hout WB, Jacobs WC, et al. Magnetic resonance imaging in follow-up assessment of sciatica. *N Engl J Med* 2013;14:368:999-1007.

Erasmus MC, afdeling Revalidatie en fysiotherapie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; J.M.A. Mens, arts-onderzoeker, werkgroep NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom en NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn • Correspondentie: info@janmens.nl

Met dank aan prof.dr. W.C. Peul, neurochirurg LUMC, voor het kritisch doorlezen van de kopij.

Een screeningsinstrument voor slaapstoornissen

INLEIDING

Slaapstoornissen komen veel voor. Ongeveer 6% van de bevolking in de westerse wereld lijdt aan slapeloosheid. De prevalentie in de eerstelijns populatie is 10-40%. Er is een sterke relatie tussen chronische insomnie en functionele beperkingen, psychische en somatische klachten, kwaliteit van leven en een beroep doen op de gezondheidszorg. Onderzoek toont aan dat de betekenis van insomnie wordt onderschat en te weinig wordt herkend. Eerder onderkennen van slaapproblemen in de eerste lijn zou bovenstaande kunnen voorkomen. Er is een screeningsinstrument ontwikkeld dat behulpzaam zou kunnen zijn: de *Insomnia Severity Index* (ISI). Deze is samengesteld op basis van criteria die beschreven zijn in de DSM-IV en de *International Classification of Sleep Disorders* (ICSD). De ISI was nog niet onderzocht voor gebruik in de eerste lijn. In dit onderzoek wordt de ISI gevalideerd voor de eerstelijns populatie.

Bij het meetinstrument ISI gaat het om zeven items: inslaapklachten, frequent wakker worden, te vroeg ontwaken, tevredenheid over de genoten slaap, klachten over het functioneren overdag, klachten geuit door de directe omgeving en stress als gevolg van slapeloosheid. De patiënt vult zelf de screeningslijst in met een Likertschaal variërend van 0 tot 4 (0 = geen klacht; 4 = veel last). In totaal kan men dus maximaal 28 punten scoren. Hoe hoger het getal, des te ernstiger de klacht.

ONDERZOEK

Design In dit onderzoek werd de ISI gevalideerd met de *Insomnia Diagnostic Interview* (IDI). Dit is een semi-gestructureerd interview, afgenomen door een gekwalificeerd onderzoeker, waarbij alle factoren over de slaapklacht aan bod kwamen. De IDI fungeerde als 'gouden standaard'. De diagnose werd gesteld op basis van een combinatie van criteria afgeleid van de DSM-IV en de ICSD. Ontevredenheid over de kwaliteit en kwantiteit van de slaap is de belangrijkste klacht hierbij. Inslaapproblemen (≥ 30 minuten), doorslaapproblemen, te vroeg ontwaken, moeheid en slaperigheid overdag zijn andere zaken. De slaapproblemen moesten ten minste 3 nachten per week aanwezig zijn en ten minste 1 maand geduurd hebben.

Resultaten De ISI werd door 410 volwassenen in de wachtkamer van de huisarts ingevuld. Bij 101 patiënten kon de IDI telefonisch binnen 2 weken afgenomen worden. Bij 34 patiënten werd insomnie vastgesteld; bij 67 was dit niet het geval. Met een ROC-curve werd vastgesteld in hoeverre de ISI de diagnose voorspelde. De *area under the curve* (AUC) was hoog (0,87; 95%-BI 0,80 tot 0,94). Bij het afkappunt 14 was de sensitiviteit van de ISI 82,4% en de specificiteit was 82,1%. Met dit afkappunt werden de beste resultaten verkregen: bij 82,2% was de voorspelling correct. In deze onderzochte populatie was de positief voorspellende waarde 70%; de negatief voorspellende waarde was 90,2%.

Conclusie Met de ISI als screeningsinstrument kan de klacht slapeloosheid in de eerste lijn opgespoord worden. Een afkappunt 14 geeft de beste resultaten.

INTERPRETATIE

De ISI kan gebruikt worden om vast te stellen in hoeverre insomnie te maken heeft met het klachtenpatroon van de patiënt. De sensitiviteit en specificiteit bij een afkappunt van 14 zijn hoog. Het belangrijkste diagnostische instrument van de huisarts is echter de anamnese. Dit geldt zeker bij de klacht slapeloosheid. Het gebruik van een vragenlijst in het consult verstoort het contact van de huisarts met de patiënt. De in de ISI gebruikte items worden beschreven in de NHG-Standaard Slapeloosheid en slaapmiddelen. Deze items komen nadrukkelijk terug in de anamnese bij de huisarts. In de herziene standaard, die later dit jaar wordt gepubliceerd, zal dat niet anders zijn. Als huisartsen tijdens consulten met screeningslijstjes gaan werken, komt dat nogal gekunsteld over. De relevante items zijn verweven in de systematisch gestructureerde anamnese zoals die in de NHG-Standaard staat beschreven. Voor onderzoeksdoeleinden is de ISI natuurlijk prima te gebruiken. Concluderend: een fraai onderzoek, maar vragenlijsten zijn nu eenmaal minder goed bruikbaar in de alledaagse huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

- 1 Gagnon C, Bélanger L, Ivers H, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index in primary care. *J Am Board Fam Med* 2013;26:701-10.



Tamsulosine voor vrouwen met mictieklachten?

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, LUMC Leiden. Correspondentie: a.knuistinghneven@upcmail.nl.

Vraagstelling Vrouwen kunnen net als mannen last hebben van lower urinary tract symptoms (LUTS)-klachten, zonder aantoonbare neurologische of anatomische oorzaak.¹ Er is onderscheid tussen obstructieve en irritatieve symptomen. Bij obstructieve mictieklachten kunnen de symptomen zijn: 'persen bij plassen', een gevoel van incomplete lediging en een slappe straal. Bij mannen bestaat de behandeling uit selectieve α_1 -receptorblokkers, zoals tamsulosine. De vraag is of het zinvol is om ook vrouwen met tamsulosine te behandelen voor obstructieve mictieklachten.

Zoekstructuur We doorzochten PubMed met de (MeSH)-termen 'tamsulosin, lower urinary tract symptoms (LUTS), female, obstructive symptoms, voiding symptoms'. We vonden zeven artikelen, waarvan er drie relevant waren voor onze vraagstelling.

Resultaten Pummangura e.a. onderzochten met een prospectief gerandomiseerd dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek (RCT) bij 140 vrouwen (27-69 jaar) – met nieuw gediagnosticeerde niet-neurogene of anatomisch verklaarbare LUTS-klachten – het effect van tamsulosine 0,2 mg ($n = 70$) versus placebo ($n = 70$) gedurende 1 maand. Na 4 weken was er een significante verbetering van de IPSS* (tamsulosine -5,6 versus placebo -2,6; $p = 0,008$) en de gemiddelde urineflow (0,7 versus -0,5; $p = 0,015$). Er was geen significant verschil op de maximale urineflow (Q_{max}) (1,0 versus 1,1; $p = 0,8$).

Lee e.a. onderzochten met een prospectief open-label, ongecontroleerd, multicenter-onderzoek 106 vrouwen met obstructieve mictieklachten gedurende 8 weken met tamsulosine 0,2 mg per dag. Na 8 weken was er een significante afname van de IPSS* met 7,8 pt ($p < 0,001$), een gemiddelde toename van de Q_{max} met 3,3 cc/sec ($p < 0,001$) en de PVR* nam af met 29,25 cc ($p < 0,001$). De Quality of Life verbeterde significant vergeleken met de start van het onderzoek. Dit was het duidelijkst in de groep met matig tot ernstige klachten.

Hajebrahimi e.a. verrichtten een RCT bij 40 vrouwen (20-65 jaar) met obstructieve mictieklachten gedurende 3 maanden en keken naar het effect van dagelijks tamsulosine 0,4 mg ($n = 20$) en prazosine 1-2 mg ($n = 20$). Voor tamsulosine vonden ze: afname van de AUASS met 6,24 punten ($p < 0,001$), en significantie verbetering van de PVR, de gemiddelde urineflow, de Q_{max} , de urethrale druk en de druk van de urethra bij de

maximale urineflow.

Bespreking In alle onderzoeken is een significante afname van LUTS-klachten na behandeling met tamsulosine. Geen van de drie onderzoeken toonde veel bijwerkingen van tamsulosine.

Alleen het onderzoek van Pummangura is geblindeerd en placebogecontroleerd.¹ Door het gebruik van verschillende meetinstrumenten (IPSS en AUASS) zijn de resultaten van de onderzoeken niet goed te vergelijken. Ook de dosering van tamsulosine is verschillend: bij 2 van de 3 onderzoeken wordt 0,2 mg gebruikt, terwijl 0,4 mg in de huisartsenpraktijk de gebruikelijke dosis is. Mogelijk dat de uitkomsten grotere verschillen zouden tonen met een hogere dosering. In het onderzoek van Pummangura vielen 7 patiënten af door bijwerkingen of geen afname van symptomen, hetgeen tot bias kan hebben geleid.

De IPSS-score is alleen gevalideerd voor mannen met mictieklachten. De vraag is of deze score ook voor vrouwen gebruikt kan worden. Ook wordt in de drie onderzoeken met name gekeken naar verbetering van de urodynamische parameters; in slechts één onderzoek is een vraag over kwaliteit van leven gesteld.² De klinische relevantie hiervan is voor de huisartsenpraktijk nog onduidelijk.

De onderzoeken zijn in Korea, Thailand en Iran uitgevoerd, wat de generaliseerbaarheid naar de Nederlandse huisartsenpraktijk beperkt.

Conclusie Er zijn aanwijzingen dat behandeling met tamsulosine bij vrouwen met obstructieve mictieklachten effectief is voor verbetering van de klachten en urodynamische parameters, zonder dat er sprake is van veel bijwerkingen.

Betekenis Naast bekkenbodetherapie zou behandeling met tamsulosine bij vrouwen overwogen kunnen worden voor behandeling van LUTS zonder aantoonbare neurologische of anatomische oorzaak. ■

*IPSS: International Prostate Symptom Score; de IPSS is een gevalideerde scorelijst die de ernst van LUTS-klachten weergeeft bij mannen.

*AUASS: American Urological Association Symptom Score; de AUASS is een vragenlijst die de ernst van LUTS-klachten weergeeft.

*PVR: post-void residual.

LITERATUUR

- 1 Pummangura N, Kochkarn W. Efficacy of tamsulosin in the treatment of LUTS in Woman. *Asian J Surgery* 2007;30:11-37.
- 2 Lee KS, Han DH, Lee YS, Choo MS, Yoo TK, Park HJ, et al. Efficacy and safety of tamsulosin for the treatment of non-neurogenic voiding dysfunction in females: a 8 week prospective study. *J. Korean Med Sci* 2010;25:117-22.
- 3 Hajebrahimi S, Asrbadr YA, Azaripour A, Sadeghi-Bazargani H. Effect of tamsulosin versus prazosin on clinical and urodynamic parameters in women with voiding difficulty: a randomized clinical trial randomized clinical trial. *Int J Gen Med* 2011;4:35-39.

Cognitieve gedragstherapie bij fibromyalgie

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

Context Fibromyalgie wordt gekenmerkt door gegeneraliseerde pijn en stijfheid van het bewegingsapparaat en gaat vaak samen met klachten als moeheid en een negatieve stemming. Daarnaast rapporteren veel patiënten een verminderde kwaliteit van leven. Een van de behandelingen is cognitieve gedragstherapie (CGT); deze richt zich op het veranderen van negatieve gedachten en gevoelens over de klachten en het ontwikkelen van een andere attitude.

Klinische vraag Wat is het effect van CGT bij fibromyalgie op pijn, negatieve stemming en beperkingen, gemeten direct na de behandeling en op lange termijn (minimaal 6 maanden)?

Conclusie auteurs In de CGT-groepen was er een positief effect op alle uitkomstmaten ten opzichte van de controlegroepen. In de 23 geïnccludeerde onderzoeken (2031 patiënten) was er op een schaal van 0 tot 10 voor pijn een vermindering van 0,5 direct na de behandeling (*standardised mean difference* (SMD) -0,29; 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) -0,49 tot -0,17) en van 0,6 op lange termijn (SMD -0,40; 95%-BI -0,62 tot -0,17).¹ Voor een negatieve stemming was er een vermindering van respectievelijk 0,7 (SMD -0,33; 95%-BI -0,49 tot -0,17) en van 1,3 (SMD -0,43; 95%-BI -0,75 tot -0,11) en voor beperkingen een vermindering van respectievelijk 0,7 (SMD -0,30; 95%-BI -0,51 tot -0,08) en 1,2 (SMD -0,52; 95%-BI -0,86 tot -0,18). Er was geen significant verschil in uitval.

Beperkingen Twee onderzoeken waren zonder risico op vertekening en de algehele kwaliteit van de onderzoeken was laag. Daarnaast zijn slechts drie onderzoeken afkomstig uit de eerste lijn en bestond de populatie voor 95% uit blanke vrouwen rond middelbare leeftijd.

COMMENTAAR

Tot nu toe bestaat er geen aparte eerstelijnsrichtlijn voor fibromyalgie. In de NHG-Standaard SOLK wordt fibromyalgie niet apart behandeld, omdat de verschillende syndromen een forse overlap vertonen in hun klachtenpatroon. Ook in de multidisciplinaire richtlijn voor SOLK en somatoforme stoornissen worden zowel fibromyalgie als het chronisch pijnsyndroom buiten beschouwing gelaten.

Desalniettemin wordt CGT veelvuldig ingezet als behandeling, maar de precieze plaats is nog niet geheel duidelijk. Daarom is deze Cochrane-review van belang. De auteurs laten zien dat er een klein en toenemend positief effect is van CGT voor patiënten met fibromyalgie op de belangrijkste uitkomstmaten pijn, negatieve stemming en dagelijkse beper-

kingen. Dit effect is er zowel direct na de behandeling als op lange termijn.

Ondanks de algehele lage kwaliteit van de onderzoeken toont een sensitiviteitsanalyse, gericht op de typen van vertekening die deze lage kwaliteit veroorzaken (onder andere onduidelijke randomisatie), dat de resultaten op deze punten robuust genoeg zijn.

In eerdere onderzoeken waar is gekeken naar het effect van CGT is vaak onduidelijk uit welke onderdelen de behandeling precies bestond, waardoor moeilijk is te zeggen waardoor het effect wordt beïnvloed. Daarom maakt deze review onderscheid in de verschillende behandelvormen. Vier vormen van CGT worden meegenomen: traditionele CGT, operante CGT (technieken voor toename van activiteit en vermindere van pijngedrag door inclusie van naasten en vermindere van pijnmedicatie), zelfmanagementprogramma's en CGT gebaseerd op acceptatie, alle op basis van erkende modellen en uitgevoerd door deskundigen. In subgroepanalyses werden deze afzonderlijk beoordeeld en vergeleken met vier controleditities: wachtlijst, aandacht, gangbare behandeling en actieve behandeling (bijvoorbeeld wandelen of aerobics). Hieruit wordt duidelijk dat vooral traditionele en operante CGT effectief zijn. Er werd geen bewijs gevonden voor zelfmanagementprogramma's als solitaire behandeling, hetgeen in tegenspraak is met de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie waarin zelfmanagement centraal staat.

Een beperking van de review is dat slechts 3 onderzoeken zijn uitgevoerd in de eerste lijn tegenover 19 in tertiaire centra, waardoor vraagtekens gezet kunnen worden bij de generaliseerbaarheid van het effect. Wel laten 2 van de 3 eerstelijns-onderzoeken een positief effect zien van traditionele CGT op de uitkomstmaten pijn en beperkingen, en onderschrijft het derde artikel de conclusie dat zelfmanagement geen effect heeft.

Ten slotte valt nog op in de subgroepanalyses dat het effect van CGT niet significant beter is voor het reduceren van klachten vergeleken met actieve behandelingen.

We kunnen voorzichtig concluderen dat CGT effectief lijkt bij de behandeling van fibromyalgie. Dit zou een taak kunnen zijn voor de praktijkondersteuner-ggz, mits geschoold. Wanneer patiënten de voorkeur geven aan een meer fysieke vorm van behandeling is beweegtherapie een goed alternatief, zelfstandig of onder begeleiding van een (psychosomatisch) fysiotherapeut. ■

LITERATUUR

- 1 Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EHS, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 9. Art.No.CD009796.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist / 2. Onjuist / 3. Juist

Een acute hepatitis-A-infectie komt vooral voor bij allochtone kinderen en autochtone kinderen en volwassenen die onbeschermd naar endemische gebieden reizen. Bij jonge kinderen is het verloop meestal subklinisch. Vanaf de leeftijd van 5 jaar is de kans op een beloop met klinische ziekteverschijnselen meer dan 75%. Moeheid, soms ernstig en langdurig (enkele maanden), is een van de symptomen, maar strikte bedrust is niet nodig.

Besmetting vindt plaats via fecaal-orale weg. De incubatie-tijd is gemiddeld 28 dagen. Een patiënt is besmettelijk vanaf ongeveer 3 tot 10 dagen vóór tot 1 week na het ontstaan van de icterus. Ter voorkoming van besmetting van anderen geeft de huisarts het advies thuis te blijven van school of werk tot 1 week na het ontstaan van de icterus en gedurende deze periode strikte hygiëne toe te passen. Hepatitis A geneest volledig zonder medicatie; complicaties of een fulminant beloop komen zelden voor. Voor acute virushepatitis A en C, en voor acute en chronische virushepatitis B geldt een aangifteplicht.

Van Geldrop WJ, Numans ME, Berg HF, Van Putten AM, Scheele ME, Bouma M. NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen. www.nhg.org.

4. Onjuist / 5. Onjuist

In de tweede helft van de zwangerschap kan een zwangere vrouw hypertensie ontwikkelen en hypertensieve complicaties, zoals pre-eclampsie (zwangerschapshypertensie met proteïnurie), eclampsie (zwangerschapshypertensie met insulteren) en HELLP. Het HELLP-syndroom is een ernstige, multisysteemcomplicatie die zich kenmerkt door hemolyse, gestoorde leverfuncties en een verlaagd aantal trombocyten (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets*). Het is belangrijk om te beseffen dat bij 90% van de patiënten met een HELLP-syndroom bovenbuikklachten zoals pijn of een bandgevoel op de voorgrond staan, die al dan niet samengaan met misselijkheid en braken. Bovenbuikklachten leiden meestal niet tot het meten van de bloeddruk, maar in de zwangerschap is daar alle reden voor. HELLP kan ook optreden zonder verhoogde bloeddruk of proteïnurie. Twintig procent van de patiënten met een HELLP-syndroom heeft een normale bloeddruk, maar een ogenschijn-

lijk normale bloeddruk van 140/80 mmHg kan toch verhoogd zijn als de patiënte tijdens de zwangerschapscontroles steeds bloeddrukken had van 120/70 mmHg. Het ziektebeeld kan zich snel ontwikkelen; zwangere vrouwen met deze alarmsymptomen moeten met spoed worden verwezen naar de tweede of derde lijn, zeker als er sprake is van hypertensie of proteïnurie.

Boomsma LJ, Valeton JWA, Ligthart E, Smit DA, Bekke FM. Bovenbuikklachten in de loop van de zwangerschap: HELLP voor de huisarts. *Huisarts Wet* 2005;48:185-7.

Vink R, Ganzevoort W, Van der Post JAM, De Pont ACJM. HELLP, een potentieel levensbedreigende aandoening. *Huisarts Wet* 2013;56:590-3.

Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. www.nhg.org.

6. Onjuist / 7. Onjuist / 8. Onjuist

Röntgenonderzoek van de knie is in de huisartsenpraktijk van weinig waarde, omdat de afwezigheid van zichtbare afwijkingen een aandoening (zoals gonartrose) niet uitsluit. Gonartrose is vooral een klinische diagnose en ook voor het vaststellen van de mate van gonartrose is röntgenonderzoek niet zinvol, vanwege het ontbreken van een duidelijk verband tussen de ernst van de klachten en beperkingen enerzijds en de mate van röntgenologische afwijkingen anderzijds. Daarnaast heeft de uitslag van een röntgenfoto geen invloed op het te voeren beleid.

Belo JN, Bierma-Zeinstra SMA, Raaijmakers AJ, Van der Wissel F, Opstelten W. NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen. www.nhg.org.

9. Juist / 10. Juist

Overweeg behandeling met inhalatiecorticosteroiden bij patiënten met frequente exacerbaties (twee of meer per jaar); begin bij hen met een proefbehandeling met een inhalatiecorticosteroid. Zet de behandeling voort bij een afname van het aantal exacerbaties, gemeten aan het aantal kuren orale corticosteroiden of antimicrobiële middelen of ziekenhuisopnamen in verband met COPD. Als de exacerbaties niet afnemen, staak dan de behandeling.

Smelee IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD. www.nhg.org.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

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

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementenprijzen

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

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

ISSN 0018-7070



Vierkante ogen

Toen de computer net zijn intrede in de spreekkamer deed, zeiden patiënten nog wel eens dat de dokter meer naar zijn beeldscherm keek dan naar hen. De 'buutreedners' in mijn dorp maakten er toen in elk geval een grap over tijdens de carnavalsbijeenkomst. Het apparaat heeft inmiddels een prima plek gevonden en wordt vooral gebruikt voordat de patiënt binnenkomt, als die zich aankeedt, of alweer vertrokken is. Tijdens het consult worden natuurlijk meetwaarden ingevoerd, Thuisarts.nl-afbeeldingen getoond, een standaard of het Kompas geraadpleegd en verwijzingen of onderzoek meteen geregeld. Zo worden het HIS en internet optimaal gebruikt en blijft er genoeg aandacht voor de patiënt. Maar onlangs gaven zorgverleners aan dat ze zó veel gegevens moesten registreren dat de aandacht voor de patiënt eronder leed en dat is geen goede ontwikkeling.

Je hebt richtlijnen, protocollen en regels. Aan regels moet je je houden, een protocol raadpleeg je om te bekijken wat je wilt uitvoeren en een richtlijn zit in je ruggelemerg terwijl de patiënt tegenover je zit. Eigenlijk begint hierna pas het echte werk van een huisarts. De kern

daarvan zit in het toepassen van wetenschap, ervaring en mensenkennis op wat deze patiënt op dit moment nodig heeft. Richtlijnen worden soms als protocollen of

regels gezien en lopen zo het risico te worden vertaald in inkoopdocumenten. Maar als het werk van een arts simpelweg bestond uit het toepassen van regels en het invullen van tickboxes, dan waren we allang door computers vervangen.

Natuurlijk moeten we belangrijke informatie goed noteren, maar niet het volledige zorgproces. Registratie moet vooral de zorg voor de patiënt dienen, niet voorwaarde voor de zorg zijn. Anders staren we alleen maar het beeldscherm. En kreeg je daar geen vierkante ogen van?

Rob Dijkstra

NHG-Voorjaarscongres 2014

Hart in beweging

Dit jaar staat het NHG-Voorjaarscongres in het teken van hart- en vaatziekten en het bewegingsapparaat. Na de inleiding *Overdiagnostiek en overbehandeling* door hoogleraar Patrick Bindels gaat u met uw collega's aan de slag in de volgende plenaire workshops:

- Hoe dunner hoe beter? (over antistolling)
- Laat ze (niet) lopen (over het claudicatio-loopcircuit bij PAV)
- (Breng) lijn in de lagerugpijn (over nut en resultaten van de *Startbacktool*)

- Factuurpreventie: vallen en opstaan (over medicatie, valrisico's en het nut van screening)

Het ochtendprogramma wordt geleid door leden van de expertgroep HartVaatHAG; het middagprogramma neemt de expertgroep Het beweegkader voor haar rekening.

Het NHG-Voorjaarscongres vindt plaats op donderdag **22 mei** in **Nieuwegein**. U kunt zich inschrijven via www.nhg.org > agenda > NHG-Voorjaarscongres.



foto: Shutterstock

NHG-Wetenschapsdag 2014

Geneeskunde op maat

Al sinds mensenheugenis proberen artsen hun beleid zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de unieke eigenschappen of omstandigheden van de patiënt. Zo'n 'gepersonaliseerde aanpak' kan immers leiden tot grotere (kosten-) effectiviteit van je behandeling, met minder bijwerkingen. De NHG-Wetenschapsdag staat dit jaar in het teken van de geneeskunde-op-maat in de brede zin van het woord.

Tijdens de dag presenteren aiossen, aiotho's, huisartsen en anderen de resultaten van hun wetenschappelijk huisartsgeneeskundig onderzoek uit de afgelopen periode. Er zijn voordrachten,

moderated posterwalks, presentaties van Critically Appraised Topic's en workshops. Waar mogelijk wordt aangesloten bij het thema van de Wetenschapsdag. Uiteraard begint en eindigt de dag met plenaire lezingen, gehouden door gerenommeerde internationale sprekers.

Wilt u kort en bondig op de hoogte worden gebracht van de resultaten van het jongste huisartsgeneeskundig onderzoek? Schrijf u dan nu in via www.wetenschapsdag.nl. Het NHG organiseert de dag dit jaar samen met het UMCG. Kom dus op **13 juni** ook naar **Groningen!**

De 40^{ste} huisartsenbrochure over zeldzame ziekten

Binnen het project *De patiënt als informatie-drager* worden brochures ontwikkeld die de patiënt met een zeldzame aandoening zelf meeneemt naar het spreekuur, zodat de huisarts 'de juiste informatie op het juiste moment en op de juiste plaats' ontvangt. In maart verscheen de 40^{ste} brochure in de reeks, met als onderwerp *Spinale Musculaire Atrofie*. Recentelijk

verschenen ook brochures over *Common variable immunodeficiency*, *Tubereuze sclerose complex*, *Botziekte van Paget* en *Neurofibromatose type 2*. In de komende tijd verschijnen nog minstens tien nieuwe onderwerpen.

Een overzicht van de tot dusver verschenen brochures vindt u op de pagina *Zeldzame ziekten* op www.nhg.org.



Een prominente plek voor preventie

In februari vond de startconferentie plaats van *Alles is gezondheid...* - het nationale programma waarin het rijk, gemeenten, bedrijven, sportorganisaties, zorgpartijen en maatschappelijke organisaties zich gezamenlijk inzetten voor een gezonder en vitaler Nederland. NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijksta ondertekende een 'pledge' ten teken van steun aan dit programma.



Inhoud van de pledge

Met de ondertekening van de *pledge* (plechtige belofte) onderschrijft het NHG de doelstellingen van het Nationaal Programma Preventie. Deze sluiten goed aan bij de ambities in de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 op het gebied van preventie. Het gaat om de volgende activiteiten:

- Het samen met het RIVM-Centrum Gezond Leven werken aan wijkgerichte preventie met als doel het beter verbinden van preventie in de huisartsenpraktijk en de publieke gezondheid. Het NHG organiseert hiertoe samen met de projectpartners (LHV, Pharos) enkele regionale netwerkbijsessies waarin *best practices* worden uitgewisseld en als basis voor verdere uitrol worden gebruikt.
- Het bijdragen aan de *Integrate*-studie naar de (kosten)effectiviteit van het PreventieConsult CardioMetabool Risico en de implementatie daarvan in de praktijk.
- Het ondersteunen van huisartsen bij de uitvoering van het Nationaal Programma Bevolkingsonderzoek, en dan met name het onlangs gestarte bevolkingsonderzoek darmkanker.

Ambassadeurs voor domeinen

VWS-minister Schippers opende de startconferentie. *Alles is gezondheid...* richt zich vooral op het verbinden van de verschillende domeinen die bemoeienis hebben met gezondheid: zorg, wijk, school en werk. Voor elk domein is een 'ambassadeur' benoemd. Voor de zorgsector is dat Carl Verheijen, directeur gezondheidscentrum De Nije Veste in Nijkerk. Onder het motto 'Nijkerk Fit' kunnen mensen hier binnenkort terecht voor bijvoorbeeld een PreventieConsult. Minister Asscher van Sociale Zaken en Werkgelegenheid was aanwezig om de relatie tussen gezondheid en een gezonde werkvloer te benadrukken.

Voorbeelden van preventie

In verschillende workshops kwamen voorbeelden van preventie in de zorg aan bod, zoals:

- de *Gezonde wijk-aanpak* in Amsterdam en Utrecht;
- het programma van de gemeente Nieuwegein, welzijnswerk en gezondheidscentra om mensen in de wijk te helpen bij een structurele verbetering van de kwaliteit van leven, het stimuleren van een gezonde levensstijl en het voorkomen van (verergering van) gezondheidsproblemen;
- *Nijkerk Fit* met een PreventieConsult-plus;
- Het project *Wijkgerichte preventie* van het RIVM-Centrum voor Gezond Leven en het NHG, samen met Pharos en de LHV, waarin via regionale bijeenkomsten wordt gezocht naar goede voorbeelden om preventie en zorg in de wijk dichterbij elkaar te brengen.

Gezondheidsverschillen verkleinen

Staatssecretaris van Rijn sprak het slotwoord uit. 'Geen nieuwe dingen verzinnen, maar verbinding zoeken.' Het streven van *Alles is gezondheid...* moet volgens hem niet alleen door de overheid worden waargemaakt, maar ook door werkgevers, werknemers, verzekeraars, scholen en de zorgsector. Van Rijn is optimistisch: 'Voor het eerst denken we op een andere manier over preventie. Zo kunnen we echt een stap verder komen!' De doelstelling *het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen sociale klassen* vormt nog een uitdaging. Daar moeten we nog meer aan doen. Maar door aan alle andere speerpunten – zoals depressie, alcohol en diabetes – te werken, moet verbetering hier haalbaar zijn.

Hierna is het tijd voor de alcoholvrije borrel!

Meer weten?

Op www.allesisgezondheid.nl vindt u meer informatie over (de pledges voor) het Nationaal Programma Preventie en over de workshops en lezingen die tijdens de conferentie zijn gehouden. Voor vragen over of tips voor *good practices* uit de huisartsenpraktijk/eerste lijn kunt u contact opnemen met ondergetekende via t.drenthen@nhg.org.

Ton Drenthen, teamleider Preventie & Patiëntenvoorlichting NHG

NHG-AGENDA 2014 data



- **Derde Nederlands Triage Congres** 10 april
- **NHG-Voorjaarscongres Hart in Beweging** 22 mei
- **NHG-Wetenschapsdag** 13 juni
- **Algemene Ledenvergadering** 26 juni
- **NHG-Congres Dokteren doe je niet alleen** 21 november

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

Het individueel zorgplan:

‘Een knus hoekje in het HIS’

De patiënt kan met een individueel zorgplan meer kennis verwerven over zijn ziekte, meebeslissen over de behandeling en ook buiten het consult om actief aan de slag gaan. Zo vergroot hij zijn eigen controle en zelfmanagement. Voor huisarts en praktijkondersteuners is het overzicht van doelen en afspraken een middel om de betrokkenheid van de patiënt in het zorgproces te bevorderen. Gezamenlijke besluitvorming staat daarbij centraal.

U en het individueel zorgplan

Uw gesprek met de patiënt over de behandeling die het best bij hem en zijn situatie past, vormt de basis van het individueel zorgplan (IZP). Het is als het ware een stuk gereedschap waarmee u de zorg voor sommige patiënten kunt vergemakkelijken en dat ‘op de plank’ ligt zodra u het nodig hebt bij een specifieke patiënt. Het IZP vormt een raamwerk voor de behandelingsdoelen en de met de patiënt gemaakte afspraken: een ‘hoekje voor vrije tekst’ dat de patiënt en meebehandelende ketenpartners kunnen raadplegen. Een van de gebruikers noemde dat ‘een knus hoekje in mijn KIS of HIS’. Het is niet nodig om voor alle patiënten een IZP te maken. Maar het kan goede diensten bewijzen bij ingewikkelde problematiek, vooral wanneer meerdere zorgverleners bij eenzelfde patiënt betrokken zijn. Voor de uitwisseling van gegevens is het dan handig om een vast format te gebruiken.

Van plan naar pilot

Allereerst is een plan van eisen geformuleerd in samenwerking met Vilans, het NPCF, een aantal patiënten- en brancheorganisaties en softwareleveranciers. In dit plan van eisen

zijn de uitgangspunten, functionaliteitseisen en de fasen in het primaire proces met bijbehorende informatiebehoeften beschreven. De softwareleveranciers Labelsoft en Prototopics hebben een door het NHG ontwikkeld registratiemodel ingebouwd in modules gekoppeld aan een HIS of KIS. Dit is getest in zeven huisartsenpraktijken en vervolgens zijn de bevindingen van de softwarebouwers, de zorgverleners en de patiënten geëvalueerd. Het vastleggen van de behandelingsdoelen en afspraken is als zinvol ervaren en het IZP-model blijkt softwareleveranciers voldoende basis te bieden voor de inbouw van een module in hun informatiesystemen.

(N)iets nieuws onder de zon

Tijdens het congres *Platform vitale vaten* in december 2013 is een ‘quickscan’ gehouden over het gebruik van het IZP onder de congresdeelnemers. Enkele uitkomsten waren:

- 50% van de respondenten werkt met een individueel zorgplan (‘ja’ en ‘soms’);
- 60% van de respondenten heeft afspraken gemaakt over het (terug)verwijzen van patiënten tussen eerste- en tweede-lijnszorg (‘ja’ en ‘meestal’);
- 52% van de respondenten wisselt de belangrijkste medische gegevens van de patiënt digitaal uit met andere zorgverleners in de keten (‘ja’ en ‘meestal’).

Niet alle facetten van het IZP zijn dus nieuw voor patiënten en zorgverleners. Maar de ‘stip aan de horizon’, zoals beschreven in het plan van eisen, is toch ook weer niet dagelijkse praktijk voor iedereen.

Hoe verder?

Het registratiemodel zal in de loop van dit jaar ter beschikking komen van HIS- en KIS-leveranciers. Aansluitend hierbij werkt het NHG aan uitbreidingen op het model, bijvoorbeeld een koppeling met episodes en persoonlijke streefwaarden. Ook ontwikkelt het NHG scholing en ondersteunende materialen voor het bevorderen van zelfmanagement, adequate dossiervorming en digitale gegevensuitwisseling. En er is patiëntenvoorlichting op Thuisarts.nl.

De belangrijkste vervolgactie ligt echter bij u als huisarts wanneer u zelf gaat werken met het IZP!

Linda Tolsma, beleidsmedewerker NHG

Voor aankondiging Algemene Ledenvergadering

Tijdens de ALV zal aan de leden instemming worden gevraagd met het Standpunt *Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk*, het Jaarverslag 2013 en de financiële jaarrapporten van Vereniging en de Uitgeverij. Ook worden enkele NHG-producten ter bekrachtiging aan de leden voorgelegd. Het sociaal jaarverslag en het jaarverslag van de NHG-Verenigingsraad staan ter kennisgeving op de agenda. En enkele benoemingen, onder meer voor leden van de Verenigingsraad, worden voorgedragen.

De ALV vindt plaats op donderdagavond 26 juni in de Domus Medica te Utrecht. Minimaal één week tevoren staat de definitieve agenda op www.nhg.org; u kunt zich hier ook opgeven voor de ALV vanaf 1 mei.



Foto: Shutterstock

‘Op de juiste tijd op de juiste plek’



Deze winter bereikte Bernardina Wanrooij de pensioenge-rechtigde leeftijd. Een moment bij uitstek om haar eens in het zonnetje te zetten vanwege het vele dat zij heeft gedaan op het gebied van de palliatieve zorg. In een interview vertelt ze over haar initiatieven rond palliatieve zorg en waarom dit deel van het huisartsenvak volgens haar zo belangrijk is.

In februari nam je afscheid; stopte daarna al je werk?

‘In elk geval nam ik afscheid van het deel van mijn werk waarmee ik de

afgelopen vier jaar bezig ben geweest. In het AMC richtte ik een palliatief team op en het ging me vooral aan het hart om de patiëntenzorg los te laten. Maar ik blijf een cursus Palliatieve zorg voor medisch specialisten doen, zit nog in het bestuur van hospice ‘het Veerhuis’ en blijf betrokken bij Palliatieve Thuiszorggroepen. Hierin bespreken huisartsen en verpleegkundigen eens per zes à acht weken patiënten die vermoedelijk binnen een jaar zullen overlijden en bij wie dus proactief extra zorg nodig is. En dan geef ik vanuit het NHG nog Askle-pion-cursussen over palliatieve zorg.’

Volgens velen heb jij de palliatieve zorg in Nederland op de kaart gezet!

‘Nou ja, ik houd het er zelf op dat ik op de juiste tijd op de juiste plek was. Midden jaren negentig was de palliatieve zorg in Nederland onontgonnen gebied. Een eerste concept vormden de Beekbergen-cursussen voor huisartsopleiders. Vanuit de Europese Unie kreeg ik de vraag: maak een programma over alle aspecten van de oncologie. Ik vroeg medewerking aan de huisartseninstituten zodat het gedachtegoed van meet af aan ook hun eigendom zou zijn. Zo startten we vanaf ’93 met deelnemers uit alle huisartseninstituten. We keken steeds naar de combinatie van opleidingsaspecten en de inhoud. En het laatste onderdeel van oncologische zorg was – niet verrassend – palliatieve zorg.’

Hoe ontwikkelde zich dat verder?

‘Ik merkte dat huisartsen heel blij waren

met het onderdeel palliatieve zorg. Die voelden hun lacunes als ze bij mensen thuis aan het sterfbed zaten. Daarom heb ik het *peer group project* opgezet vanuit mijn ervaring dat ik pal na een scholing altijd helemaal vol was van wat ik had opgestoken, maar dat veel daarvan na een maand alweer was weggezaakt. Dat gebeurt zeker bij palliatieve zorg: omdat je als huisarts maar weinig terminale patiënten hebt, bouw je erg langzaam expertise op. In dit *peer group project* kregen huisartsen acht dagen scholing. Ook bespraken ze regelmatig onder begeleiding van een “expert” en volgens een vaste methode patiënten van elkaar. Dat heeft heel wat meer impact dan wanneer je alleen maar leerstof leest; het gaat meer leven en je krijgt de zorg beter in je vingers. In het hele land hebben 650 huisartsen die cursus gevolgd.’

Draaien die peer groups nu niet meer?

‘Tot 2009 heb ik die groepen zelf gedaan, daarna heeft hij nog één keer gedraaid en is vervolgens gestopt. Jammer, want ik vind het een goede scholingsvorm voor huisartsen en dat vinden ze zelf ook. Zo is er een *peer group* die al vijftien jaar draait omdat de deelnemers dat zelf zo zinvol vinden. Er is een landelijk netwerk van adviesteams die de huisarts kan bellen met vragen over palliatieve zorg. Ik ben voorzitter van de casuïstiekbesprekingen van zo’n team; daarin zitten ook verpleegkundigen en van hen hoor je verhalen waarvan je denkt dat sommige huisartsen toch eigenlijk beter zouden moeten weten. Ik had het geluk om als huisarts in het ziekenhuis te werken en zag dat er bij de ziekenhuisartsen nog veel te doen is aan deskundigheidsbevordering, maar ook dat patiënten in de stervensfase naar de Eerste Hulp werden ingestuurd. Soms vroeg ik me af: zou die huisarts dat ook hebben gedaan als hij

zich deskundig genoeg had gevoeld? Vast niet. En dan sterft zo’n patiënt soms op de Eerste Hulp... dat wil je echt niet! Een inhaalslag in de scholing zou dus wel weer nuttig zijn en zo’n *peer group project* is daarvoor heel geschikt. Aan de Regionale Kankercentra wil ik dan ook voorstellen er nieuw leven in te blazen. En ik denk dat een combinatie van *peer group*-leren en Palliatieve Thuiszorggroepen ook heel geschikt zou zijn als nascholing.’

Je was ook betrokken bij de kaderopleiding?

‘Die heb ik samen met Bertus van Dijk opgezet en die draait nu voor de zevende keer. Deze Kaderopleiding is al vroeg opengesteld voor specialisten ouderengeneeskunde en medisch specialisten. Daarnaast ontwikkelde ik samen met een oncoloog een cursus palliatieve zorg voor medisch specialisten die nu ook al negen jaar draait. Het aantal deelnemers groeit gestaag; we denken dat we de cursus misschien tweemaal per jaar moeten aanbieden. Zo ontstaat nu ook expertise in de ziekenhuizen en dat is hard nodig. Palliatieve zorg is al met al *booming business* geworden. Op dit gebied is zo veel verbeterd; ik vind dat bijvoorbeeld in een initiërend gesprek over euthanasie altijd ook moet worden ingegaan op de huidige mogelijkheden van palliatieve zorg.’

Er is dus veel bereikt, maar je blijft actief?

‘Het is volgens mij niet zo gek om nog door te gaan nadat je toevallig 65 bent geworden. Je hebt zo veel opgebouwd: ervaring, expertise, rust in je werk. In mijn hoofd zit nog genoeg wat waardevol is om aan anderen door te geven!’ (AS)

Redactie NHG-nieuws

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

Contact

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

Colofon

Het NHG-nieuws is een uitgave van het NHG-bureau en vormt een vast onderdeel van H&W.

Voor het colofon van het wetenschappelijk deel van H&W: blader 4 pagina's terug