

H&W

Huisarts en Wetenschap

1

januari 2018
jaargang 61

De (on)zin van screening op kindermishandeling

Praten over vaten met ouderen

Het hymen, een delicate kwestie

E-consult bij angststoornis

Infobesitas

U wordt overstelpt met informatie die om uw aandacht vraagt. Er zijn tientallen op u gerichte medische (wetenschappelijke) tijdschriften, u kunt elke dag nascholen en bijna alles is via internet of apps op te zoeken. Elke 36 seconden verschijnt in Pubmed een peer reviewed medisch artikel - Nederlandse huisarts-onderzoekers publiceren er ruim zeventig per maand - en jaarlijks verschijnen er tientallen nieuwe of bijgewerkte richtlijnen. Hoe gaat u dit tot u nemen? U wilt blijven, maar infobesitas ligt op de loer. Wat is de rol van H&W daarbij?

Al zestig jaar is het de missie van H&W om relevante actuele wetenschap zo aan u te presenteren, dat u deze morgen in uw praktijk kunt gebruiken: u leest H&W en bent 'bij'. En u oordeelt daar positief over volgens een lezersonderzoek onder ruim vierhonderd huisartsen: van alle op de huisarts gerichte tijdschriften is H&W het wetenschappelijkst, betrouwbaar, 'need to know', diepgaand en onafhankelijk. Wij zijn blij met dit oordeel en gaan op dezelfde weg door. Onze redactie van huisartsen en wetenschappers screent doorlopend de relevante literatuur uit tientallen internationale tijdschriften, met als criteria de kwaliteit van het onderzoek en de betekenis voor de praktijk. Wat voor u van belang is zetten we kort en bondig neer, inclusief de richtlijnen en updates daarvan. Voor 2018 verwachten we zo ruim 200 nieuwsberichten, 125 artikelen, 100 tot 150 op de praktijk gerichte stukken en 15 tot 20 richtlijnupdates.

Een efficiënte presentatie is daarbij belangrijk, want u wilt uw tijd en aandacht zo goed mogelijk besteden. Uit hetzelfde lezersonderzoek en uit adviezen van tijdschriftenexperts kwam naar voren dat we met behoud van de

wetenschappelijke kwaliteit, betrouwbaarheid en betekenis voor de praktijk het blad wel leuker, speelser, verrassender, spannender, toegankelijker en leesbaarder zouden kunnen maken. Met meer visuele elementen om de informatie beter te onthouden. Een uitdaging die we hebben opgepakt. En voilà, het resultaat! In dit nummer in print en voorjaar 2018 op een geheel vernieuwde website. Kortere stukken, pakkende titels, een lead of intro waar u de essentie leest, meer beeld, een luchtiger opmaak, meer discussie en een stevigere opinie. Onze 'dieetbijdrage' om uw infobesitas te bestrijden.

Smaakt dit H&W-dieet u of heeft u tips voor verfijning, laat het ons weten (via redactie@nhg.org of Twitter: @HuisartsWet)! ■

Ivo Smeele

Met behoud van wetenschappelijke kwaliteit, betrouwbaarheid en betekenis voor de praktijk het blad leuker, speelser, verrassender, spannender, toegankelijker en leesbaarder maken



Foto: Vincent Boon

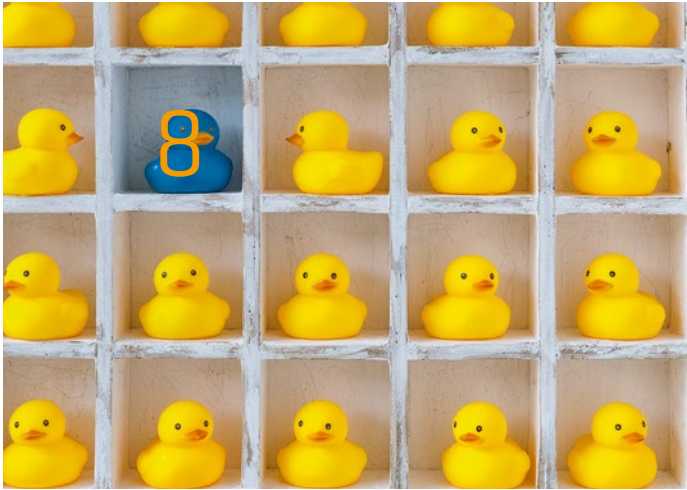


Wetenschap

- 14 De synergie tussen beeld en tekst
- 16 **Zorg op maat voor diabetes mellitus type 2**
Met individuele behandeldoelen die minder strikt zijn bespaart men een aanzienlijk deel van de diabetespatiënten de nadelige effecten van een al te strikte regulatie.
- 20 **Cognitieve achteruitgang bij oudere migranten**
Milde cognitieve achteruitgang en dementie komen bij vier grote niet-westerse migrantengroepen twee- tot viermaal zo vaak voor als in de autochtone bevolking.
- 26 **Betere kennis en attitude huisartsen over soa's door online nascholing**
Na de online nascholing werden vaak veranderingen voor de praktijk geformuleerd die vooral betrekking hadden op de seksuele anamnese, het aanvullend onderzoek en de behandeling van soa's.
- 30 **De [on]zin van screening voor kindermishandeling**
Kindermishandeling is een omvangrijk probleem, dat huisartsen op huisartsenposten vaak niet herkennen.
- 35 **Gooi het mishandelde kind niet met het badwater weg**
- 37 **Stop SPUTOVAMO nu!**
- 38 **“Iedereen telt mee en heeft recht op zorg”**
Interview met Jan De Maeseneer over de sociale verschillen in de gezondheidszorg

Praktijk

- 51 **Acromegalie, niet te missen?**
- 56 **Psychische problemen bij een vluchtelingjongere, en nu?**
De kans dat u een alleenstaande vluchtelingjongere op uw spreekuur krijgt wordt steeds groter.
- 60 **Het hymen, een delicate kwestie**
Het aantal Nederlandse vrouwen met een migratieachtergrond stijgt en zij kunnen huisartsen confronteren met verzoeken om een maagdelijkheidsverklaring of hymenreconstructie.
- 65 **E-consult bij medicatie voor een angststoornis**
Therapieontrouw van medicatie bij patiënten met een angststoornis is een probleem.
- 70 **Behandeling van hoesten**
Serie therapie van alledaagse klachten



Nieuws

- 7 **Nieuwe trends bij geneesmiddelen**
- 7 **Therapietrouw cruciaal bij kinderen met astma**
- 8 **MedicijnBalans: onafhankelijke site voor artsen**
- 8 **Screenen op hiv bespaart zorgkosten**
- 9 **Nierfunctiebepaling in de apotheek is onnodig**
- 9 **Een tabletje breken, moeilijker dan het lijkt**
- 10 **Jaarlijks gezondheidsonderzoek beter voor verstandelijk beperkten**
- 13 **Patiënt en huisarts zien op tegen rectaal onderzoek**
- 72 **Primaire cardiovasculaire preventie voor ouderen**
- 75 **Dieet voor kinderen met functionele buikpijn**
- 76 **Behandeling acute jichtaanval blijft maatwerk**
- 77 **Geen decongestiva bij kinderen met oorontsteking**

NHG

- 45 **Addendum richtlijn CVRM**
Praten over vaten met ouderen
- 48 **Artsen spelen een grote rol bij stoppen met roken**
- 50 **Herziene NHG-Behandelrichtlijn Koortslijp**
- 80 **Symposium toekomst huisartsenzorg**
- 81 **Vet- en suikertaks**
- 82 **Interview leden NHG-Adviesraad Standaarden**



- Samenwerking voor veilig geneesmiddelgebruik bij verminderde nierfunctie
Reactie op ‘Nierfunctiebepaling in de apotheek is onnodig’ (p.9)
- Onderbuikgevoel blijft belangrijk bij buikpijn
- Stomen helpt niet tegen verkoudheid
- Meer aandacht nodig voor overgewicht bij patiënten met milde COPD
- Handige website Arts Portaal

Restyling H&W

Ben Crul

Wat zijn de belangrijkste redenen om een blad ingrijpend te vernieuwen? Sug-
gesties uit lezersonderzoek, een nieuwe,
ambitieuze hoofdredacteur én een eige-
naar van het blad die daar budget voor
beschikbaar stelt. Al deze ingrediënten
waren eind 2016 bij H&W aanwezig:
de hoogste tijd dus voor een grondige
restyling.

Hoofdredacteur Ivo Smeele gaf bij zijn
sollicitatie aan dat hij de leesbaarheid
wilde verhogen. Lezers prezen in onder-
zoeken weliswaar de relevantie, maar
vonden H&W weinig toegankelijk. De
schrijfstijl en vormgeving vond men
minder aantrekkelijk, en het nieuws taai
verpakt. H&W had een hoog ‘zuchtge-
halte’. Ook het NHG-bestuur wilde H&W
graag nieuw leven inblazen. Vergelijk-
baar met wat ik als verse hoofdredacteur

ooit bij Medisch Contact aantrof. H&W
vroeg mij om te helpen. Allereerst moest
de diagnose aangescherpt worden. Uit
sessies met redactie, stakeholders en een
klankbordgroep kregen we veel input
over do’s en don’ts.

De lezer staat centraal

In de loop van het jaar kreeg het pro-
gramma van eisen voor H&W als
multimediale titel zijn definitieve vorm.
Een combinatie van informatieve, ge-
zaghebbende artikelen als steun voor de
dagelijkse praktijk, in een aantrekkelijke
vormgeving. Uitgangspunt is dat de lezer
meer dan voorheen centraal staat. We
nodigden een aantal uitgevers, vormge-

vers en online bureaus uit om te pitchen.
We kozen voor een ontwerp dat het best
aansloot bij onze wensen: rustig, over-
zichtelijk en met voldoende ruimte voor
kleur en beeld. Dat alles in vier hoofd-
rubrieken: nieuws, wetenschap, praktijk
en NHG. Ook besloten we op basis van
informatie uit lezersonderzoeken dat we
alleen nieuwe NHG-Standaarden nog in-
tegraal opnemen in het tijdschrift; bij een
herziening bespreken we in H&W kort de
belangrijkste aandachtspunten.
De volledig vernieuwde website gaat dit
voorjaar live. Behalve een aantrekkelijke
vormgeving zal deze vooral actueel zijn
en een goede archieffunctie hebben. We
starten ook met ‘online first’, waardoor u
digitaal direct toegang hebt tot de recent-
ste artikelen. En als vanouds verschijnen
ze ook maandelijks in de vernieuwde
printuitgave. ■



Deze mensen waren betrokken bij het restylingsproces van H&W: links voor: Susan Umans, Wim Verstappen, Nadine Rasenberg, Dorry Cox.
Links midden: Marianne Dees, Carole Grootenboer, Ivo Smeele, Henny Helsloot, Victor van der Meer, Martin Scheers. Links achter: Lidewij
Broekhuizen, Marjolein Oosterom, Ben Crul, Margot Scheerder, Bèr Pleumeekers, Judith Mulder, Sjoerd Hobma en Anita Wittebol.
Wibo Wolfs ontbreekt op de foto.

Foto: Vincent Boon/Margot Scheerder

Nieuwe trends bij geneesmiddelen

Nadine Rasenberg

De huidige trends in de farmacie zijn:
personalized medicine, complexere
medicijnen, snellere toegang tot de
markt van experimentele middelen en
meer veiligheidsregels na die toelating.
Deze trends hebben grote invloed op de
kosten, indicatiestelling en veiligheid, en
daarmee op het werk van de huisarts.

Het *Pharmaceutisch Weekblad* geeft een
overzicht van de belangrijkste ontwikke-
lingen in het land van de nieuwe genees-
middelen. Zo is personalized medicine
een hot item. Biomarkers, die iemands
respons op een geneesmiddel kunnen
voorspellen, worden steeds vaker door
farmaceuten geregistreerd. Hierdoor
worden potentiële patiëntgroepen steeds
kleiner en worden medicijnen mogelijk
duurder. Daarnaast worden medicijnen
ook steeds complexer. *Nanomedicine* en

biosimilars zijn termen die we de komen-
de jaren vaker zullen horen, ook in de
eerste lijn. Door de komst van gentherapie
en de 3D-printer zal de term ‘geneesmid-
del’ steeds meer gaan omvatten.
Naast veranderingen in de middelen zelf,
vindt er ook verandering plaats in het
proces en de regelgeving. Steeds vaker
wordt er gepleit voor snellere toelating tot
de markt dan de gebruikelijke vijftien jaar
voor baanbrekende, experimentele mid-
delen. Geneesmiddelen voor weesaan-
doeningen en ernstige aandoeningen
(vaak kanker) zonder behandelmoge-
lijkheden komen inmiddels via *adaptive
licensing* in aanmerking voor een flexi-
belere aanpak. Verder praktijkonderzoek
vindt dan plaats als het middel al op de
markt is. De laatste jaren zijn ook meer
middelen op de markt gekomen met
extra veiligheidsmaatregelen, zoals extra

monitoring en zwangerschapspreventie-
programma’s. Middelen met dergelijke
extra maatregelen zijn te herkennen aan
de zwarte driehoek in de bijsluiters.
Tot slot zijn er ontwikkelingen in de
onderzoeken. Jonge mannen zijn overver-
tegenwoordigd in onderzoekspopulaties
en daarnaast worden patiëntgroepen
steeds kleiner door de individualisering.
Hierdoor worden *real world data*, die
worden verkregen door patiëntregisters
(zoals LAREB) en praktijkonderzoek,
steeds belangrijker. Al deze veranderin-
gen zullen een grote impact hebben op
ons toekomstige werk als huisarts. ■

Rook L. *Geneesmiddelen in de 21e eeuw:
dit zijn de vijf voornaamste trends. Phar-
maceutisch Weekblad 2017;152(26):26-31.*

Therapietrouw cruciaal bij kinderen met astma

Regien Kievits

**Bij kinderen met astma is het
voorkomen van exacerbaties een
belangrijk behandeldoel. Goede
therapietrouw helpt dit doel te
bereiken. Kinderen die jonger zijn
gestart met inhalatiemedicatie en/
of door de kinderarts worden be-
handeld, hebben een betere thera-
pietrouw. Na een ernstige exacer-
batie treedt er bij een kwart van de
kinderen binnen het jaar opnieuw
een exacerbatie op. Opletten dus bij
deze groep kinderen!**

Het Rotterdamse ESTATE-onderzoek
bekeek retrospectief het medicatie-
gebruik bij ruim 14.000 kinderen (5
tot 18 jaar) met astma in de eerste
lijn en de relatie met het aantal
ernstige astma-exacerbaties (zieken-
huisopname, bezoek aan SEH en/of

prednisolonstootkuur). De behan-
deling bestond vooral uit kortwer-
kende bronchusverwijders (40%)
en inhalatiecorticosteroiden (ICS)
(32%). De terapietrouw van ICS was
laag, gemiddeld 56% (37 tot 87%) per
patiënt.
Kinderen met een goede therapie-
trouw waren jonger gestart met ICS,
bezochten vaker de kinderarts en
hadden vaker exacerbaties. De nood-
zaak tot behandeling en/of intensie-
vere begeleiding in de tweede lijn
lijkt samen te hangen met een betere
therapietrouw.
Kinderen met astma-behandeling
(bronchusverwijding en/of ICS)
hadden een grotere kans op een
ernstige exacerbatie dan kinderen
zonder behandeling (4,1 versus 2,1%
per persoonsjaar). Na een ernstige

exacerbatie hadden kinderen 25%
kans op het krijgen van een nieuwe
exacerbatie binnen het daaropvol-
gende jaar. In de praktijk moeten we
dus alert zijn op een nieuwe exacer-
batie bij kinderen die al een exacer-
batie hebben doorgemaakt. Gezien
de kans op herhaling is het belangrijk
therapietrouw bij ICS nog eens goed
onder de aandacht te brengen. ■

Engelkes M, et al. *Real life data on
incidence and risk factors of severe
asthma exacerbations in child-
ren in primary care. Respir Med*
2016;119:48-54.
Engelkes M, et al. *Prescription pat-
terns, adherence and characteristics
of non-adherence in children with
asthma in primary care. Pediatr
Allergy Immunol 2016;27:201-8.*

MedicijnBalans: onafhankelijke site voor artsen

Victor van der Meer, Annet Sollie

De website MedicijnBalans biedt actuele en onafhankelijke informatie over nieuwe medicijnen. De site is een initiatief van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.

Te midden van schreeuwerige, over-enthousiaste reclamecampagnes van grote farmaceuten, die hun nieuwe waar aanprijzen als panacee, is de onafhankelijke site MedicijnBalans een verademing. De website (geen echte app, maar goed te bekijken op de smartphone) belicht nieuwe, vaak dure geneesmiddelen en voorziet de lezer van feitelijke en actuele informatie. Doel: artsen te ondersteunen in het maken van een onderbouwde keuze om een nieuw geneesmiddel wel of niet voor te schrijven.

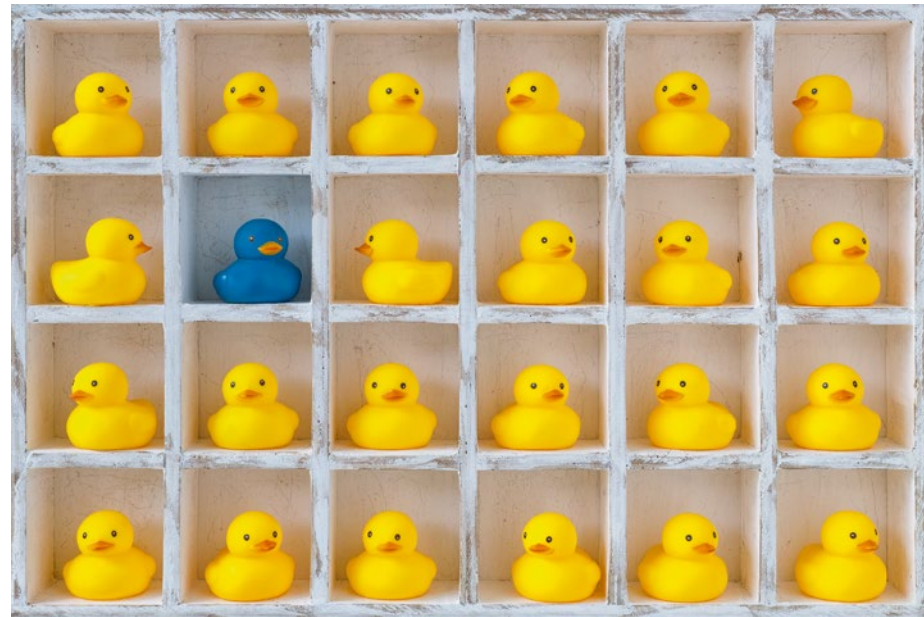
MedicijnBalans richt zich met name op DOAC's, antidiabetica, cholesterolverlagers en inhalatiemedicatie. Dat zijn relevante medicijngroepen, maar het is onduidelijk waarom andere groepen, zoals biologicals/bio-similars of oncolytica, geen of minder aandacht krijgen.

MedicijnBalans heeft zes tabbladen: nieuws, medicijngroepen, journaal, factcheck, nascholing & FTO en Q&A. Intuïtief is het niet duidelijk waar welke informatie staat. Zo vinden we algemene informatie over DPP4-remmers onder de kop 'medicijngroepen', een meta-analyse over verhoogd risico op hartfalen bij DPP4-remmers onder 'nieuws' en informatie over DPP4-remmers en ramadan onder 'factcheck'. MedicijnBalans biedt voor een beperkte groep medicijnen onafhankelijke informatie; de gebruikersvriendelijkheid laat te wensen over. ■

www.medicijnbalans.nl

Screenen op hiv bespaart zorgkosten

Vincent van Vugt



Iedereen testen op hiv kan leiden tot lagere zorgkosten.

Foto: iStock

Op lange termijn is het kosteneffectief om iedere nieuwe patiënt in de huisartsenpraktijk te testen op hiv. Dat blijkt uit een Brits onderzoek dat is uitgevoerd in een Londense wijk met veel hiv-patiënten. Volgens de onderzoekers is deze vorm van screening net zo kosteneffectief als een behandeling met Post Expositie Profylaxe (PEP) bij mannen die seks hebben met mannen. In Nederland wordt testen op hiv vooralsnog alleen aanbevolen bij risicogroepen.

De helft van de deelnemende huisartsenpraktijken screende iedere nieuwe volwassene patiënt op hiv met een point-of-care test. Gedurende 28 maanden diagnosticeerden zij 32 nieuwe hiv-patiënten tegenover 14 patiënten in de controlepraktijken. De CD4-waarde van de gescreende patiënten was gemiddeld ook hoger, wat duidt op een diagnose eerder in het ziekteproces.

Invoeren van screening verhoogt eerst de zorgkosten doordat meer patiënten worden gediagnosticeerd. De uiteindelijke verlaging van de kosten komt doordat de behandelkosten van hiv toenemen naar-

mate de ziekte vordert. Vroege opsporing zorgt voor minder verspreiding van het virus en een betere langetermijnprognose met lagere zorgkosten. Wanneer hiv relatief veel voorkomt in een populatie, bijvoorbeeld in een stad of wijk, levert een screeningsprogramma eerder geld op dan in gebieden waar hiv weinig voorkomt.

De onderzoekers adviseren voorlopig alleen screening in gebieden met een hoge hiv-prevalentie (> 0,2%). In Nederland zou dit gelden voor grote steden als Amsterdam (prevalentie > 0,8%). Het is nog niet duidelijk of screening ook in Nederland geld oplevert, omdat ons gezondheidssysteem anders in elkaar zit dan het Britse. Daarnaast zitten er ook ethische aspecten aan een invoering van het programma. Dit onderzoek is voer voor discussie in Nederland. Hiv-screening zou in de toekomst immers kunnen leiden tot betere zorg én lagere zorgkosten. ■

Baggaley RF, et al. Cost-effectiveness of screening for HIV in primary care: a health economics modelling analysis. Lancet HIV 2017;4(10):e465-74.

Nierfunctiebepaling in de apotheek is onnodig

Bèr Pleumeekers

Informatie over de nierfunctie is van belang bij diverse medicijnen, maar nierfunctiebepaling in de apotheek heeft geen toegevoegde waarde. Zo leidde een nierfunctie-bepaling bij patiënten die een antibioticum kregen slechts bij een klein percentage (2%) tot verandering in het voorschrift van de behandelend arts.

Onlangs publiceerde het *Pharmaceutisch Weekblad* de resultaten van een onderzoek waarin bij 351 apotheken ruim 88.000 voorschriften voor verschillende antibiotica werden geanalyseerd. De onderzoekers gingen bij patiënten ouder dan 70 jaar na of in het systeem een recente meting van de nierfunctie bekend was (maximaal 13 maanden oud) of achterhaald kon

worden. In bijna 80% van de gevallen was op deze manier de nierfunctie te achterhalen. In de overige gevallen werd in de apotheek een POC-test gedaan en de nierfunctie berekend. In totaal werden bijna 2000 tests uitgevoerd. Bij 10% van de gevallen was de nierfunctie verlaagd (eGFR 30 tot 50 ml/min/1,73 m²) en bij 1% sterk verminderd (eGFR ≤ 30 ml/min/1,73 m²). Bij 2% van de gevallen was er een aanpassing van het recept noodzakelijk.

Informatie over de nierfunctie is niet alleen van belang bij antibiotica, maar ook bij andere medicijnen zoals NSAID's en DOAC's. De beslissing om deze medicamenten al dan niet voor te schrijven, en in de juiste dosering, moet de behandelaar in eerste instantie zelf nemen. De behande-

lend arts heeft meer contextuele informatie dan de apotheker en kan deze ook beter interpreteren. Daarnaast is de arts beter in staat om afwijkende bevindingen (zoals een licht verlaagde nierfunctie) die niet direct tot dosisaanpassingen leiden met de patiënt te bespreken, en eventueel te volgen, om onrust en medicalisering te voorkomen. De meeste HIS'en waarschuwen de huisarts of bij een geneesmiddel de nierfunctie relevant is en of er een recente meting van de nierfunctie is. Met goede afspraken in FTO-verband kan nierfunctiebepaling in de apotheek snel overbodig worden gemaakt. ■

M Heringa, et al. Met nierfunctietest biedt apotheek een vangnet. Pharmaceutisch Weekblad PW40;06-10-2017.

Een tabletje breken, moeilijker dan het lijkt

Marieke Verlaan-Snieders

De gebruiksvriendelijkheid van medicatie kan beter, met name voor ouderen. Een op de vier ouderen heeft problemen met de verpakking of inname, en een tablet goed doorbreken lukt slechts een op de drie. Zorgverzekeraars, farmaceutische industrie, hulpverleners en patiënten zelf moeten daarom de handen ineenslaan. Dat is de uitkomst van een recent promotieonderzoek.

Kim Notenboom onderzocht verschillende fasen in het gebruik van medicatie. Zij spitste haar onderzoek toe op ouderen, omdat bij deze groep functionele beperkingen en chronische medicatie het meest voorkomen.

Notenboom onderzocht de dagelijkse problemen die ouderen ondervinden bij het gebruik van hun medicijnen. Zij benaderde daarvoor 317 ouderen telefonisch,

een op de vier bleek problemen te ervaren met de gebruiksvriendelijkheid van de medicatie. Zij nam interviews af bij 59 thuiswonende ouderen en 95% van deze ouderen meldde ten minste een probleem. De promovenda keek ook naar het ontwerp van geneesmiddelen en vergeleek het gebruik van een breukgleuf door ouderen met dat van een jongere populatie. Veel ouderen hadden moeite de tabletten doormidden te breken. Het lukte slechts 38,1% van hen de tabletten te breken, waarbij 71% van de tabletten daadwerkelijk accuraat was gebroken. Bij jongeren was dit 78,2%, waarbij 77,4% van de tabletten accuraat was gebroken. Zijn er mogelijkheden om gebruiksproblemen bij ouderen te voorkomen? In de huidige praktijk blijken apothekersassistenten onvoldoende aandacht te schenken aan problemen met de verpakking en de

inname. Noteboom ontwikkelde daarom een model om te voorspellen in hoeverre het breukvermogen van tabletten accuraat is. Dit model kan waardevol zijn in de productiefase van nieuwe medicijnen. Verder doet zij aanbevelingen om problemen bij het slikken van medicatie te verminderen, zoals het gebruik van speciale gels of een hap vla. Zij constateert ook dat in-vitro-onderzoek nodig is om naar de oplossingsnelheid van medicatie bij gebruik te kijken.

Huisartsen en poh's moeten alert zijn op de gebruiksvriendelijkheid van medicatie. En een tabletje breken adviseren? Zeker bij ouderen liever niet. ■

Notenboom K. The pursuit of user-friendly medicines. Older people in the hot seat [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2017.

Jaarlijks gezondheidsonderzoek beter voor verstandelijk beperkten

Esther Bakker



Proactief gezondheidsonderzoek bij verstandelijk beperkte mensen brengt behandelbare aandoeningen eerder aan het licht. Foto: iStock

Mensen met een verstandelijke beperking overlijden ongeveer twintig jaar eerder dan mensen in de algemene bevolking, vaak aan behandelbare aandoeningen. In het Verenigd Koninkrijk, Ierland, Canada en Australië stimuleert de overheid huisartsen om jaarlijks een proactief gezondheidsonderzoek uit te voeren bij mensen met een verstandelijke beperking (PGO-VB). Deze onderzoeken brengen nieuwe aandoeningen aan het licht (zoals visusstoornissen, obstipatie, hart- en vaatziekten) en vergroten de deelname aan bevolkingsonderzoeken en programma's voor gezondheidsbevordering. Dat blijkt uit een recent literatuuronderzoek.

De auteurs doorzochten de literatuur, gepubliceerd tussen januari 2000 en mei 2016, waarin een PGO-VB-instrument werd beschreven. Zij vonden 29 geschikte artikelen. De onderzoekers beoordeelden elk instrument op basis van de volgende

kwaliteitscriteria: ontwikkeling, klinimetrische waarde (validiteit, betrouwbaarheid, toepasbaarheid, acceptatie), inhoud en effectiviteit. De onderzoekers vonden twintig verschillende PGO-VB-instrumenten. De informatie over de ontwikkeling en de klinimetrische waarde van de instrumenten was beperkt. De opzet van de instrumenten liep erg uiteen. Van drie instrumenten werd de effectiviteit onderzocht in een gerandomiseerd onderzoek. In de interventiegroep werden (significant) meer nieuwe aandoeningen ontdekt en was er meer aandacht voor leeftijds- en geslachtspecifieke screening (bijvoorbeeld uitstrijkje) en gezondheidsbevordering (bijvoorbeeld aandacht voor roken, overgewicht). Patiënten met een verstandelijke beperking, hun verzorgers en huisartsen waren over het algemeen tevreden over de PGO-VB-instrumenten. De best beoordeelde instrumenten waren

de 'Stay well and healthy - Health risk appraisal' (SWH-HRA) en de 'Comprehensive health assessment programme' (CHAP). Deze instrumenten zijn geschikt als basis voor de wetenschappelijke ontwikkeling van een nieuw Nederlands PGO-VB-instrument. Een dergelijk instrument kan huisartsen ondersteunen in de zorg voor mensen met verstandelijke beperking. Deze mensen wonen steeds minder in instellingen en vallen dus steeds vaker onder huisartsenzorg. PGO-VB zal naar verwachting behandelbare aandoeningen eerder aan het licht brengen en daardoor vroegtijdig overlijden kunnen voorkomen. Vervolgonderzoek is nodig naar implementatie en effectiviteit van de PGO-VB in de Nederlandse huisartsenpraktijk. ■

Bakker-Van Gijssel E, et al. *Health assessment instruments for people with intellectual disabilities. A systematic review. Res Dev Disabil* 2017;64:12-24.

Patiënt en huisarts zien op tegen rectaal onderzoek

Jurgen Damen

Patiënten zijn vaak terughoudend in het bespreken van anale klachten en huisartsen in het aanbieden van anaal onderzoek bij dergelijke klachten. Ten onrechte, want als een huisarts een rectaal toucher voorstelt, weigeren slechts weinig patiënten en met rectaal onderzoek wordt bijna altijd een correcte diagnose gesteld.

Tournu et al. deden onderzoek bij tachtig Franse huisartsen en ondervroegen alle patiënten die bij hen op consult kwamen. Alle patiënten die op de dag van het onderzoek in de wachtkamer zaten, kregen een enquête met de vraag of zij anale klachten hadden. Van de 1061 deelnemers rapporteerden 166 (15,6%) anale klachten. Bij slechts 25 patiënten (2,3%) was dit de reden van de afspraak, de overige 141 patiënten (13,3%) hadden een andere reden. Alle patiënten met anale klachten bespraken deze op het spreekuur, ook als die klachten niet de reden van het consult waren, maar slechts 35,5% kreeg een rectaal onderzoek. Bij 45,2% stelden de huisartsen geen rectaal onderzoek voor en 19,3% van de patiënten weigerde het onderzoek. Als er een rectaal onderzoek werd verricht, werd bij 75,9% een diagnose gesteld tegenover slechts 20% in de



Wees niet terughoudend in het voorstellen van rectaal onderzoek bij patiënten met anale klachten. Foto: iStock

niet-onderzochte groep. Alle 166 patiënten die anale klachten rapporteerden, kregen een aanvullend consult bij een proctoloog aangeboden. Dit onderzoek vond uiteindelijk plaats bij 35 patiënten. Bij 17 van deze 35 patiënten stelde de proctoloog een diagnose die in 14 gevallen (82,3%) overeenkwam met die van de huisarts. In Nederland komen anale klachten waarschijnlijk even vaak voor als in

Frankrijk. Bij anale klachten helpt lichamelijk onderzoek om vaker tot een correcte diagnose te komen. Met terughoudendheid in het voorstellen van een rectaal onderzoek is de patiënt in het algemeen niet geholpen. ■

Tournu G, et al. *Prevalence of anal symptoms in general practice: a prospective study. BMC Family Practice* 2017;18:78.

RECTIFICATIE

In het artikel 'Huisartsopleiders over omgaan met evidence-based medicine' van Helga Raghoobar-Krieger et al., dat is gepubliceerd in november 2017, is helaas een fout geslopen. Op pagina 560 bij 'Wat is bekend?' staat: 'Nederlandse huisartsen, en hun opleiders, zijn nogal traag met het in de praktijk brengen van evidence-based medicine. Deze zin anders formuleren [zie toelichting].' Dit moet vervangen worden door: 'Nederlandse huisartsen, en hun opleiders hebben evidence-based medicine nog steeds niet optimaal geïntegreerd in hun dagelijks handelen.'

Redactie H&W



Goede kans dat je informatie beter onthoudt als je er beeld bij hebt gezien.

Foto: iStock

Visuele elementen zijn in kranten en tijdschriften steeds meer ruimte gaan innemen, mede onder invloed van televisie en internet. Ook Huisarts en Wetenschap gaat meer werken met beeld. Dat is niet alleen fijn voor het oog, maar kan ook nuttig zijn. Zo kunnen visualisaties ons helpen om informatie beter te onthouden en heeft beeld soms een ander effect op lezers dan tekst.

Niet iedereen was direct enthousiast toen fotografie begin twintigste eeuw de kranten- en bladenwereld binnendrong. “Wij zien de ‘vervanging’ van het woord door het beeld, van de gelezen naar de bekeken krant, met groot leedwezen aan”, schreef Doe Hans, voorzitter van de Nederlandse Journalisten Kring, in 1932. Binnen de kortste keren zouden lezers alleen nog vluchtig bladeren – ‘even plaatjes kijken’ – en geen moeite meer nemen écht te lezen, was de angst.¹

We leggen een blad minder snel aan de kant als er een fijne mix is van tekst en beeld

Het beeld dat Hans zo vreesde is inmiddels niet meer weg te denken uit de geschreven media. Al die foto’s, illustraties en infographics blijken prima naast het geschreven woord te kun-

nen bestaan. “Bij de sterkste producties versterken beeld, tekst en invalshoek elkaar”, schrijft Rob van Vuure, oud-hoofdredacteur van talloze publiekstijdschriften, in zijn boek *Het Lingeriedenken*.² Wat dat ‘lingeriedenken’ is? “Vaak kan het leuker, speelser, verrassender, spannender. Met behoud van de essentie. Met behoud van een goed, informatief blad.” Afwisseling in een blad geeft een prettig leesritme, volgens Van Vuure. We leggen een blad minder snel aan de kant als er een fijne mix is van tekst en beeld, maar ook bijvoorbeeld van foto’s en illustraties of korte en lange teksten. “Een goed blad prikkelt steeds opnieuw.” Goed gekozen beeld leidt niet af van de tekst, maar vult deze juist aan. Daarnaast biedt beeld bij tekst lezers houvast. Ons brein kan beelden razendsnel interpreteren. Aan de visuele elementen, zoals foto’s en infographics maar ook kopjes, kan je in een oogopslag zien wat voor soort artikel voor je ligt. Dat helpt je snel bepalen of een artikel interessant voor je is, of dat je liever doorbladert.

Ten minste, dat is de theorie. Er is niet veel onderzoek naar gedaan of het echt zo werkt. Een van de bekendste onderzoeken op dit gebied stamt alweer uit 1991.³ Amerikaanse onderzoekers deden toen bij negentig proefpersonen oogmetingen terwijl ze krantenpagina’s lazen. Hun belangrijkste bevinding? Lezers lezen niet, ze scannen. Op bepaalde ‘instappunten’ stoppen ze met scannen en gaan ze lezen. Dat kan van alles op de pagina zijn: de titel, intro, tussenkopjes, een kader. Maar het belangrijkste in-

stappunt bleek het beeld. Lezers bekeken bij een artikel meestal eerst de hoofdfoto, vervolgens de titel of een kleinere foto.

EMOTIONELE BEELDEN

Beeld kan ook invloed hebben op emoties en meningen van lezers over een onderwerp, zeker bij maatschappelijke en politieke thema’s. Het ligt er wel sterk aan welke beelden de media laten zien. Een foto van een militair met een kind kon op meer steun voor militaire interventie in Afghanistan rekenen dan een foto van een militair met geweer, bleek uit een Amerikaans onderzoek.⁴ In een ander onderzoek, met beelden van de bombardementen in Londen in 2005, wekten foto’s van slachtoffers vooral sympathie met hen op, terwijl foto’s van terroristen gevoelens van angst en woede aanwakkerden.⁵ Toch kan tekst ook een belangrijke rol spelen in meningsvorming, blijkt uit recent promotieonderzoek van de Universiteit van Amsterdam.⁶ Meer dan 1200 proefpersonen bekeken berichtgeving over een conflict in de Centraal Afrikaanse Republiek, waar de meeste mensen weinig vanaf weten en dus vooraf geen mening over hadden. Sommigen zagen alleen beeld, anderen alleen tekst en weer anderen een combinatie van beide. Het zien van alleen afbeeldingen van slachtoffers leidde tot meer steun voor internationale interventie dan alleen tekst erover lezen. Maar als tekst en beeld werden gecombineerd, gebeurde er iets verrassends. Beide hadden op een andere manier effect op de proefpersonen. Foto’s hadden een sterkere invloed op de bereidheid om tot actie over te gaan, bijvoorbeeld door een donatie te doen of een petitie te ondertekenen. De tekst bepaalde sterker de mening over interventie in het conflict. “Beelden laten je direct de emotie voelen. Medelijden leidt tot behulpzaam gedrag, angst tot vermijding”, lichtte Powell afgelopen september toe in de Volkskrant. “Beelden verwerken gaat sneller dan tekst, maar een beeld kan onduidelijk zijn. Een tekst begrijpen vergt meer moeite, maar laat je wel de exacte betekenis snappen. Deze diepere verwerking betreft je meer bij het onderwerp.”

VISUEEL LEREN

Hoewel het in medisch-wetenschappelijke artikelen niet vaak over oorlog gaat, geeft het Amsterdamse onderzoek wel aan dat tekst en beeld elkaar kunnen versterken. Beeld trekt je aandacht naar het onderwerp van het artikel en kan je er emotioneel bij betrekken, de tekst geeft genuanceerdere informatie. Goede kans dat je die informatie ook nog eens beter onthoudt als je daar beeld bij hebt gezien. We leren beter door de stof visueel te maken, volgens diverse onderzoeken. We onthouden woorden bijvoorbeeld beter als we daar plaatjes van hebben gezien.⁷ Een foto van een kat prenten we beter in ons geheugen dan alleen het uitgeschreven woord ‘kat’. Eén van de geopperde verklaringen hiervoor is dat we een afbeelding in ons brein ‘dubbel’ verwerken: enerzijds visueel, anderzijds taalkundig doordat we bij het zien van een kat het woord ‘kat’ in ons hoofd krijgen. Zouden we (nieuws)artikelen die we lezen ook beter onthou-

den door de toevoeging van beeld? Dat zou goed kunnen, al is er helaas weinig onderzoek over bekend. Eind jaren tachtig zijn wel enkele onderzoeken gedaan naar televisienieuws, waarin bleek dat mensen een besproken onderwerp beter onthielden als ze er beeld bij hadden gezien.⁶

Beeld trekt je aandacht naar het onderwerp van het artikel en kan je er emotioneel bij betrekken

Niet iedereen is echter evenveel gefocust op plaatjes kijken, bleek eerder uit een Duits onderzoek.⁸ Proefpersonen lazen een informatieve tekst met illustraties, bijvoorbeeld over hoe de stortbak van een wc werkt. Wie tekstueel was ingesteld bleek veel meer naar de tekst te kijken dan naar de plaatjes, voor beelddenkers was dat andersom. Beelddenkers keken ook veel sneller doelgericht naar de relevante delen van de illustratie. De ene lezer is dus de andere niet. Alleen al daarom is het een goed idee om vaker en beter tekst met beeld te combineren. Dat maakt hopelijk de leeservaring zowel voor beelddenkers als tekstdenkers prettiger én memorabeler. ■

LITERATUUR

1. Broersma M. Vormgeving tussen woord en beeld. De visuele infrastructuur van Nederlandse dagbladen, 1900-2000. Tijdschrift voor Mediageschiedenis 2004;7:5-32.
2. Van Vuure R. Het lingeriedenken. Creatief bladenmaken, succesvol communiceren. Amsterdam: Ambo/Anthos, 2009.
3. Garcia MR, Stark PA. Eyes on the News St Petersburg, FL: The Poynter Institute, 1991.
4. Soroka S, Loewen P, Fournier P, Rubenson D. The impact of news photos on support for military action. Political Communication 2016;33:563-82.
5. Iyer A, Webster J, Hornsey M, Vanman EJ Understanding the power of the picture: the effect of image content on emotional and political responses to terrorism. Journal of Applied Social Psychology 2014;44:511-21.
6. Powell TE, Boomgaarden HG, De Swert K, De Vreese CH. A clearer picture: the contribution of visuals and text to framing effects. Journal of Communication 2015;65:997-1017.
7. McBride DM, Doshier BA. A comparison of conscious and automatic memory processes for picture and word stimuli: a process dissociation analysis. Consciousness and Cognition 2002;11:423-60.
8. Koć-Januchta M, Höffler T, Thoma G-B, Precht H, Leutner D. Visualizers versus verbalizers: effects of cognitive style on learning with texts and pictures - an eye-tracking study. Computers in Human Behaviour 2017;68:170-9.

Broersma A. De synergie tussen beeld en tekst. Huisarts Wet 2018;61(1):14-5.
Anouk Broersma: wetenschapsjournalist.
Correspondentie: anouk@anoukbroersma.nl
Belangenverstrengeling: niet gemeld.

Zorg op maat voor diabetes mellitus type 2

Anne Meike Boels, Rimke Vos, Guy Rutten, Bertien Hart

- Inleiding

De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 raadt aan om bij het behandelen van hyperglykemie rekening te houden met leeftijd, diabetesduur en intensiteit van de bestaande behandeling. Ook voor hypertensie en dyslipidemie wordt aangeraden de standaardwaarden voor de behandeldoelen (HbA1c, systolische bloeddruk en LDL-cholesterol) aan te passen aan de individuele patiënt. Wij onderzochten de meerwaarde van deze benadering.
- Methode

We voerden een transversaal observatieonderzoek uit op basis van routinegegevens uit het huisartsinformatiesysteem van Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra. Daarin vergeleken we het percentage patiënten dat de behandeldoelen bereikte op basis van individuele streefwaarden zoals aanbevolen in de NHG-Standaarden, met het percentage dat de – striktere – standaardwaarden wist te halen.
- Resultaten

Van de 890 geanalyseerde patiënten bereikte 31,8% de individuele streefwaarden en 24,8% de standaardwaarden. Van de 70-plussers die naast metformine ook andere bloedglucoseverlagers gebruikten, bereikte 66,4% de individuele streefwaarden en 39,1% de standaardwaarden voor HbA1c. Stelt men de bovengrens voor de systolische bloeddruk bij 80-plussers op 160 in plaats van 140 mmHg, dan is bijna de helft van deze patiënten [45,6%] alsnog te beschouwen als ‘goed ingesteld’. Volgt men de aangepaste criteria uit de NHG-Standaard voor LDL-cholesterol, dan vervalt voor 5,2% van alle patiënten de indicatie voor primaire of secundaire preventie.
- Conclusie

De NHG-Standaarden bieden een simpele en praktische strategie om voor individuele diabetespatiënten behandeldoelen vast te stellen die minder strikt zijn dan de geldende standaardwaarden. Daarmee bespaart men een aanzienlijk deel van de diabetespatiënten de nadelige effecten van een al te strikte regulatie van bloedglucose, bloeddruk en cholesterol.

INLEIDING

HbA1c, systolische bloeddruk en LDL-cholesterol zijn belangrijke benchmarks voor de behandeling van patiënten met diabetes mellitus type 2 in de huisartsenpraktijk,¹ maar veel mensen hebben moeite de standaard streefwaarden te halen en lang niet alle diabetespatiënten hebben daar veel voordeel van.²⁻⁵ Daarom adviseert de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 individuele streefwaarden voor het HbA1c en de systolische bloeddruk aan te houden, en adviseert de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement een risico-inschatting te maken alvorens het LDL-cholesterol te behandelen.^{6,7} Als je geïndividualiseerde streefwaarden aanhoudt, kun je een groter deel van de diabetespatiënten beschouwen als goed ingesteld. Wij vergeleken het aantal patiënten dat deze individuele behandeldoelen weet te bereiken met het aantal dat de algemene *one size fits all*-behandeldoelen haalt.^{6,7}

METHODE

Onderzoeksopzet

Voor dit transversale observatieonderzoek gebruikten we routinematig verzamelde gegevens uit het huisartsinformatiesysteem van de Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra over augustus 2014. Bij de gezondheidscentra werken 25 huisartsen en zijn 35.675 patiënten ingeschreven. Vergeleken met de algemene bevolking zijn de patiënten relatief jong en hebben ze relatief vaak een niet-westerse migratieachtergrond.^{8,9} We excludeerden patiënten van wie geen routinegegevens beschikbaar waren, bijvoorbeeld omdat zij zorg meden of door de internist behandeld werden.

Algemene en geïndividualiseerde streefwaarden

De standaardwaarden voor de diabeteszorg zijn HbA1c ≤ 53 mmol/mol, systolische bloeddruk ≤ 140 mmHg en LDL-cholesterol ≤ 2,5 mmol/l.¹⁰ In de NHG-Standaard is de standaardwaarde voor HbA1c de streefwaarde voor mensen jonger dan 70 jaar en voor 70-plussers die alleen een leef-



Voor oudere diabetespatiënten heeft het zin de behandeldoelen minder streng te maken.

Foto: Margot Scheerder

stijladvies hebben gekregen of alleen metformine gebruiken. Voor 70-plussers die ook andere bloedglucoseverlagende medicatie gebruiken, is de individuele streefwaarde voor HbA1c ≤ 58 mmol/mol als ze korter dan tien jaar diabetes hebben en ≤ 64 mmol/mol als ze langer dan tien jaar diabetes hebben. De individuele streefwaarde voor de systolische bloeddruk is in de NHG-Standaard verhoogd naar ≤ 160 mmHg voor 80-plussers.⁶ De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement stelt dat de streefwaarde voor LDL-cholesterol ≤ 2,5 mmol/l alleen geldt bij een indicatie voor primaire of secundaire preventie.⁷ Wij gingen ervan uit dat deze streefwaarde bij primaire preventie alleen gold voor patiënten die al lipidenverlagende medicatie gebruikten (de indicatie daarvoor hebben we niet opnieuw getoetst) en voor patiënten die op basis van de risicotabel of risicoverhogende factoren in de hoogrisicogroep vielen. Een manifeste macrovasculaire complicatie is altijd een indicatie voor secundaire preventie.⁷

Statistische analyse

We bepaalden het percentage patiënten dat de standaardwaarden haalde en vervolgens het percentage dat de individuele streefwaarden haalde. Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 20.0.

RESULTATEN

We includeerden 890 patiënten, 54,7% was man en de gemiddelde leeftijd was 62,7 jaar. Voor wat betreft HbA1c haalden

482 van hen (54,2%) de standaardwaarde van ≤ 53 mmol/mol en 517 (58,1%) de individuele streefwaarde. Voor systolische bloeddruk haalden 651 patiënten (73,1%) de standaardwaarde van ≤ 140 mmHg en 687 (77,2%) de individuele streefwaar-

WAT IS NIEUW?

- Aanpassing van het behandeldoel voor HbA1c bij 70-plussers die metformine plus een andere bloedglucoseverlager gebruiken, verhoogt het aantal goed ingestelde patiënten in die groep met ruim een kwart.
- Een hogere streefwaarde voor de systolische bloeddruk bij 80-plussers leidt ertoe dat overbehandeling bij bijna de helft van deze patiënten kan worden voorkomen.
- Als benchmark zijn individuele streefwaarden vooral bij oudere diabetespatiënten een beter kwaliteitscriterium dan standaardwaarden.

WAT IS BEKEND?

- Niet alle mensen met diabetes mellitus type 2 profiteren van een scherpe instelling conform de standaardwaarden voor HbA1c, systolische bloeddruk en LDL-cholesterol.
- De NHG-Standaarden adviseren aangepaste streefwaarden voor met name oudere patiënten, omdat zij gebaat zijn bij een minder intensieve behandeling.

Tabel

Aantal diabetespatiënten dat de individuele streefwaarden haalt (n = 890)

Aantal behandeldoelen*	HbA1c	SBD	LDL	Aantal patiënten
3	✗	✗	✗	283 [31,8%]
2	✗	✗	○	116 [13,0%]
2	○	✗	✗	196 [22,0%]
2	✗	○	✗	74 [8,3%]
1	✗	○	○	44 [4,9%]
1	○	✗	○	92 [10,3%]
1	○	○		51 [5,7%]
0	○	○	○	34 [3,8%]
	517 [58,1%]	687 [77,2%]	604 [67,9%]	

* Individuele doelen bepaald op basis van de NHG-Standaarden in afwijking van de standaardwaarden. ✗ = behaald; ○ = niet behaald. LDL = low density lipoprotein; SBD = systolische bloeddruk

de. Voor LDL-cholesterol haalden er 558 (62,7%) de standaardwaarde van ≤ 2,5 mmol/l en 604 (67,9%) de individuele streefwaarde.

De standaardwaarden werden op alle drie de behandeldoelen behaald door 221 deelnemers (24,8%), op twee van de drie door 402 deelnemers (45,2%), op één van de drie door 224 deelnemers (25,2%), en 43 patiënten (4,8%) haalden op geen enkel doel de standaardwaarde. Bij de individuele streefwaarden waren dit er respectievelijk 283 (31,8%), 386 (43,4%), 187 (21%) en 34 (3,8%) [tabel].

De individuele benadering die de NHG-Standaarden bepleiten, doet het percentage patiënten met goede glykemische controle 3,9% toenemen ten opzichte van de *one size fits*

De individualisering die de NHG-Standaarden bepleiten, is makkelijk toepasbaar

all-benadering. Binnen de leeftijdsgroep waarvoor de individuele aanpassingen bedoeld zijn, is het verschil echter 27,3%: van de 70-plussers die naast metformine ook een andere bloedglucoseverlager gebruiken, heeft 39,1% goede glykemische controle volgens de standaardwaarden en 66,4% volgens de individuele streefwaarden. Ook bij systolische bloeddruk is het verschil groot: het percentage dat wel de streefwaarde maar niet de standaardwaarde haalde, was 4,0% van alle patiënten, maar 45,6% van de 80-plussers. Aansluiten bij de criteria voor statinegebruik en LDL-streef-

waarde uit de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement leidde ertoe dat voor 46 extra patiënten (5,2%) het behandeldoel LDL-cholesterol ≤ 2,5 mmol/l verviel en dus ook de indicatie voor primaire of secundaire preventie.

BESCHOUWING

De NHG-Standaarden geven aan dat het met name voor oudere diabetespatiënten zin heeft de behandeldoelen minder streng te maken. Als men de standaardwaarden bij hen vervangt door individuele streefwaarden, gelden logischerwijs meer patiënten als ‘goed ingesteld’. Op het totaal aantal diabetespatiënten lijkt het verschil niet groot, maar binnen de groepen ouderen voor wie de NHG-aanbevelingen gelden, is het aanzienlijk.

In de groep 70-plussers die naast metformine ook andere bloedglucoseverlagers gebruiken, stijgt het aantal patiënten met goede glykemische controle met ruim een kwart. We weten niet of huisartsen en praktijkondersteuners bij deze mensen inderdaad de aanbevelingen volgen en individuele streefwaardes hanteren. Het is te hopen dat zij geen intensievere medicamenteuze behandeling krijgen om striktere bloedglucosewaarden te bereiken, want juist zij hebben daar eerder nadeel dan voordeel van in de vorm van hypoglykemieën. Hetzelfde geldt voor het behandelen van de systolische bloeddruk bij 80-plussers: voor hen heeft een bloeddruk ≤ 140 mmHg waarschijnlijk meer nadelen dan voordelen. Past men voor deze patiënten de streefwaarde aan, dan stijgt het percentage dat dit behandeldoel haalt met meer dan 40%. De hier genoemde percentages verschillen uiteraard per populatie. Onze deelnemers waren relatief jong, in een oudere patiëntenpopulatie zullen de minder strikte behandeldoelen

voor meer mensen gelden en zal het aantal mensen dat wel de individuele streefwaarde maar niet de standaardwaarde haalt nog groter zijn. De individualisering die de NHG-Standaarden bepleiten, is makkelijk toepasbaar. De richtlijnen van bijvoorbeeld de American Diabetes Association en de European Association for the Study of Diabetes nemen bij het individualiseren van de hyperglykemiebehandeling meer factoren in aanmerking dan de NHG-Standaarden doen, zoals levensverwachting en de aanwezigheid van complicaties, maar noemen geen concrete afkappunten.^{11,12} De NHG-Standaarden noemen slechts een beperkt aantal factoren bij het individualiseren van de

Andere richtlijnen nemen meer factoren in aanmerking, maar noemen geen concrete afkappunten

HbA1c-streefwaarde, maar die staan niet op zichzelf: leeftijd hangt samen met levensverwachting en comorbiditeit, medicatiegebruik met de glykemische controle en diabetesduur met de aanwezigheid van micro- en macrovasculaire complicaties. Wel is het belangrijk om altijd ook de andere factoren in het achterhoofd te houden, zoals risico op hypoglykemie, steun van naasten en voorkeuren van de patiënt zelf. Daarmee bereiken we een persoonsgerichte behandeling Toepassing van de adviezen uit de NHG-Standaarden kan veel patiënten de nadelige effecten van overbehandeling besparen en maakt bovendien het voorschrijfgedrag zorgvuldiger en persoonsgerichter. Dit is belangrijk, want er zijn sterke aanwijzingen dat veel oudere diabetespatiënten worden overbehandeld terwijl medicatie in deze groep zelden wordt afgebouwd.¹³

CONCLUSIE

Beter afwegen van de voor- en nadelen van een behandeling kan leiden tot een betere kwaliteit van leven. Ook de ‘cijfers’ die zorggroepen en zorgverzekeraars jaarlijks verzamelen en beoordelen, krijgen er een ander aanzien door. Het is ongewenst zorggroepen of artsen af te rekenen op een onwrikbaar criterium zoals het percentage patiënten dat een HbA1c ≤ 53 mmol/mol haalt. Als alle huisartsinformatiesystemen de geïndividualiseerde streefwaarden voor HbA1c, bloeddruk en LDL-cholesterol zouden vastleggen en bij het benchmarken niet het gemiddelde zouden beschrijven, maar het percentage patiënten dat hun behandeldoel haalt, dan zouden huisartsen en praktijkondersteuners de *one size fits all*-benadering snel af kunnen schaffen. ■



Het is ongewenst zorggroepen of artsen af te rekenen op een onwrikbaar criterium. Foto: Margot Scheerder

LITERATUUR

1. Cleveringa FG, Gorter KJ, Van den Donk M, Rutten GE. Combined task delegation, computerized decision support, and feedback improve cardiovascular risk for type 2 diabetic patients: a cluster randomized trial in primary care. Diabetes Care 2008;31:2273-5.
2. Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT, Buse JB, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358:2545-59.
3. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward M, Marre M, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med 2008;358:2560-72.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Boels AM, Vos RC, Rutten GE, Hart HE. Zorg op maat voor diabetes mellitus type 2. Huisarts Wet 2018;61(1):16-9. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde: A.M. Boels, huisarts-onderzoeker; dr. R.C. Vos, epidemioloog-onderzoeker; prof.dr. G.E.H.M. Rutten, hoogleraar Diabetologie in de eerste lijn; dr. H.E. Hart, kaderhuisarts diabetes [tevens Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra] Correspondentie: a.m.boels-2@umcutrecht.nl Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een vertaling van: Boels AM, Hart HE, Rutten GE, Vos RC. Personalised treatment targets in type 2 diabetes patients: The Dutch approach. Prim Care Diabetes 2017;11:71-7. Publicatie gebeurt met toestemming.

Cognitieve achteruitgang bij oudere migranten

Juliette Parlevliet, Özgül Uysal-Bozkir, Miriam Goudsmit, Jos van Campen, Rob Kok, Gerben ter Riet, Ben Schmand, Sophia de Rooij

- Inleiding

Method

Resultaten

Conclusie
- In westerse landen is 5,4 tot 6,4% van de 60-plussers zonder migratieachtergrond dement, maar er zijn aanwijzingen dat dementie relatief vaker voorkomt bij mensen met een migratieachtergrond. Wij onderzochten de prevalentie van milde cognitieve achteruitgang (MCI) en dementie bij thuiswonende niet-westerse migranten van 55 jaar en ouder in Nederland.

Via huisartsenpraktijken in zeven Nederlandse steden benaderden we tussen 2010 en 2013 oudere patiënten met een Turkse, Marokkaans-Arabische, Marokkaans-Berberse, Surinaams-Creoolse, Surinaams-Hindoestaanse of Nederlandse achtergrond. Van degenen die toestemden beoordeelden we de cognitie met behulp van de Cross-culturele Dementiescreening (CCD), een test die geschikt is voor laagopgeleiden met verschillende taalachtergronden.

Van de 7218 benaderde ouderen stemden er 2254 (31,2%) in met deelname. Hun gemiddelde leeftijd was 65 jaar (SD 7,5) en 44,4% was man. De prevalenties van MCI en dementie waren respectievelijk 18,5 en 14,8% bij Turkse, 18,5 en 12,2% bij Marokkaans-Arabische, 14,2 en 11,3% bij Marokkaans-Berberse en 16,8 en 12,6% bij Surinaams-Hindoestaanse deelnemers versus 7,3 en 4,0% bij Surinaams-Creoolse en 3,7 en 3,5% bij autochtone Nederlanders. Dit verschil was statistisch significant.

MCI en dementie komen bij vier grote niet-westerse migrantengroepen twee- tot viermaal zo vaak voor als in de autochtone bevolking. Dit gegeven is belangrijk voor snelle diagnostiek en verbetering van de zorg aan ouderen met een niet-westerse migratieachtergrond én hun mantelzorgers.

INLEIDING

Met de vergrijzing stijgt de prevalentie van leeftijdgebonden aandoeningen zoals lichte cognitieve achteruitgang (mild cognitive impairment, MCI) en dementie. Geheugenstoornissen zijn meestal de eerste verschijnselen van MCI en van degenen die het betreft wordt jaarlijks 10 tot 15% dement.¹ Voor een juist beeld van dementie is dus ook de prevalentie van MCI van belang. In westerse landen is de prevalentie van dementie onder 60-plussers zonder migratieachtergrond 5,4 tot 6,4%. In de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk komen MCI en dementie relatief vaker voor bij mensen met een Afrikaanse of Caribische achtergrond,^{2,3} in Denemarken bleek dementie bij 60-plussers met een Turkse achtergrond tweemaal zo prevalent als bij autochtone 60-plussers (13,5 versus 7,0%).⁴ In Nederland heeft 65% van de niet-westerse bevolking een Turkse, Marokkaanse of Surinaamse achtergrond. In 2014 vormden zij 4,7% van de 55-plussers in Nederland; in de vier grootste steden zal dit percentage tussen nu en 2040 meer dan verdrievoudigen.⁵ De prevalentie van MCI en dementie in deze groepen is niet bekend, maar wel belangrijk. Als zorg-

verleners weten dat de kans op MCI of dementie verhoogd is, zullen ze eerder geneigd zijn om bij vage cognitieve klachten diagnostiek in te zetten en passende zorg in te schakelen. Beleidsmakers kunnen beter zicht krijgen op de ‘dementiedruk’ in deze specifieke groepen. Wij onderzochten de prevalentie van MCI en dementie bij thuiswonende Turkse, Marokkaanse en Surinaamse ouderen in Nederland.

METHODE

Deelnemers

Systematic Memory testing Beholding Other Languages (SYMBOL) was een transversaal onderzoek, uitgevoerd tussen 2010 en 2013.⁶ Via huisartsenpraktijken in zeven Nederlandse steden nodigden we zelfstandig wonende Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en autochtone Nederlandse volwassenen (≥ 55 jaar) uit voor deelname. Na de uitnodigingsbrief namens huisarts en onderzoeksteam volgde een telefonische uitnodiging door getrainde tweetalige en biculturele interviewers zodat potentiële deelnemers hun voorkeurstaal konden ge-

bruiken: Turks, Marokkaans-Arabisch, Marokkaans-Berbers, Surinaams-Creools, Surinaams-Hindoestaans of Nederlands. Bij het informed consent vroegen we of we een naaste mochten benaderen om meer informatie over de cognitie van de deelnemer te verzamelen. Exclusie criterium was een ernstige zintuiglijke beperking zoals slechthorendheid of slechte visus.

Gegevensverzameling

Deelnemers ondergingen een comprehensive geriatric assessment (CGA); het uitgebreid geriatriesch onderzoek is elders beschreven.⁶ We deelden deelnemers in naar geboorteland en voorkeurstaal (Turks, Marokkaans-Arabisch, Marokkaans-Berbers, Surinaams-Creools, Surinaams-Hindoestaans, Nederlands), opleiding en sociaal-economische status (SES). We vroegen de deelnemers de eigen cognitie te beoordelen aan de hand van de zesde vraag van de EuroQuol-5D+C (geen, enige of ernstige problemen). Vervolgens onderzochten we het cognitief functioneren met de Cross-culturele Dementiescreening (CCD), een tweedelijns neuropsychologische screeningstest met drie subtests (geheugen, mentaal tempo en executief functioneren). De CCD werkt met digitale geluids instructies in de taal van de deelnemer en kan worden afgenomen ongeacht culturele achtergrond, alfabetisering en opleiding. Verschillen in opleiding en cultuur beïnvloeden de CCD licht tot matig; de test-hertestbetrouwbaarheid is goed (Pearson-correlatiecoëfficiënt 0,79-0,93). In een validatieonderzoek met 54 demente patiënten en 54 gematchte controlepersonen kon de test dementie goed detecteren.⁷

Als een deelnemer op de CCD onder de afkapwaarde scoorde, vroegen we een naaste de korte versie van de Informant Questionnaire on COgnitive Decline in the Elderly (IQCODE-sf) te beantwoorden. Deze vragenlijst vergelijkt het cognitieve functioneren van de deelnemer van nu met tien jaar geleden.⁸ Bij een vermoeden op dementie adviseerden we de huisarts aanvullende cognitieve en stemmingsdiagnostiek te laten doen en passende zorg in te schakelen.

Uitkomstmaten

MCI definieerden we als een combinatie van subjectieve geheugenproblemen (enige of ernstige problemen op de EQ-5D+C) en een score lager dan het tiende percentiel op één van de CCD-subtests, in afwezigheid van dementie. Dementie definieerden we als een score op de CCD lager dan de score waarbij in het validatieonderzoek de kans op dementie 80% was gebleken. Bij deze afkapwaarde had de CCD een sensitiviteit van 76% en een specificiteit van 94% voor het adequaat vaststellen van dementie.

Analyse

We zetten de logistisch gemodelleerde prevalenties af tegen de leeftijd en voerden twee sensitiviteitsanalyses uit waarin we via inverse probability weighting probeerden te corrigeren voor mogelijke selectieve non-respons en voor misclassificatie door imperfecte sensitiviteit en specificiteit (log-item commando STATA). Alle analyses werden uitgevoerd met SPSS 20.0 en STATA 13.1.

WAT IS NIEUW?

- MCI komt bij Nederlanders met een Turkse, Marokkaanse of Surinaams-Hindoestaanse achtergrond twee tot vier keer zo vaak voor als bij autochtone Nederlanders.
- Dementie komt bij Nederlanders met een Turkse, Marokkaanse of Surinaams-Hindoestaanse achtergrond drie tot vier keer zo vaak voor als bij autochtone Nederlanders.
- MCI en dementie komen bij Nederlanders met een Surinaams-Creoolse achtergrond niet veel vaker voor dan bij autochtone Nederlanders.

WAT IS BEKEND?

- Jaarlijks krijgt 10 tot 15% van de patiënten met milde cognitieve achteruitgang (MCI) dementie.
- De prevalentie van MCI en dementie onder niet-westerse migranten in Europa is nooit goed onderzocht.
- De grootste groepen niet-westerse immigranten in Nederland hebben een Turkse, Marokkaanse [Arabisch of Berbers] of Surinaamse [Creools of Hindoestaans] achtergrond.
- Niet-westerse migranten hebben in het algemeen een lagere opleiding en sociaal-economische status [SES], en vaker risicofactoren zoals een cardiovasculaire ziekte of psychiatrische aandoening.

RESULTATEN

We benaderden 7218 Nederlandse 55-plussers met een Turkse, Marokkaanse, Surinaamse en autochtone achtergrond; 2254 van hen (31,2%) stemden in met deelname. Per subgroep verschilde de respons van 14,5% (Marokkaanse achtergrond) tot 81,4% (Surinaams-Hindoestaanse achtergrond). Van de deelnemers was 44,4% man en de gemiddelde leeftijd was 65,0 jaar (SD 7,5). De verschillen tussen de subgroepen in leeftijd, geslacht, opleiding en SES waren significant. [Online tabel 1] toont de kenmerken. [Online tabel 2] toont de prevalenties van MCI en dementie in de zes subgroepen, per

Niet-westerse migranten hebben meer risicofactoren voor dementie

leeftijdscategorie van tien jaar. De Turkse, Marokkaanse en Surinaams-Creoolse subgroepen telden te weinig deelnemers van 85 jaar en ouder om een prevalentie te kunnen bepalen. Alle verschillen tussen de subgroepen in prevalentie van zowel MCI als dementie waren significant (p < 0,001). De [figuur] laat zien hoe de prevalentie van dementie zich ontwikkelt binnen de zes subgroepen. Omdat de leeftijdscategorie 75-84 jaar maar achttien Marokkaans-Arabische en zestien Marokkaans-Berberse deelnemers telde, hebben we



Bij migranten komen milde cognitieve achteruitgang en dementie vaker voor dan bij de gemiddelde Nederlander. Foto: Margot Scheerder

deze twee subgroepen samen genomen. In de jongste leeftijdscategorie was de prevalentie van dementie het hoogst (> 7,5%) onder Hindoestaanse en Turkse deelnemers. Voor 36 deelnemers met MCI (18,5%) en 50 deelnemers met dementie (23,8%) beantwoordde een naaste de IQCODE-sf. Bij 25 deelnemers met MCI (69,4%) en 26 deelnemers met dementie (52,8%) kwam deze ‘heteroanamnese’ overeen met het testresultaat.

Dementie wordt bij migranten vaak ondergediagnosticeerd

De sensitiviteitsanalyses lieten zien dat selectieve deelname vooral aan de orde was bij de Marokkaanse deelnemers; toen wij hiervoor corrigeerden, nam de prevalentie van dementie in de gehele onderzoekspopulatie toe van 9,3 naar 10,4%. Correctie voor misclassificatie veranderde de uitkomsten nauwelijks.

BESCHOUWING

Onze uitkomsten suggereren dat de prevalentie van MCI bij Nederlanders met een Turkse, Marokkaans-Arabische en Surinaams-Hindoestaanse achtergrond ongeveer viermaal hoger is dan bij autochtone Nederlanders, en de prevalentie van dementie drie- tot viermaal hoger. In de Surinaams-Creoolse taalgroep is de prevalentie van dementie vergelijkbaar met die bij autochtonen. Onze uitkomsten stroken met een eerder onderzoek waarin voor autochtone Nederlanders vergelijkbare prevalentiecijfers werden gevonden,⁹ en met onderzoeken waarin de prevalentie van dementie bij immigranten meer

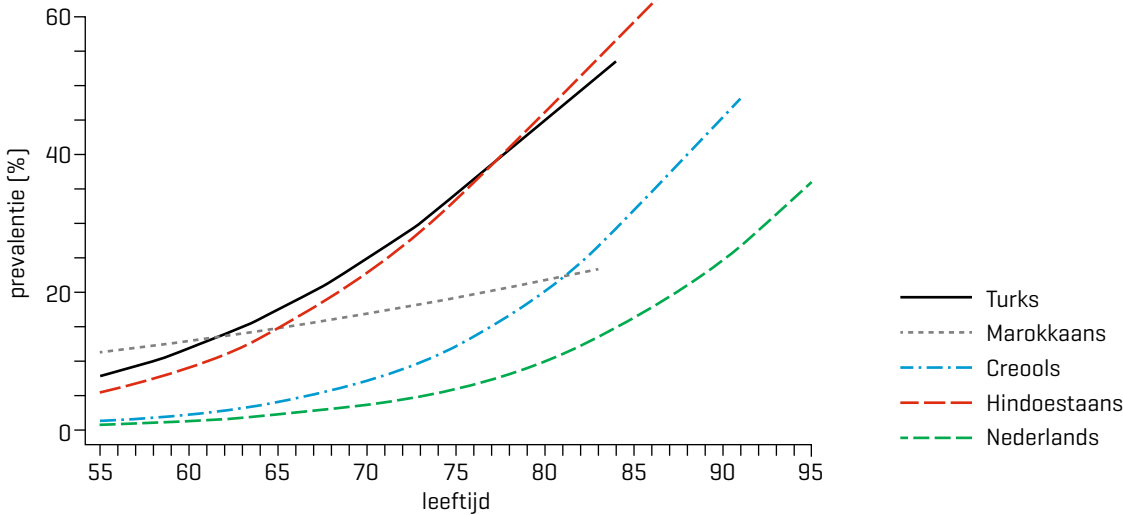
dan tweemaal zo hoog bleek als in de autochtone bevolking.²⁻⁴ In eerder onderzoek was misclassificatie door verschillen in cultuur, taal of opleiding vrij gebruikelijk. De CCD verkleint die kans aanmerkelijk.¹⁰ In de herkomstlanden van onze deelnemers is weinig onderzoek naar dementie verricht.¹¹ In Turkije is in Istanbul een prevalentie gevonden van 20% bij relatief goed opgeleide 70-plussers, en in de steden Izmir en Eskişehir prevalenties van 22,9% bij 65-plussers en 8,4% bij 55-plussers.¹² In Nederland vonden we bij Turkse deelnemers prevalenties van 18,7% in de leeftijd 65-74 jaar en 10,1% in de leeftijd 55-64 jaar.

In hypothesen over de hoge prevalentie van dementie bij migranten krijgen vooral sociaal-economische factoren veel nadruk: minder opleidingsjaren en lagere SES.¹³ Mogelijk speelt ook de hogere prevalentie van vasculaire risicofactoren en psychiatrische aandoeningen een rol.^{14,15}

Sterke en zwakke punten

De belangrijkste beperking van ons onderzoek is dat we geen gouden standaard gebruikt hebben – klinische diagnose door een arts. Ook was voor relatief weinig deelnemers een IQCODE-sf beschikbaar. Het is goed mogelijk dat de familie minder geneigd was om cognitieve achteruitgang te melden omdat zij vond dat dit nu eenmaal bij de ouderdom hoort, of vanwege een taalbarrière of onbekendheid met wetenschappelijk onderzoek.⁶ De sensitiviteitsanalyse waarin we corrigeerden voor mogelijk foutpositieve diagnoses leverde echter nauwelijks andere prevalenties op.

Een andere beperkende factor is de matige respons van 31,2%, die bovendien sterk verschilde per subgroep. Onze onderzoekspopulatie is daardoor misschien niet helemaal representatief. We hebben geprobeerd met sensitiviteitsanalyses te



Figuur Prevalentie van dementie en leeftijd in vijf taalgroepen

De beide Marokkaanse subgroepen zijn afgebeeld op één lijn omdat er in de leeftijdscategorie 75-84 jaar slechts 18 Marokkaans-Arabisch en 16 Marokkaans-Berberse deelnemers waren.

corrigeren voor eventuele selectie in leeftijd, geslacht, SES en etniciteit. Mensen met een Turkse of Marokkaanse migratieachtergrond staan erom bekend dat ze moeilijk te includeren zijn in onderzoek, en een cultuur van schaamte rond dementie kan hun bereidheid tot deelname nog geringer hebben gemaakt. De vertekening die daardoor ontstaat kan ervoor zorgen dat we de feitelijke prevalentie van dementie in deze subgroepen wellicht nog hebben onderschat. Aan de andere kant leverde onze rekrutering via de huisarts toch een relatief grote respons op.⁶

CONCLUSIE

Het besef dat de prevalentie van MCI en dementie bij Nederlanders met een migratieachtergrond veel hoger is dan het Nederlandse gemiddelde zorgt er hopelijk voor dat huisartsen alerter worden op patiënten met cognitieve klachten en sneller diagnostiek inzetten als ze vermoeden dat een patiënt cognitieve klachten heeft. De hoge prevalenties onderstrepen ook het belang van leefstijlcampagnes en op maat gemaakte cultuurspecifieke voorzieningen om deze patiënten én hun mantelzorgers beter te kunnen voorlichten en begeleiden.

DANKBETUIGING

Veel werk is verzet door de onderzoeksassistenten Wing-Sam Cheung, Isabella Makkinje, Sietske Scheers, Adrie van Haastrecht, Marije de Hen, Marloes Vleeschhouwer, Mirjam Capetti en Ikram Mizab. Het Fonds Achterstandswijken in Utrecht, Den Haag en Rotterdam heeft geholpen huisartsen te vinden die wilden meedoen aan het onderzoek. ■

LITERATUUR

1. Petersen RC, Roberts RO, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik RJ, et al. Mild cognitive impairment: ten years later. Arch Neurol 2009;66:1447-55.

2. Adelman S, Blanchard M, Rait G, Leavey G, Livingston G. Prevalence of dementia in African-Caribbean compared with UK-born White older people: two-stage cross-sectional study. Br J Psychiatry 2011;199:119-25.
3. Katz MJ, Lipton RB, Hall CB, Zimmerman ME, Sanders AE, Verghese J, et al. Age-specific and sex-specific prevalence and incidence of mild cognitive impairment, dementia, and Alzheimer dementia in blacks and whites: a report from the Einstein Aging Study. Alzheimer Dis Assoc Disord 2012;26:335-43

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Parlevliet JL, Uysal-Bozkir Ö, Goudsmit M, Van Campen JP, Kok RM, Ter Riet G, Schmand B, De Rooij SE. Cognitieve achteruitgang bij oudere migranten. Huisarts Wet 2018;61(1):20-5. Academisch Medisch Centrum, onderafdeling Ouderengeneeskunde/geriatrie, Amsterdam: dr. J.L. Parlevliet, klinisch geriater; dr. Ö. Uysal-Bozkir, neuropsycholoog en post-doc onderzoeker; prof. dr. S.E.J.A. de Rooij, hoogleraar Inwendige geneeskunde [tevens Universitair Centrum voor Ouderengeneeskunde, Groningen]; afdeling Huisarts-geneeskunde: dr. G. ter Riet, arts-epidemioloog; afdeling Medische psychologie: prof. dr. B.A. Schmand, emeritus hoogleraar Klinische neuropsychologie. Medisch Centrum Slotervaart, afdeling Medische psychologie/ziekenhuispsychiatrie, Amsterdam: M. Goudsmit, GZ-psycholoog; afdeling Klinische geriatrie: J.P.C.M. van Campen, klinisch geriater. Parnassia, Den Haag: dr. R.M. Kok, psychiater
Correspondentie: j.l.parlevliet@amc.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: JP, MG, JC en BS zijn auteurs van de Cross-culturele Dementiescreening (CCD). Het SYMBOL-onderzoek werd financieel ondersteund door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars [onderzoeksbeurs 1433]. Het deel van het onderzoek dat in Den Haag plaatsvond, werd gedeeltelijk ondersteund door het innovatiefonds van Stichting Transmuraal.

Dit artikel is een vertaling van: Parlevliet JL, Uysal-Bozkir Ö, Goudsmit M, Van Campen JP, Kok RM, Ter Riet G, Schmand B, De Rooij SE. Prevalence of mild cognitive impairment and dementia in older non-western immigrants in the Netherlands: a cross-sectional study. Int J Geriatr Psychiatry 2016;31:1040-9. Publicatie gebeurt met toestemming.

Betere kennis en attitude huisartsen over soa's door online nascholing

Linda Bos-Bonnie, Jan van Bergen, Ellen te Pas, Michael Kijser, Nynke van Dijk

- Inleiding

Huisartsen spelen een belangrijke rol bij de preventie en behandeling van seksueel overdraagbare aandoeningen [soa's]. Veel zorgverleners vinden het moeilijk om met hun patiënten over soa's te praten. Nascholingsprogramma's over soa's kunnen hen daarbij helpen. Met een prospectief cohortonderzoek hebben we onderzocht wat het effect is van het individuele en online nascholingsprogramma [e-PIN] 'Het soa-consult' op de kennis, de attitude en het gedrag van huisartsen en aios ten aanzien van soa's.
- Methode

In totaal hebben 2203 deelnemers de e-PIN afgerond; 249 hebben ook de evaluatievragenlijst ingevuld.
- Resultaten

De gerapporteerde kennis en attitude van deelnemers verbeterden. Deze verbetering was ook twee jaar na het afronden van de e-PIN nog aanwezig. In totaal hebben de deelnemende huisartsen en aios na het afronden van de e-PIN 261 voorgenomen veranderingen voor de praktijk geformuleerd. Deze hadden vooral betrekking op de seksuele anamnese, het aanvullend onderzoek en de behandeling van soa's. Van de voorgenomen veranderingen hebben ze 97,2% geheel of gedeeltelijk in de praktijk doorgevoerd. Ook hebben ze 180 niet-voorgenomen veranderingen in de praktijk doorgevoerd. Deze veranderingen hadden vooral betrekking op de attitude ten aanzien van soa's en werkomstandigheden rondom het soa-consult.
- Conclusie

De e-PIN 'Het soa-consult' lijkt een langdurig positief effect te hebben op de kennis, de attitude en het gedrag van huisartsen ten aanzien van soa's.

INLEIDING
Nederlandse huisartsen voeren per jaar 270.000 soa-consulten uit, wat neerkomt op 70% van het totale aantal soa-consulten.¹ De stijgende incidentie van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's), vraagt van huisartsen dat zij goede zorg kunnen bieden aan patiënten met een (risico op een) soa.²⁻⁴ Uit onderzoek blijkt echter dat zorgverleners zelden een complete seksuele anamnese afnemen bij hun patiënten, waardoor zij over onvoldoende informatie beschikken om patiënten adequaat te kunnen diagnosticeren, behandelen en voorlichten.⁵ Nascholingsprogramma's kunnen de kennis en het gedrag van huisartsen ten aanzien van soa's beïnvloeden.⁶ Naast de traditionele nascholingsprogramma's, zoals lezingen en workshops, is er de laatste jaren steeds meer aandacht voor online nascholingsprogramma's.⁷⁻¹¹ Het voordeel van dergelijke programma's is dat zij flexibel zijn in het gebruik. Onderzoek heeft laten zien dat e-learning-programma's een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de nascholing van huisartsen.¹² Online nascholingsprogramma's blijken tot een blijvende kennistoeename en verandering van gedrag te kunnen leiden.^{7,8} Over het

effect van online nascholingsprogramma's op de kennis en het gedrag ten aanzien van soa's is nog weinig bekend. Het doel van ons onderzoek is om het effect te evalueren van het individuele, online nascholingsprogramma (e-PIN) 'Het soa-consult' op de kennis, de attitude en het gedrag van huisartsen ten aanzien van soa's.

METHODE

Interventie
De e-PIN 'Het soa-consult' is ontwikkeld door het NHG, in samenwerking met Soa Aids Nederland en de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Academisch Medisch Centrum-Universiteit van Amsterdam. De inhoud van de e-PIN is gebaseerd op de NHG-Standaard Het soa-consult.¹³ De leerdoelen voor de e-PIN zijn geformuleerd aan de hand van het 'Competentieprofiel en eindtermen van de huisarts'.^{14,15} De e-PIN is sinds september 2013 vrij beschikbaar voor alle 12.500 Nederlandse huisartsen en aios huisartsgeneeskunde. Na afronding krijgen deelnemers twee nascholingspunten (twee uur).

- WAT IS NIEUW?

- Online nascholingsprogramma's kunnen de kennis, de attitude en het gedrag van huisartsen ten aanzien van soa's positief beïnvloeden.
 - Online nascholingsprogramma's kunnen bezwaren tegen het volgen van een nascholingsprogramma over soa's wegnemen.
- WAT IS BEKEND?

- Veel zorgverleners vinden het moeilijk om met hun patiënten over soa's te praten.
 - Nascholingsprogramma's kunnen de kennis en het gedrag van zorgverleners veranderen.
 - Online nascholingsprogramma's worden steeds populairder, maar het effect daarvan op de kennis en het gedrag van zorgverleners ten aanzien van soa's is niet bekend.

De e-PIN maakt gebruik van verschillende didactische methoden, zoals een quickscan-vragenlijst, video's van rolmodellen en de Commitment-to-Change (CtC)-methode.¹⁴ De CtC-methode vraagt deelnemers na het afronden van het nascholingsprogramma naar hun plannen voor een verandering van hun praktijkvoering naar aanleiding van het nascholingsprogramma. Doel hiervan is doorvoering van deze verandering in de praktijkvoering te stimuleren.¹⁶

Onderzoekspopulatie en gegevensverzameling
Voor de evaluatie van de e-PIN hebben we de gegevens van 2203 huisartsen (85,2%) en aios huisartsgeneeskunde (14,8%) gebruikt, die tussen september 2013 en september 2015 de e-PIN hebben afgerond. De gemiddelde leeftijd van deelnemers was 38,9 +/- 9,7 jaar en 66,4% van de deelnemers was vrouw. Van de deelnemers was 58,9% werkzaam in een middelgrote of grote stad. De quickscan, onderdeel van de e-PIN, bevatte elf vragen over de kennis en attitude ten aanzien van soa's. Na afronding van de e-PIN noteerden de deelnemers hun drie belangrijkste leerpunten en formuleerden ze wat zij aan hun gedrag in de praktijk wilden veranderen op basis van de e-PIN (CtC). In oktober 2015 ontvingen de deelnemers een evaluatievragenlijst met opnieuw de vragen uit de quickscan en de vraag of zij de voorgenomen veranderingen voor de praktijk hadden doorgevoerd. Deze vragenlijst werd ingevuld door 249 (11,4%) deelnemers.

Gegevensanalyse
Om het effect van de e-PIN op kennis en attitude te evalueren, vergeleken we de gemiddelde scores op de quickscan-vragenlijst voor en na het maken van de e-PIN en keken we of de tijdsduur sinds het maken van de e-PIN invloed had op de scores (> 1 versus < 1 jaar geleden). De leerpunten en de veranderingen voor de praktijk koppelden we aan de leerdoelen van de e-PIN.¹⁴ Een p-waarde van < 0,05 beschouwden we als statistisch significant.

RESULTATEN

Kennis en attitude ten aanzien van soa's
Na het afronden van de e-PIN meldden huisartsen dat zij vaker een seksuele anamnese afnamen bij patiënten die vragen hadden over soa's (gemiddeld verschil 0,10; 95%-BI 0,01 tot 0,19), dat zij zich competenter voelden in het soa-consult (0,10; 95%-BI 0,02 tot 0,18), dat zij beter op de hoogte waren van het soa-testadvies bij patiënten < 25 jaar (0,37; 95%-BI 0,22 tot 0,53), dat zij vaker dachten aan hiv-infecties bij patiënten met griepachtige verschijnselen (0,34; 95%-BI 0,22 tot 0,46) en dat zij vaker streefden naar een actief opsporingsbeleid voor hiv-infecties (0,22; 95%-BI 0,09 tot 0,35). Er waren geen verschillen tussen de scores van deelnemers die de e-PIN > 1 jaar geleden hadden gemaakt en die van deelnemers die de e-PIN < 1 jaar geleden hadden gemaakt.

Geformuleerde leerpunten direct na afronden van de e-PIN
In totaal formuleerden 193 deelnemers (8,8%) 601 leerpunten [tabel]. De drie meestgenoemde leerpunten waren:

- seksuele anamnese (28,1%)
- aanvullend onderzoek (27,5%)
- behandeling van soa's (17,5%)

Veranderingen in praktijkvoering
In totaal formuleerden 179 deelnemers (8,2%) 261 voornemens voor veranderingen in de praktijk. Naast de voorgenomen veranderingen hadden 114 deelnemers in totaal 180 andere, niet-voorgenomen veranderingen doorgevoerd in de praktijk. De inhoud van de meest doorgevoerde voorgenomen veranderingen (n = 261) betrof het uitvoeren van aanvullend onderzoek (42,5%), het afnemen van de seksuele anamnese (37,4%) en de behandeling van soa's (3,8%). De inhoud van de meest doorgevoerde niet-voorgenomen veranderingen (n = 180) betrof het afnemen van de seksuele

Na afronding van de e-PIN voerden deelnemers veranderingen door

anamnese (41,7%), het uitvoeren van aanvullend onderzoek (31,7%) en de werkomstandigheden van het soa-consult (9,4%). Een deelnemer beschreef veranderingen in de werkomstandigheden van het soa-consult bijvoorbeeld als: 'Ik doe het niet meer telefonisch af, maar ik wil patiënten met vragen over soa's op het spreekuur zien, want dan kan ik makkelijker de juiste vragen stellen.' Van de voorgenomen veranderingen werd 34,3% volledig doorgevoerd, 62,9% gedeeltelijk en 2,8% niet. Redenen om de voorgenomen veranderingen niet (geheel) door te voeren waren het vergeten van het voornemen, een beperkt aantal soa-consulten, tijdsdruk, schaamte of weerstand om over soa's te praten en de kosten van soa-onderzoek.

Tabel

Geformuleerde leerpunten, voorgenomen veranderingen en niet-voorgenomen veranderingen, weergegeven naar onderwerp

Competentiegebied	Onderwerp	Aantal geformuleerde leerpunten (n [% totaal])	Aantal voorgenomen veranderingen (n [% totaal])	Aantal niet-voorgenomen (maar wel uitgevoerde) veranderingen (n [% totaal])
1. Medisch handelen	Seksuele anamnese	169 [28,1%]	99 [37,9%]	75 [41,7%]
	Epidemiologie in werkregio	49 [8,2%]	3 [1,1%]	1 [0,6%]
	Lichamelijk onderzoek	4 [0,7%]	0 [0,0%]	1 [0,6%]
	Aanvullend onderzoek	165 [27,5%]	111 [42,5%]	57 [31,7%]
	Evaluatie voor diagnose	1 [0,2%]	0 [0,0%]	3 [,7%]
	Behandeling	106 [17,6%]	10 [3,8%]	5 [2,8%]
2. Communicatie		18 [3,0%]	6 [2,3%]	3 [1,7%]
	Communicatie met patiënt	18 [3,0%]	6 [2,3%]	2 [1,1%]
	Counseling voor soa-screening	0 [0,0%]	0 [0,0%]	1 [0,6%]
3. Samenwerken		8 [1,3%]	5 [1,9%]	2 [1,1%]
	Lokale werkafspraken	7 [1,2%]	0 [0,0%]	1 [0,6%]
	Verwijzen voor specialistische behandeling	0 [0,0%]	3 [1,1%]	0 [0,0%]
	Partnerwaarschuwing	1 [0,2%]	2 [0,8%]	1 [0,6%]
4. Organiseren		0 [0,0%]	7 [2,7%]	2 [1,1%]
	Inventariseren testmateriaal	0 [0,0%]	7 [2,7%]	2 [1,1%]
5. Maatschappelijk handelen		48 [8,0%]	10 [3,8%]	8 [4,4%]
	Seksuele voorlichting	9 [1,5%]	4 [1,5%]	5 [2,8%]
	Aanbieden van soa-tests	2 [0,3%]	0 [0,0%]	1 [0,6%]
	Bewustzijn van de impact van soa	0 [0,0%]	1 [0,4%]	0 [0,0%]
	Kostenbewust handelen	37 [6,2%]	5 [1,9%]	2 [1,1%]
6. Kennis en Wetenschap		22 [3,7%]	3 [1,1%]	3 [1,7%]
	Kenmerken soa-tests	22 [3,7%]	3 [1,1%]	3 [1,7%]
7. Professionaliteit		11 [1,8%]	1 [0,4%]	3 [1,7%]
	Attitude ten aanzien van seksualiteit en soa	0 [0,0%]	1 [0,4%]	1 [0,6%]
	Attitude ten aanzien van seksuele anamnese	6 [1,0%]	0 [0,0%]	2 [1,1%]
	Ethisch handelen	3 [0,5%]	0 [0,0%]	0 [0,0%]
	Betrokkenheid bij patiënt	2 [0,3%]	0 [0,0%]	0 [0,0%]
Overig		0 [0,0%]	6 [2,3%]	17 [9,4%]
	Veranderen van werksituatie van soa-consult	0 [0,0%]	4 [1,5%]	17 [9,4%]
	Bestuderen NHG-Standaard Het soa-consult	0 [0,0%]	2 [0,8%]	0 [0,0%]
Totaal		601	261	180

BESCHOUWING

Dit onderzoek laat zien dat de e-PIN Het soa-consult de gerapporteerde kennis, de attitude en het gedrag van huisartsen ten aanzien van soa's positief beïnvloedt. Na het afronden van de e-PIN voerden deelnemers zowel geplande als ongeplande veranderingen door in hun praktijk. Deze positieve invloed was twee jaar na het afronden van de e-PIN nog steeds aanwezig. Onze bevindingen ondersteunen eerdere bevindingen dat individuele en online vormen van nascholing de kennis en attitude van zorgverleners ten aanzien van soa's effectief kunnen verbeteren.^{6,8} Een individuele en online nascholing kan een drempel wegnemen om een nascholingscursus over soa's te volgen.¹⁷⁻¹⁹ Hierdoor verbeteren de kennis, de attitude en het gedrag van zorgverleners ten aanzien van soa. We hebben het onderzoek uitgevoerd in een populatie

van meer dan tweeduizend huisartsen en er was een lange follow-upperiode. Een mogelijke beperking van ons onderzoek betreft het gebruik van zelfrapportage, waarbij er een kans is dat deelnemers sociaal-wenselijke antwoorden geven. Ook was de respons op de evaluatievragenlijst laag, wat kan leiden tot een overschatting van de onderzoeksresultaten. De deelnemers die hebben gereageerd op de evaluatievragenlijst vormden echter een goede afspiegeling van de originele onderzoekspopulatie en de populatie huisartsen en aios in Nederland. Wij verwachten daarom dat de resultaten representatief zijn voor huisartsen en aios in Nederland. De generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten naar huisartsen in het buitenland is wellicht beperkter. Mogelijk hadden de deelnemende huisartsen en aios al een voorkeur voor het gebruik van online nascholingsprogramma's. In dat geval kan er sprake zijn van een overschatting van de



Nascholingsprogramma's over soa's kunnen zorgverleners helpen om gemakkelijker met hun patiënten over soa's te praten.

Foto: iStock

resultaten, omdat eerder onderzoek heeft aangetoond dat huisartsen die gemotiveerd zijn tot het gebruik van online nascholingsprogramma's ook een verbetering van hun kennis laten zien.²⁰ Omdat we geen controlegroep hebben, weten we niet of we de effecten volledig kunnen toeschrijven aan de e-PIN of (deels) ook aan bijvoorbeeld andere nascholingscursussen. De verschillen in de resultaten op de quickscan-vragenlijst zijn klein. Dit kunnen we verklaren doordat we een vierpuntslikertschaal hebben gebruikt en doordat de scores op de vragenlijst voor het afronden van de e-PIN al hoog waren.

Zorgverleners nemen zelden een complete seksuele anamnese af bij hun patiënten

CONCLUSIE EN IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

Wanneer huisartsen e-PINs en andere vormen van online nascholingen opnemen in een persoonlijk ontwikkelplan en na afloop van het online nascholingsprogramma actieve voor-nemens voor verandering van de praktijkvoering formuleren, kan de zorg voor patiënten verbeteren. Dit onderzoek suggereert dat het volgen van een individueel en online nascholingsprogramma een langdurig positief effect heeft op de kennis, de attitude en het gedrag van zorgverle-ners, speciaal ten aanzien van soa's. Doordat huisartsen een individueel en online nascholingsprogramma in de eigen omgeving kunnen maken en in een eigen tempo kunnen afronden, wordt mogelijk een barrière voor het volgen van een training over soa's weggenomen. ■

LITERATUUR

1. Van den Broek IVF, Verheij RA, Van Dijk CE, Koedijk FDH, Van der Sande MAB, Van Bergen JEAM. Trends in sexually transmit-ted infections in the Netherlands, combining surveillance data from general practices and sexually transmitted infection centers. BMC Fam Pract 2010;11:1-8.
2. Trienekens SCM, Koedijk FDH, Van den Broek IVF, Vriend HJ, Op de Coul ELM, Van Veen MG, et al. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2011. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment, 2012.
3. World Health Organization. Sexually Transmitted Infections (STIs); Fact sheet no 110. 2015 [updated December 2015]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Bos-Bonnie LHA, Van Bergen JEAM, Te Pas E, Kijser MA, Van Dijk N. Betere kennis en attitude huisartsen over soa's door online nascholing. Huisarts Wet 2018;61[1]:26-9.

Academisch Medisch Centrum-Universiteit van Amsterdam, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: L.H.A. Bos-Bonnie, arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker [aiotho]; J.E.A.M. van Bergen, bijzonder hoogleraar hiv en soa in de eerste lijn; prof. dr. N. van Dijk, hoogleraar medisch onderwijs en opleiding. Academisch Medisch Centrum-Uni-versiteit van Amsterdam, Afdeling Onderwijsondersteuning, Amster-dam: E. te Pas, onderwijsdeskundige. Nederlands Huisartsen Genoot-schap, Utrecht: M.A. Kijser, huisarts, wetenschappelijk medewerker. Correspondentie: l.h.bonnie@amc.uva.nl Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van: Bos-Bonnie LHA, Van Bergen JEAM, Te Pas E, Kijser MA, Van Dijk N. Effectiveness of an individual, online e-learning program about sexually transmitted infections: a prospective cohort study. BMC Family Practice 2017;18:57.

De (on)zin van screening op kindermishandeling

Maartje Schouten, Elise van de Putte

Kindermishandeling is een omvangrijk probleem, dat huisartsen op huisartsenposten vaak niet herkennen. Vroegtijdige signalering is echter belangrijk en daarom heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 2011 besloten om het gebruik van een signaleringsinstrument voor kindermishandeling op huisartsenposten verplicht te stellen. Ons onderzoek op huisartsenposten laat zien dat de diagnostische waarde van het signaleringsinstrument SPUTOVAMO-R2 voor kindermishandeling zeer beperkt is. Wanneer de uitkomst positief is voor een vermoeden van kindermishandeling, kan dit maar bij 8% van de gevallen worden bevestigd. Tevens mist het instrument gevallen van kindermishandeling: het spoort maar twee van de honderd kinderen op die mishandeld worden. Een melding bij Veilig Thuis (VT) beschouwt men als gouden standaard omdat die uitkomst voor zowel positief als negatief gescreenden voorhanden is. De klinische standaard voor het vaststellen van kindermishandeling is het multidisciplinaire overleg. Deze uitkomst kon alleen bij de positieven bepaald worden en was bij 22% positief. Het instrument SPUTOVAMO kan helpen artsen bewuster te maken van de mogelijkheid van kindermishandeling, maar is niet geschikt als diagnostisch instrument.



Letselspecifieke diagnostische tests zijn geschikter om kindermishandeling op te sporen dan generieke instrumenten.

Foto: Margot Scheerder

verplicht nadat was gebleken dat medici kindermishandeling nog vaak missen. Het is onduidelijk of deze maatregelen van de IGZ ook hebben geleid tot betere herkenning van kindermishandeling. Omdat het verplicht is om een signaleringsinstrument en protocol voor kindermishandeling te gebruiken, moeten artsen weten wat de diagnostische waarde is van deze instrumenten. Zijn de conclusies van deze instrumenten betrouwbaar, in termen van aan- of afwezigheid van een vermoeden van kindermishandeling? Eerder onderzoek op spoedeisendehulpafdelingen laat een matige betrouwbaarheid zien van signaleringsinstrumenten voor kindermishandeling.^{5,6} Ons onderzoek richtte zich op het bepalen van de betrouwbaarheid van een signaleringsinstrument voor kindermishandeling dat huisartsenposten gebruiken. Tevens wilden we het bewustzijn van kindermishandeling vergroten en de herkenning ervan verbeteren. Verder zullen we aanbevelingen geven ten behoeve van de signalering van kindermishandeling op huisartsenposten.

SIGNALERINGSINSTRUMENT SPUTOVAMO-R2
In twee onderzoeken hebben we het signaleringsinstrument SPUTOVAMO-R2 voor kindermishandeling (verder genoemd ‘checklist’) geïmplementeerd op vijf huisartsenposten in de regio Utrecht [kader]. De checklist bestaat uit vijf vragen. Bij een afwijkend antwoord op een vraag is er een vermoeden van kindermishandeling [figuur 1]. In een jaar tijd hebben de huisartsen voor alle kinderen die een van de vijf deelnemende huisartsenposten bezochten (n = 50.671) een checklist ingevuld. Bij 108 kinderen was sprake van een positieve checklist (0,2%). Bij onderzoek A hebben we daarna aan de hand van een multidisciplinair overleg bepaald of bij de kinderen met een vermoeden op de checklist, ook daadwerkelijk sprake was van kindermishandeling. Het multidisciplinaire team kon bij 24 van de 108 positieve checklists het vermoeden op kindermishandeling bevestigen (22%). Bij 36 kinderen (33%) stelde het team geen kindermishandeling vast. Van de overige kinderen met een positieve checklist was het vermoeden al verworpen of ontbrak informatie. Bij onderzoek B hebben we aan de hand van een melding bij Veilig Thuis (VT) in tien maanden follow-up na het huisartsenpostbezoek bepaald of de uitkomsten op de checklist betrouwbaar zijn. We hebben ook gekeken naar een steekproef van kinderen met een negatieve uitkomst op de checklist. Van de 108 kinderen met een positieve uitkomst, konden we bij 9 het vermoeden op kindermishandeling bevestigen (8%). In de groep kinderen met een negatieve uitkomst bleek dat bij 1% van de kinderen wel sprake was van een melding bij Veilig Thuis – deze kinderen waren dus gemist met de checklist (n = 478). De prevalentie van kindermishandeling in dit onderzoek is 1%. De checklist spoort uiteindelijk maar 2% op van de kinderen bij wie sprake is van mishandeling, bevestigd door een melding bij Veilig Thuis.

HEREVALUATIE VAN DE VERPLICHTE SCREENING
De matige validiteit van de checklist (onderzoek B) in com-



Figuur 1
De SPUTOVAMO-R2

binatie met de lage detectiegraad vraagt om een herevaluatie van de verplichte screening voor kindermishandeling op huisartsenposten. Iedere zorgprofessional is verantwoordelijk voor en moet waken over een veilige omgeving voor kinderen om in op te groeien (IVRK). Het is lastig om kindermishandeling te herkennen in een medisch acute situatie, waarbij factoren als tijdsdruk, onbekende (medische) voorgeschiedenis en de angst voor een valse beschuldiging een rol spelen. Het (verplichte) signaleringsinstrument en protocol moeten artsen ondersteunen bij het correct en tijdig signaleren van kindermishandeling. Een belangrijke beperking van onderzoek naar kindermishandeling is dat een gouden standaard voor de diagnose kindermishandeling ontbreekt. In de twee onderzoeken hebben we gebruikgemaakt van verschillende referentietests (multidisciplinair overleg versus melding bij VT) en vonden we ook twee verschillende percentages correct positieve checklists. Dit verschil laat zien hoezeer de gekozen referentietest van invloed is op de uitkomst van het onderzoek. Het multidisciplinaire team was niet geblindeerd voor de uitkomst van de checklist, wat mogelijk heeft geleid tot een overschatting van het aantal kinderen met kindermishandeling. Voor de melding bij VT geldt dat in Nederland geen sprake is van meldplicht, maar van een meldrecht. De huisarts of andere zorgprofessional kan er daarom voor hebben gekozen om de zorg op te starten en de casus niet bij VT te melden. Dat leidt dus juist tot een on-

ONDERZOEK A
Het doel van dit onderzoek was het evalueren van de klinische uitkomsten van een handelingsprotocol kindermishandeling in combinatie met de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.^{7,16} Het handelingsprotocol kindermishandeling bestaat uit het signaleringsinstrument SPUTOVAMO-R2 en twee flowcharts voor huisartsen en triagisten. Dit onderzoek laat zien dat een signaleringsinstrument in combinatie met de meldcode zorgde voor consistente acties en zorg voor kinderen met een vermoeden van kindermishandeling. Bij dit onderzoek bevestigde het multidisciplinaire team 22% van de vermoedens van kindermishandeling.

ONDERZOEK B
Dit onderzoek moest de diagnostische waarde van het signaleringsinstrument SPUTOVAMO-R2 voor kindermishandeling op de huisartsenpost bepalen.⁸ Veilig Thuis voorzag in anonieme informatie over alle kinderen met een positieve uitkomst op de checklist en een steekproef van de kinderen met een negatieve uitkomst op de checklist. Op basis van dit onderzoek adviseren we om de checklist niet als diagnostisch instrument voor kindermishandeling te gebruiken, maar hoogstens als een manier om het bewustzijn op kindermishandeling bij artsen te vergroten.

Gooi het mishandelde kind niet met het badwater weg

Mariëlle Dekker

Sinds het promotieonderzoek van Schouten wordt ten onrechte gepleit voor het afschaffen van SPUTOVAMO, de vragenlijst kindermishandeling. Door het gebruik van deze vragenlijst zouden te veel zorgmedewerkers kindermishandeling missen en ook te vaak ten onrechte vermoeden dat er van kindermishandeling sprake is. Alleen zijn niet de signaleringsvragen het probleem, maar vooral de manier waarop onderzoekers en artsen ze gebruiken.

SPUTOVAMO is nooit ontwikkeld als een medisch screeningsinstrument dat zou discrimineren tussen het al dan niet aanwezig zijn van de diagnose ‘kindermishandeling’ – die diagnose bestaat niet. ‘Kindermishandeling’ is een verzamelterm voor een breed scala aan gezinssituaties waarin de veiligheid en het welzijn van kinderen ernstig worden bedreigd. De vragenlijst is in 1997 ontwikkeld als onderdeel van een uitgebreide signaleringsprocedure en is bedoeld voor attendering en niet voor het vaststellen of uitsluiten van een diagnose. Schouten had dus beter kunnen onderzoeken of de 50.671 keer dat artsen in de regio Utrecht deze vragenlijst op hun computerscherm negatief afsloten, bewust de (on)mogelijkheid van kindermishandeling hebben overwogen. In plaats daarvan meet zij dat bij 1% van de kinderen bij wie een huisartsenpost géén kindermishandeling vermoedde, Veilig Thuis tot maar liefst tien maanden later tóch kindermishandeling heeft vastgesteld. Vervolgens concludeert zij dat deze

SPUTOVAMO is bedoeld voor attendering en niet voor diagnostisering

kinderen gemist zouden zijn door het gebruik van de vragenlijst. Alsof vijf tamelijk basale medisch-anamnestiche vragen tijdens een eenmalig kort medisch consult in staat zouden zijn om alle vormen van kindermishandeling naar boven te halen, inclusief nog toekomstige kindermishandeling en inclusief al die tienduizenden gevallen van (emotionele) verwaarlozing zonder fysiek letsel.¹ Deze verwachting past niet bij de aard van het probleem kindermishandeling, de aard van de vragenlijst en de aard van het spoedeisende medische contactmoment. Vervolgens stelt Schouten dat 100 van de 109 kinderen ‘ten onrechte gesignaleerd’ zouden zijn, omdat slechts 9 kinderen gemeld werden bij Veilig Thuis. Ook hier zijn we met grote stappen te snel thuis. Allereerst omdat medische teams bij

veel meer kinderen (24 in plaats van 9) kindermishandeling hebben bevestigd, zónder dit altijd te melden bij Veilig Thuis – dat mag in een land zonder meldplicht. Vervolgens bleken nog eens 12 kinderen weliswaar niet op dit moment mishandeld, maar wel bekend bij jeugd(beschermings)organisaties. Zorgvuldig onderzoek bij opvallende letsels van eerder mishandelde kinderen of kinderen van wie bekend is dat zij *at risk* zijn voor kindermishandeling, is uiterst waardevol, gezien de grote kans op (re)victimisatie. Tot slot weten we uit ander onderzoek dat voor 60% van de met de vragenlijst gesignaleerde gezinnen hulp wordt opgestart voor gezinsproblemen die we wellicht (nog) geen kindermishandeling noemen, maar die wel degelijk een bedreiging vormen voor het welzijn van kinderen. Zo kan juist toekomstige kindermishandeling worden voorkomen.²

Grofweg durf ik te stellen dat bij meer dan vijftigduizend kindcontacten op huisartsenposten meer dan vijftig kinderen in zorgwekkende opvoedsituaties terecht worden opgemerkt en dat de situatie van tien tot twintig gesignaleerde kinderen ‘onbestemd’ blijft: kindermishandeling is niet aangetoond, maar ook niet ontkracht. Dat is een veelvoorkomend knelpunt in de aanpak van kindermishandeling in het algemeen en voor artsen in het bijzonder, waar Schouten mijns inziens te weinig aandacht aan besteedt. Enkele tientallen ouders vallen dan nog in de categorie ‘ten onrechte gesignaleerd’: dat is uiteraard te veel, maar op meer dan 50.000 kindcontacten allesbehalve een ‘hausse’ aan onterechte vermoedens, zoals de media beweerden. Bovendien is ‘ten onrechte gesignaleerd’ iets anders dan ‘vals beschuldigd’: professionele communicatie maakt hier hét verschil. Terecht vragen artsen zich af of de prijs van vijftigduizend vragenlijsten invullen niet te hoog is voor wat het tientallen gezinnen oplevert of kost. Maar laten we niet vergeten waar we vandaan komen. Tot 2008 haalde een arts de vragenlijst kindermishandeling (SPUTOVAMO) pas uit de kast als hij of zij een niet-pluisgevoel kreeg. In een hele provincie als Friesland signaleerden de ziekenhuizen destijds slechts drie gevallen van kindermishandeling. Zorgvuldige dossierreconstructie

derschatting van het aantal kinderen bij wie kindermishandeling speelt. Ondanks de beperkingen van beide referentietests beschouwt de internationale literatuur een melding bij VT als een valide referentietest.^{7,8}

We kunnen meerdere verklaringen geven voor de beperkte betrouwbaarheid van de checklist. Ten eerste is sprake van een lage prevalentie van kindermishandeling op huisartsenposten, wat resulteert in een lage voorafkans en een grotere kans op een hoge fout-positieve waarde.⁹ De prevalentie in ons onderzoek (1%) is lager dan de prevalentie van kindermishandeling zoals vastgesteld in het meest recente prevalentieonderzoek (3,4%).^{2,10} Ten tweede hebben we gebruikgemaakt van een brede uitkomstmaat, een definitie van kindermishandeling die alle vormen van kindermishandeling omvat. Het is lastig om een gevoelig instrument te ontwikkelen voor een diagnose die zo breed gedefinieerd is. Sittig et al. lieten zien dat het mogelijk is om een signaleringsinstrument te ontwikkelen voor de spoedeisende hulp dat geen enkel kind met mishandeling mist, wanneer men de veel smallere uitkomstmaat ‘toegebracht letsel’ gebruikt.⁶ Ten derde omvat de brede definitie van kindermishandeling ook emotionele verwaarlozing.¹¹ Op de huisartsenpost, maar ook op de spoedeisendehulpafdeling, is het lastig om emotionele verwaarlozing vast te stellen. Omdat vaak informatie uit de voorgeschiedenis ontbreekt is het moeilijk om een herhaald patroon van verwaarlozing te herkennen. Als laatste spelen de belemmerende factoren bij de zorgprofessionals een rol, zoals de angst om vals te beschuldigen en om het gesprek aan te gaan.¹²

De betrouwbaarheid van een signaleringsinstrument lijkt het best vergroot te kunnen worden door instrumenten met smalle uitkomstmaten bij specifieke groepen te gebruiken waarin de prevalentie van toegebracht letsel groter is (letselspecifieke diagnostische instrumenten).^{13,14}

AANBEVELINGEN

Artsen kunnen de huidige signaleringsinstrumenten noch als diagnostische test, noch als signaleringsinstrument gebruiken, maar enkel en alleen om het bewustzijn op kindermishandeling te verhogen. In plaats van gesloten vragen zou de checklist uit open vragen kunnen bestaan, zodat deze niet de functie van diagnostische ‘test’ heeft, maar wel helpt bij het vergroten van het bewustzijn. Wij pleiten ervoor om artsen letselspecifieke diagnostische tests te laten gebruiken, bijvoorbeeld voor fracturen of brandwonden, in plaats van generieke instrumenten met een matige betrouwbaarheid en mogelijk misleidende uitkomsten. Tot slot is opleiding essentieel: het herkennen van signalen en weten hoe je die moet bespreken zouden tot de basisvaardigheden van alle zorgprofessionals moeten behoren.¹⁵ ■

LITERATUUR

1. Baartman H. Het begrip kindermishandeling: pleidooi voor een herbezinning en voor bezonnen beleid. Augeo Foundation en Tijdschrift Kindermishandeling, 2009.
2. Alink L, Van IJendoorn R, Bakermans-Kranenburg M, Vogels T, Euser S. De Tweede Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2010). Kindermishandeling in

- Nederland Anno 2010. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2011.
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteitsindicatoren 2011 Basisset ziekenhuizen. Utrecht: IGZ, 2011.
 4. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Huisartsenposten onvolgende alert op kindermishandeling. Inventariserend onderzoek naar de kwaliteit van de signalering van kindermishandeling op huisartsenposten. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2010.
 5. Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Ruige M, Van den Elzen AP, De Koning HJ, et al. Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. Child Abuse Negl 2014;38:1275-81.
 6. Sittig JS, Uiterwaal CS, Moons KG, Russel IM, Nievelstein RA, Nieuwenhuis EE, et al. Value of systematic detection of physical child abuse at emergency rooms: a cross-sectional diagnostic accuracy study. BMJ Open 2016;6:e010788.
 7. Schouten MC, Van Stel HF, Verheij TJ, Nieuwenhuis EE, Van de Putte EM. A screening protocol for child abuse at out-of-hours primary care locations: a descriptive study. BMC Fam Pract 2016;17:155.
 8. Schouten MC, Van Stel HF, Verheij TJ, Houben ML, Russel IM, Nieuwenhuis EE, et al. The value of a checklist for child abuse in out-of-hours primary care: to screen or not to screen. PlosOne 2017 Jan 3;12:e0165641.
 9. Davidson M. The interpretation of diagnostic test: a primer for physiotherapists. Aust J Physiother 2002;48:227-32.
 10. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009;373:68-81.
 11. Advies en Meldpunt Kindermishandeling. AMK Overzicht 2013. Utrecht: Jeugdzorg Nederland, 2013.
 12. Schols MW, De Ruiters C, Ory FG. How do public child health-care professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. BMC Public Health 2013;13:807.
 13. Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, O’Flynn J, Lorenz DJ. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. Pediatrics 2010;125:67-74.
 14. Berger RP, Fromkin J, Herman B, Pierce MC, Saladino RA, Flom L, et al. Validation of the Pittsburgh Infant Brain Injury Score for abusive head trauma. Pediatrics 2016;138(1):e20153756.
 15. Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde. Richtlijn signalering kindermishandeling in de spoedeisende medische zorg. Utrecht: Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde, 2016.
 16. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst. KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijke geweld. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst, 2014.

Schouten M, Van de Putte E. De [on]zin van screening op kindermishandeling. Huisarts Wet 2018;61(1):30-4. Wilhelmina Kinderziekenhuis UMC Utrecht, Algemene en sociale pediatrie, Utrecht: dr. M.C.M. Schouten, arts-onderzoeker; prof.dr. E.M. van de Putte, kinderarts sociale pediatrie Correspondentie: maartjeschouten@hotmail.com Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Denk niet dat het een alternatief is om de vragenlijst kindermishandeling pas in te vullen als een casus een onbestemd gevoel veroorzaakt.

Foto: iStock

van Wieldraaijer liet zien dat een veelvoud aan kinderen met voor artsen waarneembare signalen van kindermishandeling was gemist.³ Het is daarom een zeer grove, doch niet ongefundeerde schatting dat artsen terecht tot driemaal zoveel kindermishandeling signaleren wanneer ze zich bij *iedere* acute medische zorgvraag van kinderen afvragen of kindermishandeling tot de mogelijkheden behoort.

‘Ten onrechte gesignaleerd’
is iets anders dan ‘vals beschuldigd’

Stop er dus mee om attenderende signaleringsvragen als een medisch screeningsinstrument te beschouwen. Maar stop er ook mee om vragen die als attenderend zijn bedoeld, onoplettend tienduizenden malen weg te klikken van het computerscherm. Denk niet dat het een alternatief is om de vragenlijst kindermishandeling pas in te vullen als een casus een onbestemd gevoel veroorzaakt: het verleden leert dat zo tientallen mishandelde kinderen per provincie worden gemist. Laten we andere werkwijzen ontwikkelen waarmee de attenderende waarde van de vragen beter tot zijn recht komt. En laten we tot

die tijd het mishandelde kind niet met het badwater weggooiën en systematisch en met aandacht een vragenlijst kindermishandeling gebruiken. Dan is er meer winst voor kinderen en minder nevenschade voor ouders dan velen door de mediaberechtiging rondom het onderzoek van Schouten vrezen. ■

LITERATUUR

- 1. Alink L, Van IJzendoorn R, Bakermans-Kranenburg M, Pannebakker F, Vogels T, Euser S. De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010). Leiden: Leiden Attachment Research Program, Algemene en Gezinspedagogiek, Centrum voor Gezinsstudies, Universiteit Leiden, TNO, 2011.
- 2. Sittig JS, Post ED, Russel IM, Van Dijk IA, Nieuwenhuis EE, Van de Putte EM. Evaluation of suspected child abuse at the ED; implementation of American Academy of Pediatrics guidelines in the Netherlands. Am J Emerg Med 2014;32:64-6.
- 3. Wieldraaijer F, De Vries TW. Weinig herkenning van kindermishandeling op de SEH. Ned Tijdschr Geneesk 2011;155:1-5.

Dekker M. Gooi het mishandelde kind niet met het badwater weg. Huisarts Wet 2018;61[1]:35-6.
Augeo Foundation, Driebergen-Rijsenburg: M. Dekker, algemeen directeur
Correspondentie: marielle@augeo.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Stop SPUTOVAMO nu!

Wim Verstappen

Sinds 2011 gebruiken artsen op huisartsenposten en spoedeisendehulpafdelingen SPUTOVAMO om kindermishandeling op te sporen. Veel huisartsen vinden het invullen van dit instrument maar een hinderlijke onderbreking van hun meestal drukke dienst. Met een lage positief voorspellende waarde lijkt het instrument ook nauwelijks een meerwaarde te hebben voor het ontdekken van kindermishandeling. We moeten stoppen met het invullen van SPUTOVAMO en alternatieve protocollen ontwikkelen.

Toen uit onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) was gebleken dat medewerkers binnen de spoedzorg kindermishandeling vaak missen, hebben huisartsenposten en ziekenhuizen het screeningsinstrument SPUTOVAMO moeten invoeren. Voor de huisartsenposten komt het erop neer dat het registratiesysteem bij alle kinderen tot 18 jaar zes vragen stelt om zo te achterhalen of er mogelijk sprake is van kindermishandeling. De vragen zijn al ingevuld, ervan uitgaande dat er geen kindermishandeling heeft plaatsgevonden. Waar het kind ook mee komt – oorsprong, koorts of een omgezwikte enkel – de huisarts kan het contact niet afsluiten zonder de SPUTOVAMO in te vullen.

In de praktijk kijk ik nauwelijks nog naar die vragen en vul ik alleen op het laatst *nee* in, om verder te gaan met de volgende patiënt. Ik ervaar het als een hinderlijke onderbreking van meestal drukke diensten en leg ook niet meer een verband met kindermishandeling. Ik begrijp wel dat veel huisartsen dit instrument alleen maar lastig vinden en niet begrijpen waarom het helpt bij de opsporing van kindermishandeling.

GEEN VALIDE INSTRUMENT

In deze H&W bespreekt Maartje Schouten twee onderzoeken naar de waarde van het screeningsinstrument SPUTOVAMO. Ze geeft de huisartsen feitelijk gelijk. Met een positief voorspellende waarde van 0,2%, en bij de verkorte versie van 1,4%, is het duidelijk dat SPUTOVAMO geen meerwaarde heeft bij het ontdekken van kindermishandeling. Het laat zien dat bijna al deze meldingen fout-positief waren, dus dat er geen sprake was van kindermishandeling. SPUTOVAMO blijkt in beide versies geen valide instrument waarmee je kindermishandeling kunt opsporen. De vraag blijft waarom huisartsenposten zo haastig hebben gereageerd op de vraag van IGZ. Niemand ontkent dat het belangrijk is om kindermishandeling op te sporen, integendeel. Hoe onduidelijk de prevalentiecijfers van kindermishandeling ook zijn, het is duidelijk dat kindermishandeling meestal (te) laat wordt vastgesteld. Wie heeft bedacht dat huisartsen dit screeningsinstrument moeten gaan gebruiken heeft maar weinig geleerd van alle implementatieles-

sen. Bij het invoeren van vernieuwingen moet immers niet alleen gebruik worden gemaakt van wetenschappelijke kennis, maar ook van kennis uit het veld. Bij de ontwikkeling van een screeningsinstrument moet je natuurlijk ook kijken of het aan de tien criteria van Wilson en Jungner voor verantwoorde screening voldoet. Wanneer huisartsen betrokken zouden zijn geweest bij het tot stand komen van het screeningsinstrument zou, denk ik, geconcludeerd zijn dat zo'n instrument nooit voor alle kinderen bruikbaar is.

BETERE ALTERNATIEVEN

Hoe nu verder? SPUTOVAMO heeft duidelijk geen meerwaarde. Zoals Maartje Schouten ook voorstelt moeten er ten eerste aparte protocollen komen voor specifieke klachten waarbij kindermishandeling vaker voorkomt, bijvoorbeeld blauwe plekken of kneuzingen zonder duidelijk verhaal. Ten tweede moeten huisartsen zich ervan bewust blijven dat kindermishandeling voorkomt, erover durven spreken en hun vaardigheden om dat te doen blijven ontwikkelen. De LESA Kindermishandeling biedt daarvoor concrete handvatten,¹ naast de door NHG/LHV/InEen ontwikkelde Toolkit kindermishandeling.² Verder zijn er huisartsambassadeurs in de regio's actief en biedt Augeo in samenwerking met LHV en NHG goede nascholingen aan.³ Maar laten we in elk geval meteen stoppen met het invullen van SPUTOVAMO. Daar is het onderwerp te belangrijk voor. ■

LITERATUUR

- 1. De Vries L, et al. LESA Kindermishandeling. Utrecht: NHG, 2016.
- 2. NHG, LHV, InEen. Toolkit Kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg. www.lhv.nl/service/toolkit-aanpak-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-de-huisartsenzorg.
- 3. www.augeo.nl

Verstappen W. Stop SPUTOVAMO nu! Huisarts Wet 2018;61[1]:37.
Weert: dr. W. Verstappen, huisarts; medisch directeur ShoKo.
Correspondentie: wimhjmverstappen@gmail.com
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



“Ik pleit voor een community-oriented approach, waarin huisartsen een verantwoordelijkheid hebben”

Foto: Wouter van Vaerenbergh

Interview

Jan De Maeseneer over de sociale verschillen in de gezondheidszorg

“Iedereen telt mee en heeft recht op zorg”

Daniël Dresden

Meer verbondenheid is gewenst tussen de noordelijke en zuidelijke Europese landen, tussen rijk en arm, en tussen huisartsen en public health. Dat stelt prof. Jan De Maeseneer, sinds 30 september 2017 met emeritaat bij de Universiteit Gent, in zijn recent verschenen boek *Family medicine and primary care at the crossroads of societal change*. Daarin blikt hij terug op de afgelopen veertig jaar en beschrijft hij een toekomstperspectief.

Het boek oogt als een politiek gekleurd pamflet, waarin wordt gesteld dat de lagere sociaal-economische klassen in de gezondheidszorg het onderspit delven. “Er is een verschil in gezonde levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleiden,” beargumenteert De Maeseneer. “Ook wat betreft de toegang tot zorg zijn er duidelijk sociale verschillen. Ik vind het geen politiek, maar een wetenschappelijk standpunt dat er een toenemende sociale ongelijkheid op gebied van de gezondheid is. Dat geldt voor veel Europese landen, met uitzondering van een paar landen, zoals Noorwegen, Denemarken en Finland. De sociale ongelijkheid is wereldwijd een probleem, dat zich vertaalt in allerlei vluchtelingenstromen, ook binnen Europa.”

NOORD-ZUIDGRADIËNT

De gezondheidszorg in België en Nederland is volgens De Maeseneer fundamenteel verschillend. “Het is opvallend om een taal te delen, maar toch heel anders te zijn,” vindt hij. “We zitten op de noord-zuidgradiënt wat betreft de gezondheidszorg in Europa. In het noorden, onder andere in Scandinavië, zie je de calvinistische invloeden. Tussen Nijmegen en Brussel vindt een transitie plaats naar een meer latijns-katholieke aanpak.” De Maeseneer zou graag in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem werken, maar dan wel in een vorm waarin de menselijke interactie en warmte van het Vlaamse systeem behouden blijft. “Er moet ruimte blijven om creatief naar andere oplossingen te zoeken, eventueel gemotiveerd buiten de richtlijnen, en op een menselijke manier het probleem aan te pakken. De Nederlandse huisartsen hebben door de vermarkting van de zorg niet altijd de vrijheid en flexibiliteit om dat te doen. Overigens is naar goede Nederlandse traditie die ‘vrije’ markt volledig gereguleerd. Op de meeste plekken voeren één of twee zorgverzekeraars de boventoon, dus wat dat betreft werkt het marktmodel niet zo fantastisch.”

IDEALE ZORGSTEEEM

Ook het Oost-Europese model van voor 1989 met een top-down benadering, waarin patiënten naar een bepaalde dokter werden gestuurd, bleek niet goed te werken, voegt De Maeseneer hier direct aan toe. “Belangrijk voor een zorgsysteem is de aanwezige solidariteit, in de wetenschap dat zo’n 70% van de middelen wordt besteed aan 10% van de mensen. Bij de keuze voor het ideale zorgsysteem moet je opereren binnen de heersende maatschappelijke, culturele en politieke omstandigheden. Daarbij moeten alle stakeholders op een adequate manier worden betrokken, zodat zij zich in voldoende mate kunnen identificeren met het zorgsysteem, waardoor voldoende *ownership* ontstaat. De uitdaging blijft hoe je de zorg het best en op een kosteneffectieve manier kunt organiseren, met oog voor relevantie, solidariteit, diversiteit, goede kwaliteit en voldoening bij patiënten en zorgverleners.”

VERANTWOORDELIJKHEID

Het vertrouwen tussen de bevolking en het zorgsysteem verloopt vaak via de eerste lijn, die een verbindende factor vormt en meebouwt aan de sociale cohesie. Die eerste lijn staat vandaag de dag onder druk door de toenemende individualisering van de samenleving. De Maeseneer pleit dan ook voor een *community-oriented approach*, waarin huisartsen een verantwoordelijkheid hebben. “Dat betekent dat we ons moeten gaan organiseren in eerstelijnsnetwerken, die

“Sociale verschillen in gezondheid nemen toe. Dit is een wetenschappelijk standpunt”

de verantwoordelijkheid hebben voor minstens tienduizend inwoners in de stad, wat op het platteland wellicht een kleiner aantal inwoners is,” benoemt hij een concrete manier om dit concept vorm te geven. “Daarbij moeten we ervoor zorgen dat alle ingeschreven personen tot het netwerk behoren en terecht kunnen bij de zorgverleners die in het netwerk aanwezig zijn.” Twee zaken zijn belangrijk. Ten eerste: iedereen telt mee en heeft recht op zorg, ook personen zonder verblijfsvergunning. Ten tweede: niemand wordt achtergelaten. “Iedereen wordt



“Door vermarkting van de zorg hebben Nederlandse huisartsen niet altijd de vrijheid om naar andere oplossingen te zoeken”

betrokken in een actief proces,” voegt De Maeseneer toe. “Daarbij wordt gekeken naar de onderliggende oorzaken van ongezondheid, zoals veiligheid van het verkeer, blootstelling aan fijnstof en kwaliteit van de woningen. Zo kunnen kinderen in een te vochtig huis een gecompliceerd beloop van infecties hebben. Dan moet je ervoor zorgen dat dat punt aan de orde komt en dat de kwaliteit van de woningen wordt verbeterd.” Dit is de advocacy-rol van de huisarts.

SCABIËSEPIDEMIE

Door de verhalen van patiënten en huisbezoeken hebben huisartsen een schat aan maatschappelijk relevante informatie. Momenteel gebeurt daar echter weinig mee. “We gebruiken die informatie vooral bij de individuele benadering, soms in de context van het gezin, maar daar stopt het,” laat De Maeseneer weten. “Je kunt echter veel leren van de observatie dat in sommige wijken veel problematiek bestaat.” Als voorbeeld noemt hij een tijdig ingeperkte scabiësepidemie een paar jaar geleden. Dat begon met de observatie door een huisarts dat er in de wijk opeens veel meer gevallen van scabiës waren. De Maeseneer en collega’s waren er die zomer in geslaagd om, voordat het schooljaar begon, die epidemie in te perken, waardoor zij voorkwamen dat de scabiës zich grootschalig zou verspreiden op de scholen. Het gaat dus om de alertheid, het maken van de vertaalslag en overleg tussen eerste lijn, scholen en andere stakeholders, inclusief lokaal bestuur.

BREDERE PERSPECTIEF

Huisartsgeneeskunde en public health moeten meer met elkaar samenwerken en zoveel mogelijk synergiën creëren, zo

vindt De Maeseneer. Om het perspectief van de individuele patiënt aan te vullen met het gemeenschapsgerichte perspectief, moet reeds in de opleiding tot huisarts een brede set competenties worden aangeleerd. “We moeten sterk inzetten op het interprofessioneel opleiden, waarbij mensen vanuit verschillende perspectieven naar eenzelfde probleem kijken,” stelt De Maeseneer. “Daarnaast moeten we werken aan een paradigmashift van ziektegeoriënteerd werken naar *goal oriented care*, dat wil zeggen werken aan doelstellingen van patiënten. Dat is onder andere van groot belang bij het aanpakken van multimorbiditeit.”

MEER BEGRIIP EN VERTROUWEN

De grootste uitdaging, die De Maeseneer ook in zijn boek beschrijft, is ervoor te zorgen dat er meer verbinding ontstaat tussen de steeds meer verdeeld rakende burgers die hun sociale kapitaal zien afnemen en vereenzaamd raken. “Als zorgsector alleen kunnen we nooit alle maatschappelijke problemen aanpakken. Hopelijk kunnen we wel bijdragen aan het creëren van een gezondere samenleving, met meer begrip en vertrouwen voor elkaar.” ■

Dresden D. “Iedereen telt mee en heeft recht op zorg”. Interview met Jan De Maeseneer over de sociale verschillen in de gezondheidszorg. Huisart Wet 2018;61[1]:38-40. Jan De Maeseneer was tot 1 oktober 2017 hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Gent. De Maeseneer J. Family medicine and primary care at the crossroads of societal change. Leuven: LannooCampus Publishers, 2017.

Praten over vaten met ouderen

Addendum CVRM bij ouderen

Tjerk Wiersma, Jako Burgers

Behandeling van de bloeddruk is tot op hoge leeftijd nog steeds zinvol. Dit staat in het addendum bij de richtlijn CVRM over [kwetsbare] ouderen, dat onlangs verscheen op initiatief van de Nederlandse Internisten Vereniging. Cholesterolverlaging voor 70-plus-sers wordt alleen geadviseerd bij een geschat ernstig verhoogd risico ten opzichte van leeftijdsgenoten. Het gebruik van trombocytenagregatieremmers wordt afgeraden. Het advies is om bij kwetsbare ouderen met een geringe levensverwachting met de patiënt te bespreken of starten of continueren van bloeddruk- of cholesterolverlaging de behandeling nog wel gewenst is en of de baten nog wel opwegen tegen de bijwerkingen.

Hart- en vaatziekten komen veel voor en zijn, samen met kanker, de meestvoorkomende doodsoorzaak. Met het ouder worden stijgt het risico op hart- en vaatziekten steeds meer, ook al is er sprake van een gezonde leefstijl. Volgens de risicotabel in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) hebben vrijwel alle 70-jarigen die nog geen hart- of vaatziekte hebben een tienjaarsrisico op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit van 20% of hoger.¹ Bij een systolische bloeddruk van 140 mmHg of hoger of een LDL-cholesterol van 2,5 mmol/l of hoger zouden zij allemaal in aanmerking komen voor behandeling met antihypertensiva en een cholesterol-syntheseremmer. In de begeleidende tekst vermeldt de standaard dat er bij de besluitvorming bij 70-plussers rekening gehouden moet worden met levensverwachting, comorbiditeit, polyfarmacie en de wens van de patiënt. In zijn algemeenheid is de richtlijn – deels op basis



Baten van behandeling CVRM nemen af.

Foto: Margot Scheerder

van extrapolaties – echter optimistisch over de baten van bloeddrukverlaging en cholesterolverlaging behandeling bij ouderen, zodat er ook bij hen ruimte is om te starten met een medicamenteuze behandeling. Onlangs verscheen op initiatief van de Nederlands Internisten Vereniging een

addendum bij de richtlijn CVRM over (kwetsbare) ouderen, waarin het onderzoek naar de effectiviteit van bloeddrukverlaging en cholesterolverlaging bij deze patiëntencategorie minutieus onder de loep is genomen.² Tot op hoge leeftijd blijkt behandeling van de bloeddruk nog steeds zinvol, wordt cholesterolverla-

Tabel Aanbevelingen over starten en stoppen van medicamenteuze behandeling van ouderen bij cardiovasculair risicomanagement.

Niet-kwetsbare ouderen		Kwetsbare ouderen	
Zonder HVZ	Met HVZ	Zonder HVZ	Met HVZ
Lipidenverlagende medicatie			
• Starten	Overwegen, alleen bij hoog geschat risico op HVZ, bijvoorbeeld voor diabetes, TC > 8 mmol/L of bloeddruk > 180/110 mmHg, én voldoende hoog geschat resterende levensverwachting	Aanbevelen, met nauwgezette evaluatie van bijwerkingen Switch naar andere statine of verlaag statinedosering en overweeg ezetimibe toe te voegen bij bijwerkingen	Starten wordt ontraden
• Streefwaarde	LDL-c < 2,5 mmol/l	LDL-c < 2,5 mmol/l	Onbepaald
• Stoppen	Alleen bij onoverkomelijke bijwerkingen	Alleen bij onoverkomelijke bijwerkingen	Overweeg te stoppen, met name bij mogelijke bijwerking of bij gering geschatte resterende levensverwachting
Bloeddrukverlagende medicatie			
• Starten	Zie MDR/NHG-Standaard CVRM		
• Streefwaarde	SBD < 150 mmHg		SBD < 150 mmHg, bij voorzichtig titreren
• Stoppen	Overweeg bij geen bijwerkingen SBD < 140 mmHg Ontraden, tenzij er hinderlijke bijwerkingen zijn		Overweeg verlagen dosering bij DBD < 70 mmHg, ongeacht hoogte SBD Overweeg te stoppen bij mogelijke bijwerking of bij gering geschatte resterende levensverwachting
Trombocytenaggregatieremmers			
• Starten	Ontraden	Aanbevelen in combinatie met maagzuurremmer [conform NHG-Standaard Maagklachten]	Ontraden
• Stoppen	Stoppen wordt aanbevelen	Overweeg tijdelijk te stoppen bij [spontane] bloeding complicaties	Overweeg tijdelijk te stoppen bij [spontane] bloeding complicaties

HVZ: hart- of vaatziekten; TC: totaal cholesterolgehalte; LDL-c: low-densitylipoproteïen cholesterolgehalte; MDR: multidisciplinaire richtlijn; SBD: systolische bloeddruk; DBD: diastolische bloeddruk.

ging alleen geadviseerd bij een geschat ernstig verhoogd risico ten opzichte van leeftijdsgenoten en wordt het gebruik van trombocytenaggregatieremmers in het algemeen afgeraden. Met het ouder worden en de toenemende kwetsbaarheid neemt de noodzaak tot gedeelde besluitvorming toe.

SPECIALE AANDACHT VOOR OUDEREN
De opstellers van het addendum achten het zinvol de evidence voor ouderen afzonderlijk te bekijken vanwege de verschillen tussen de relatief jonge patiënten die deelnemen aan het meeste klinische onderzoek naar CVRM en ouderen. Zo loopt de levensverwachting af met de leeftijd, waardoor de baten van behandeling afnemen. Bovendien hebben ouderen door fysiologische achteruitgang eerder last van een lagere bloeddruk, zijn ze door polyfarmacie en teruglopende orgaanfuncties vatbaarder voor bijwerkingen van medicatie en hechten ze dikwijls minder aan het zo lang mogelijk verlengen van de levensduur.

KWETSBAARHEID
Het addendum heeft bijzondere aandacht voor kwetsbare ouderen. Veroudering, multimorbiditeit en polyfarmacie brengen functionele, psychische, sociale en somatische veranderingen met zich mee die kunnen resulteren in kwetsbaarheid (‘frailty’). Er is evenwel geen alom erkende definitie van kwetsbaarheid. Het addendum volstaat met een tabel van fysieke, psychische en sociale factoren die kunnen leiden tot kwetsbaarheid en die in kaart moeten worden gebracht. Het gaat daarbij om zaken als slecht lopen, slecht evenwicht kunnen bewaren, geheugenklachten, hulpeloosheid en gemis aan contacten.

CHOLESTEROLREDUCTIE
De opstellers van het addendum beschrijven uitvoerig de schaarse onderzoeksgegevens over cholesterolverlaging bij ouderen van tenminste 70 jaar. Een meta-analyse van een vijftal trials met cholesterolsyntheseremmers meldt voor ouderen die geen hart- en vaatziekten

hadden een relatieve risicoreductie van 10% van hart- en vaatziekten (95%-BI 0,85 tot 0,96), 20% reductie van myocardinfarcten (95%-BI 0,70 tot 0,90) en geen waarneembaar effect op herseninfarcten.³ Over de uitkomstmaten kwaliteit van leven en functioneren, waaronder cognitieve, vonden zij geen data. Ernstige bijwerkingen, evenals myalgie, kwamen bij de behandelde groepen niet frequenter voor dan in de niet-behandelde groepen. Kwetsbare ouderen waren vrijwel niet vertegenwoordigd in de onderzoeksgroepen. De adviezen in het addendum over het gebruik van cholesterolsyntheseremmers zijn iets terughoudender dan in de NHG-Standaard CVRM [tabel]. Zo adviseert het addendum bij niet-kwetsbare ouderen die geen hart- en vaatziekte hebben het starten van cholesterolverlagende medicatie alleen te overwegen bij een fors verhoogd geschat risico op een vasculair event ten opzichte van leeftijdsgenoten, bijvoorbeeld bij ernstige risicofactoren, zoals diabetes of een

totaal cholesterol van 8 mmol/l of een zeer hoge bloeddruk (tenminste 180/110 mmHg). Bij kwetsbare ouderen zonder hart- en vaatziekten ontraden de opstellers van het addendum zelfs cholesterolverlagende medicatie en zij adviseren degenen die al een dergelijk middel gebruiken om daarmee te stoppen.

BLOEDDRUKVERLAGING
Naar de effectiviteit van antihypertensiva bij ouderen is er meer onderzoek beschikbaar. Op basis van een tweetal onderzoeken, bij mensen die geen hart- en vaatziekte hadden, naar de effectiviteit van bloeddrukbehandeling ten opzichte van placebo werd een relatieve risicoreductie van 33% gevonden op het krijgen van een cardiovasculaire aandoening (95%-BI 21 tot 42), terwijl de kans op cardiovasculaire sterfte met 24% (95%-BI 7 tot 39) werd verlaagd.^{4,5} Voorts vond men in deze patiëntengroep een grotere risicoreductie bij intensieve behandeling van de bloeddruk dan bij minder intensieve behandeling.⁶⁻⁸ Gegevens over kwaliteit van leven bleken niet voorhanden. Een gunstig effect op de cognitieve kon niet worden aangetoond. Ook in dit onderzoek zaten vrijwel geen kwetsbare patiënten. Onderzoeken waarin de effectiviteit van verschillende soorten antihypertensiva bij ouderen met elkaar werd vergeleken, laten over het algemeen geen verschillen zien. De adviezen over bloeddrukbehandeling zijn minder terughoudend dan die over de inzet van cholesterolsyntheseremmers [tabel]. Gezien het effect van antihypertensiva op bloeddruk en cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit dienen zowel vitale als kwetsbare ouderen te starten met antihypertensiva. De vraag is vooral welke bloeddrukstreefwaarde gehanteerd dient te worden. Voor niet-kwetsbare ouderen kiest men voor een systolische bloeddruk van <150 mmHg. Bij het verdragen en uitblijven van bijwerkingen van de medicatie kan verdere verlaging naar 140 mmHg worden overwogen onder zorgvuldige monitoring van bijwerkingen bij iedere controle. Bij kwetsbare ouderen is 150 mmHg de streefwaarde. Stoppen of verminderen van bloeddrukmedicatie is bij niet-kwetsbare ouderen

alleen aan de orde als er hinderlijke bijwerkingen zijn. Bij kwetsbare ouderen wordt laagdrempelig stoppen geadviseerd bij bijwerkingen of bij een gering geschatte levensverwachting.

TROMBOCYTENAGGREGATIEREMMING
Bij mensen zonder hart- en vaatziekten zijn de voordelen van het gebruik van trombocytenaggregatieremmers niet aangetoond, terwijl gebruik wel leidt tot bloedingscomplicaties. Gebruik van deze middelen bij ouderen die geen hart- en vaatziekten hebben, wordt dan ook ontraden. Indien de patiënt het middel al gebruikt, kan de huisarts bij veelvoorkomende onderhuidse bloedingen of regelmatig vallen overwegen het stoppen van trombocytenaggregatieremmers met de patiënt te bespreken.

GEDEELDE BESLUITVORMING
Richtlijnen voor de behandeling van enkelvoudige chronische ziekten of risico’s zijn niet zonder meer van toepassing op oudere patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie. Daarnaast blijken de gangbare doelstellingen van een behandeling bij ouderen hun waarde te verliezen. Het voorkómen van mortaliteit is voor veel ouderen een minder belangrijk behandelingsdoel dan behoud van kwaliteit van leven of zelfstandig functioneren. Behandelingsbeslissingen zijn daarom afhankelijker van de individuele situatie en wensen van de patiënt. Daarom houdt het addendum een pleidooi voor gedeelde besluitvorming (‘shared decision-making’) bij kwetsbare ouderen. In verband met de extra belasting die het bezoek aan ziekenhuisspecialisten met zich meebrengt, is de werkgroep bovendien van mening dat het CVRM-beleid bij kwetsbare ouderen bij voorkeur door de huisarts of specialist ouderengeneeskunde moet worden gevoerd.

CONCLUSIE
Dit addendum bevestigt de zienswijze dat CVRM ook bij 70-plussers zinvol is. Het addendum is terughoudender over medicamenteuze cholesterolverlaging dan over bloeddrukbehandeling, mogelijk vanwege de kans op bijwerkingen van cholesterolsyntheseremmers (in

het bijzonder myalgie). Bij kwetsbare ouderen met een geschatte geringe levensverwachting is het advies om met de individuele patiënt te bespreken of starten of continueren van bloeddruk- of cholesterolverlagende behandeling nog wel gewenst is en of de baten nog wel opwegen tegen de bijwerkingen. ■

LITERATUUR

1. <https://www.nhg.org/standaarden/ volledig/cardiovasculair-risicomanagement>.
2. [H ttps://richtlijnen database.nl/richtlijn/ addendum_kwetsbare_ouderen_bij_cvr m/startpagina_addendum_kwetsbare_ouderen_cvr m.html](https://richtlijnen database.nl/richtlijn/ addendum_kwetsbare_ouderen_bij_cvr m/startpagina_addendum_kwetsbare_ouderen_cvr m.html).
3. Teng M, Lin L, Zhao YJ, Khoo AL, Davis BR, Yong QW, et al. Statins for primary prevention of cardiovascular disease in elderly patients: systematic review and meta-analysis. *Drugs Aging* 2015;32:649-61.
4. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. HYVET Study Group. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358:1887-98.
5. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Birkenhagen WH, Bulpitt CJ, et al. Subgroup and per-protocol analysis of the randomized European Trial on Isolated Systolic Hypertension in the Elderly. *Arch Intern Med* 1998;158:1681-91.
6. Wei Y, Jin Z, Shen G, Zhao X, Yang W, Zhong Y, et al. Effects of intensive antihypertensive treatment on Chinese hypertensive patients older than 70 years. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2013;15:420-7.
7. Ogihara T, Saruta T, Rakugi H, Matsuo-ka H, Shimamoto K, Shimada K, et al. Valsartan in Elderly Isolated Systolic Hypertension Study Group. Target blood pressure for treatment of isolated systolic hypertension in the elderly: valsartan in elderly isolated systolic hypertension study. *Hypertension* 2010;56:196-202.
8. The SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med* 2015;373:2103-16.

Wiersma TJ, Burgers J. NHG-Standaard CVRM: praten over vaten met ouderen. *Huisarts Wet* 2018;61[1]:45-7. NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. Tj. Wiersma, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker; prof. dr. J.S. Burgers, huisarts CVRM en afdelingshoofd R&W. Correspondentie: t.wiersma@nhg.org. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Artsen spelen een grote rol bij stoppen met roken

Herziening Behandelrichtlijn Stoppen met roken

Monique Verduijn

Voor driekwart van de rokers die vorig jaar een serieuze stoppoging ondernamen, is doktersadvies de reden om te stoppen. De NHG-Behandelrichtlijn [voorheen NHG-Standaard] geeft de huisarts handvatten hoe hij kan bijdragen aan het stoppen met roken.

De behandelrichtlijn sluit aan bij de herziene multidisciplinaire Richtlijn ‘Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning’ en het addendum ‘Stoppen met roken voor zwangere vrouwen’ en bouwt voort op de reeds bestaande Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Huisartsenpraktijk (H-MIS tegenwoordig Stimedic). De richtlijn bevat uitgebreide informatie over stoppen met roken tijdens zwangerschap, e-healthinterventies en de e-sigaret.

VASTLEGGEN ROOKSTATUS

Breng bij voorkeur van alle patiënten die het spreekuur bezoeken de rookstatus in kaart, leg deze vast als meetwaarde in het HIS en vermeld bij rokers de motivatie om te stoppen. Registreer een (gestopte) roker met ICPC-code P17. Sluit aan bij de klachten, aandoeningen en vragen van de patiënt en probeer bij patiënten die overwegen te stoppen de motivatie te verhogen.

KWETSBARE PATIËTENGROEPEN

Besteed in het bijzonder aandacht aan stoppen met roken bij:

- ouders van kinderen met astma en recidiverende bovensteluchtweginfecties;
- vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken;
- zwangere vrouwen, vrouwen met zwangerschapswens en hun partners;
- patiënten met een aan roken gerelateerde klacht of bij patiënten bij wie recent een aan roken gerelateerde

diagnose is gesteld, zoals hoest of benauwdheid, COPD of astma, patiënten met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten, zoals bij diabetes mellitus.

INVLOED VAN (MEE)ROKEN

Geef bij zwangerschap of kinderwens

(ook bij mannen) voorlichting over de gevolgen van (mee)roken voor de zwangerschap en voor de gezondheid van het kind (groevertraging, lager geboortegewicht, grotere kans op placenta previa, doodgeboren kind, wiegendood en door inhaalgroei op latere leeftijd grotere



Begeleid patiënten die willen stoppen met een intensieve ondersteunende interventie dan wel e-healthinterventie. Foto: Gettyimages/Mark Montgomery

Kernboodschappen

- Herhaal bij rokers die niet gemotiveerd zijn om te stoppen regelmatig het advies om te stoppen met roken. Doe dit in ieder geval bij patiënten met kinderwens en met aan roken gerelateerde klachten en aandoeningen.
- Bied patiënten die overwegen om te stoppen een motivatieverhogende interventie aan.
- Begeleid patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen, afhankelijk van hun voorkeur, met een intensieve ondersteunende interventie dan wel e-healthinterventie, desgewenst gecombineerd met medicamenteuze ondersteuning [op maat]. Dit verhoogt de slaagkans.
- Nicotinevervangende middelen vormen het middel van eerste keus. Kies daarna een specifiek middel, afhankelijk van de patiëntkenmerken, comorbiditeit, voorkeur van de patiënt en prijs. Nortriptyline heeft de laagste prijs.
- De e-sigaret is niet geregistreerd als geneesmiddel. De kwaliteit en samenstelling wisselen en de kwaliteit is niet gegarandeerd. Langetermijneffecten op het gebied van effectiviteit, veiligheid en verslaving zijn niet bekend; adviseer ze daarom niet.

kans op ontstaan van obesitas en diabetes). De NHG-Standaard Preconceptiezorg geeft hierover meer informatie. Geef ook voorlichting over de gevolgen van meerroken voor de gezondheid van kinderen, in het bijzonder bij hoest en astmaklachten.

KETENZORG

De stoppen-met-rokenbegeleiding kan vallen binnen de geprotocolleerde (keten)zorg voor patiënten met chronische aandoeningen, zoals astma, COPD, een verhoogd cardiovasculair risico of diabetes mellitus. Hierbij komen ook andere leefstijlaspecten, zoals alcoholgebruik, bewegen en voeding, aan de orde. Overweeg om het in kaart brengen van de rookstatus te koppelen aan een voor de huisartsenpraktijk geschikt moment (bijvoorbeeld de intake van een nieuwe patiënt) en voorrang te geven aan groe-

pen patiënten bij wie veel gezondheids-winst te behalen valt, zoals bij jongeren en patiënten uit sociaal-economische achterstandsgroepen.

LIEVER STOPPEN ZONDER MEDICIJNEN

De voorkeuren en motivatie van de patiënt vormen het uitgangspunt voor de behandeling. Gedragmatige ondersteuning bij stoppen met roken heeft de voorkeur. De NHG-Zorgmodule Leefstijl Roken gaat in op de niet-medicamenteuze begeleiding en de exploratie van de motivatie voor gedragsverandering. Medicamenteuze behandeling kan daarop een aanvulling vormen. De beschikbare middelen zijn vergelijkbaar qua effectiviteit, maar op grond van het gunstige bijwerkingenprofiel en de lage kosten gaat de voorkeur uit naar ondersteuning met nicotinevervangende middelen.

PATIËNTINFORMATIE OP THUISARTS

Tegelijk met de behandelrichtlijn zijn ook de Thuisarts.nl-teksten over stoppen met roken herzien. Er zijn nieuwe thuisartsteksten: ‘Ik wil misschien stoppen met roken’ (voor jongeren), ‘Ik wil stoppen met roken voordat ik zwanger word’ en ‘Ik ben zwanger en wil stoppen met roken’. De volgende teksten zijn herzien: ‘Ik wil misschien stoppen met roken’ (volwassenen), ‘Ik wil nu stoppen met roken’ en ‘Ik ben gestopt met roken’.

FTO STOPPEN MET ROKEN

De informatie uit de nieuwe behandelrichtlijn sluit aan bij de FTO-Module Stoppen met roken van het Instituut voor Veilig Medicijngebruik (zie www.medicijngebruik.nl). Huisartsen en praktijkondersteuners spelen een grote rol in het terugdringen van het aantal rokers. Zij kunnen de doorslag geven bij het daadwerkelijk stoppen met roken. ■

LITERATUUR

1. De volledige versie van de NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken is te raadplegen op de website van het NHG, www.nhg.org (zie richtlijnen en praktijk, NHG-Behandelrichtlijnen).

Verduijn M. Artsen spelen een grote rol bij stoppen met roken. Huisarts Wet 2018;61(1):48-9.
Correspondentie: m.verduijn@nhg.org
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
NHG-werkgroep Stoppen met roken.
NHG-Behandelrichtlijn Stoppen met roken [voorheen NHG-Standaard].
De werkgroep bestond uit: Chavannes N, Drenthen T, Wind L, Van Avendonk M, Van den Donk M, Verduijn M. www.nhg.org.

Herziene NHG-Behandelrichtlijn Koortslip

Jip de Jong



Overweeg behandeling met valaciclovir alleen bij zeer ernstige klachten.

Foto: Shutterstock

Een koortslip is een veelvoorkomende, self-limiting, recidiverende infectie die wordt veroorzaakt door het herpes simplexvirus. Patiënten vragen hiervoor meestal geen medische hulp. Een koortslip kan lokaal worden behandeld met zinkoxide- of zinksulfaatgel, of met een indifferente crème. Soms kan antivirale crème de genezingsduur iets bekorten.

De NHG-Behandelrichtlijn bespreekt lokale behandeling van een koortslip. De Behandelrichtlijn geeft ook informatie over orale antivirale medicatie en geeft adviezen hoe je besmetting van anderen kunt voorkomen.

RISICOGROEPEN

Bij pasgeborenen bestaat het risico op neonatale herpes, een ernstig ziektebeeld met een hoge mortaliteit. Om het risico op een herpesinfectie te verkleinen, moeten mensen met een koortslip een baby jonger dan drie tot vier weken niet knuffelen of verzorgen. Patiënten met een gestoord immuunsysteem hebben vaker recidieven. Ook lopen zij een groter risico op een ern-

stiger beloop en complicaties zoals een gedissemineerde infectie. Bij patiënten met constitutioneel eczeem kan een koortslip in zeldzame gevallen leiden tot eczema herpeticum, een ernstig ziektebeeld, dat gepaard gaat met koorts, malaise, lymfadenopathie en een potentiële fatale gedissemineerde infectie.

LOKALE BEHANDELING

Zinkoxide (wit) of het kleurloze zinksulfaat kan blaasjes sneller laten indrogen. De patiënt kan een indifferente crème of een smeersel als vaselinecetomacrogolcrème proberen om korsten te verzachten. Bij (hevige) pijnklachten kan de patiënt een smeersel met lidocaïne/zinkoxide 5% of lidocaïnevaselinecrème proberen. In de vroege fase, dus zodra de kenmerken de branderigheid optreedt, kan de patiënt ook lokale antivirale middelen zoals aciclovircrème (5%) proberen. Het effect van antivirale crème lijkt niet veel groter dan behandeling met een indifferent middel.

ORALE BEHANDELING

Overweeg orale behandeling met valaciclovir uitsluitend als de patiënt bij eerdere episodes zeer ernstige klachten had

(uitgebreide laesies, veel pijn, langdurig klachten) en als lokale behandeling onvoldoende effect had.

PREVENTIE RECIDIEVEN

Patiënten kunnen een koortslip soms voorkomen door uitlokkende factoren als zonlicht, stress en vermoeidheid te vermijden en door zonnebrandmiddel te gebruiken met een hoge beschermingsfactor. Overweeg een lange, preventieve kuur met een antiviraal middel alleen bij zeer frequente (meermaals per maand) en hinderlijke of uitgebreide recidieven na voorlichting over de bijwerkingen. ■

LITERATUUR

- 1. NHG. Herziene NHG-Behandelrichtlijn Koortslip. www.nhg.org/thema/nhg-behandelrichtlijnen.

De Jong J. Herziene NHG-Behandelrichtlijn Koortslip. Huisarts Wet 2018;61(1):50. NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. J. de Jong, wetenschappelijk medewerker
Correspondentie: j.dejong@nhg.org
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Acromegalie, niet te missen?

Frans van Horne, Pim Keurlings, Thalijn Wolters

Acromegalie is een zeldzaam klinisch syndroom met kenmerkende symptomen zoals vergrote acra, vergroving van het gelaat en verlaging van de stem. De oorzaak is bijna altijd een adenoom in de hypofyse. De diagnose wordt vaak gemist omdat de symptomen zich zeer langzaam ontwikkelen. De complicaties zijn uiteindelijk ernstig en als behandeling uitblijft, is de levensverwachting verkort. De IGF-1-test lijkt een goed en goedkoop screeningsinstrument voor acromegalie, maar de sensitiviteit en specificiteit zijn niet groot. Daarom is laagdrempelig overleg met de internist-endocrinoloog geboden. Met somatostatine-analogen en chirurgie kan ongeveer twee derde van de patiënten genezen.

Een klinische aandoening missen, zeker als het een zeldzame is, overkomt iedere huisarts.¹ Met nascholing, bewustwording en klinische ervaring kun je de kans verkleinen, maar niet volledig doen verdwijnen.² Acromegalie is zo'n zeldzame aandoening. De incidentie in Europa bedraagt 3 tot 4 per miljoen patiënten per jaar, de prevalentie 40 tot 90 per miljoen. Dat komt neer op ongeveer één patiënt per tien normpraktijken; de kans ooit in het werkzame leven een nieuwe patiënt aan te treffen is dus erg klein. Acromegalie is een aandoening met potentieel ernstige complicaties en hoe eerder de patiënt wordt verwezen naar de internist-endocrinoloog, hoe beter.³⁻⁶ De uitdaging is dus dit beeld, hoe zeldzaam ook, snel te herkennen. In deze klinische les willen we uw alertheid bij beginnende acromegalie vergroten. Het niet-pluisgevoel is bij de diagnose acromegalie des te belangrijker daar de klachten en symptomen specifiek zijn en zich vaak langzaam ontwikkelen.^{7,8}

DE KERN

- Acromegalie is een zeer zeldzame aandoening die vaak pas laat gediagnosticeerd wordt.
- De symptomen zijn kenmerkend maar ontwikkelen zich langzaam, ze kunnen uiteindelijk invaliderend worden.
- Acromegalie is bijna altijd het gevolg van een hypofyseadenoom.
- Een IGF-1-bepaling is niet voldoende voor de diagnose 'acromegalie'; de internist-endocrinoloog stelt de definitieve diagnose mede op basis van een orale glucosetolerantietest.

EEN JONGE MAN MET ASPECIFIEKE KLACHTEN [1]

Op een dag komt een 26-jarige, slanke rijzige man met blanco voorgeschiedenis op uw spreekuur met een knobbelte onder zijn rechterborst. U duidt dit als gynaecomastie en stelt voor even af te wachten. Na twee jaar komt hij terug op uw spreekuur met knieklachten na het voetballen, u denkt aan overbelasting. Ook vraagt hij of zijn Hb-concentratie zou kunnen worden geïkt, deze was wat laag bij de bloedbank. U kijkt hem eens aan en ineens valt het u op dat hij lijkt te zijn veranderd. Zijn gelaatskenmerken zijn aanmerkelijk grover geworden, zijn stem lijkt wat lager. Zou dit acromegalie kunnen zijn?



Figuur 1

Juni 2013: prognatie van de onderkaak is al enigszins zichtbaar



Figuur 2

Februari 2016: kenmerkend 'acromegaliegelaat' met prominent voorhoofd [frontal bossing], prognatie van de onderkaak, brede jukbeenderen, forse neus, prominente nasolabiale plooï, volle lippen en oedeem rond de ogen

EEN JONGE MAN MET ASPECIFIEKE KLACHTEN [2]

U legt de patiënt uit dat u denkt aan acromegalie en nadere diagnostiek wilt inzetten. In overleg met de klinisch chemicus besluit u om bij het screenend laboratoriumonderzoek ook de concentratie IGF-1 in het serum te laten bepalen. De resultaten lijken overtuigend: het thyroid-stimulerend hormoon is laagnormaal, het vrij thyroxine is verlaagd en het IGF-1 is sterk verhoogd. De Z-score van 5,3 betekent een kans van 99% op acromegalie. U verwijst uw patiënt naar de internist-endoocrinoloog in een academisch ziekenhuis.

PATHOFYSIOLOGIE

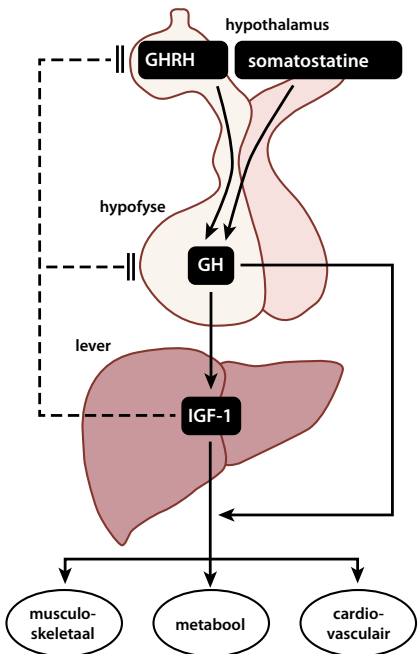
Acromegalie ontstaat onder invloed van een verstoring in de groeihormoonas, een regelsysteem met negatieve terugkoppeling [figuur 3]. Onder invloed van *growth hormone-releasing-hormoon* (GHRH), dat in de hypothalamus geproduceerd wordt, geeft de voorkwab van de hypofyse groeihormoon (GH) af. Dit hormoon zet de lever aan tot productie en afgifte van insulineachtige groeifactor 1 (IGF-1), een hormoon dat de eiwitsynthese in skeletspieren en kraakbeenweefsel stimuleert. In de hypothalamus remt IGF-1 de afgifte van GHRH en stimuleert het de afgifte van somatostatine, dat de GH-productie remt. Op het niveau van de hypofyse remt IGF-1 de afgifte van GH.

Diverse pathologische condities kunnen dit regelsysteem verstoren waardoor er een overmaat aan GH wordt afgescheiden. Bij 95-99% van de patiënten is de oorzaak een adenoom van de hypofyse.³⁻⁵

SYMPTOMATOLOGIE EN COMPLICATIES

De hypersecretie van GH- en IGF-1 belast in principe alle weefsels. Acromegalie is dan ook een klinisch syndroom dat uit meerdere symptomen bestaat. Vaak ontstaan er na verloop van tijd diverse complicaties. Patiënten bij wie behandeling uitblijft hebben een significant verhoogde mortaliteit en morbiditeit.³

Een vroeg symptoom is vergroving van het gelaat en groei van de acra. Het uiterlijk verandert en er kunnen voet- en handklachten ontstaan: knellend schoeisel, pijn in de handen,



Figuur 3

De groeihormoonas met negatieve terugkoppeling (stippellijn)

carpaletunnelsyndroom en premature artrose. De overmatige groei treedt ook op in zachte weefsels en kan resulteren in verlaging van de stem, snurken en slaapapneu [tabel 1].^{3,5} De druk van de hypofysetumor op het omliggende weefsel en op de hypofysesteel verstoort de hormoonsecretie en kan onder andere leiden tot hypogonadisme, hypocortisolisme en hyperprolactinemie – centrale hypothyreoidie zoals bij onze patiënt is overigens zeldzaam. De gynaecomastie bij onze patiënt had dus al eerder een reden kunnen zijn voor aanvullend onderzoek.⁹ Ook hyperglykemie, diabetes mellitus en cardiovasculaire problematiek komen vaak voor. Omdat de veranderingen zeer langzaam gaan, vallen ze de patiënt en diens naasten zelden op. Het is niet ongevoel dat de diagnose pas tien jaar na het begin van de ziekte gesteld wordt.

Tabel 1

De meest voorkomende klinische kenmerken van acromegalie

Oorzaak	Symptomen
Systemische effecten van GH en IGF-1 • weke delen en huid	vergroting van de acra, toename van huiddikte en beharing, hyperhydrosis, fibromen, ‘acromegaliegelaat’ [prominent voorhoofd, prognatie van de onderkaak, brede jukbeenderen, forse neus, prominente nasolabiale plooi, diastemen, oedeem rond de ogen, volle lippen]
• cardiovasculair • metabool • respiratoir • botten en gewrichten • overige endocriene symptomen	hypertensie, ventrikelerhypertrofie, hartfalen, aritmie, hypertensie verminderde glucosetolerantie, diabetes mellitus, dyslipidemie
Directe effecten van de hypofysetumor	lage stem, macroglossie, slaapapneu, luchtwegdisfunctie [longen, thorax]
• hoofdpijn, visuele beperking • verstoorde hormoonsecretie	artropathie, artrose, carpaletunnelsyndroom, osteopenie multinodulair struma, thyreotoxicoze, hypercalciurie, hyperparathyreoidie
	temporale hemianopsie, uni- of bilateraal hypogonadisme, hypocortisolisme, hyperprolactinemie, hypothyreoidie

De huisarts, die de patiënt minder vaak ziet, kan de discrete veranderingen sneller opmerken. Het verdient aanbeveling de patiënt te vragen oude foto’s mee te nemen naar een vervolgconsult.⁵

DIAGNOSTIEK

Als het vermoeden van acromegalie sterk is, kan de huisarts de serumconcentratie IGF-1 laten bepalen. Deze test kost ongeveer een tientje, maar is niet bijzonder sensitief (66%) of specifiek (69%) en de kans op een foutpositieve of foutnegatieve testuitslag is groot.^{3,5,11} Daarom is het verstandig vooraf te overleggen met de internist-endocrinoloog. Als het IGF-1 verhoogd blijkt, zal deze een orale glucosetolerantietest (OGTT) uitvoeren. Daalt de serumconcentratie GH onvoldoende bij glucosebelasting, dan bevestigt dat de diagnose ‘acromegalie’. Daarna wordt een MRI-scan van de hypofyse gemaakt om de positie van het adenoom te bepalen, eventuele complicaties door massawerking te voorspellen, de operabiliteit in te schatten en de behandeling te monitoren.^{3,10,12}

EEN JONGE MAN MET ASPECIFIEKE KLACHTEN [3]

De internist-endocrinoloog constateert een suprasellair macroadenoom, met hyperprolactinemie en partiële bijnierschorsinsufficiëntie. Het hypogonadisme heeft geleid tot een afgenomen erytropoëse en daardoor is normocytaire anemie ontstaan. Bijkomende bevindingen zijn aanwijzingen voor slaapapneu en subtiele afwijkingen in het ecg. Men start met een somatostatineanaloog om de tumor in regressie te brengen. Snel daarna volgt een transsfenoïdale adenectomie. Patiënt wordt verwezen naar diverse specialisten [cardioloog, oogarts, longarts en klinisch geneticus].

BEHANDELING

Doel van de behandeling is allereerst normalisering van de serumconcentratie IGF-1 en verder bestrijding van de symptomen en de bijkomende aandoeningen. Uit diverse onderzoeken is gebleken dat normalisering van IGF-1 nagenoeg alle complicaties vermindert of zelfs opheft, en de levensverwachting herstelt.^{3,5} Om de hypofysetumor te bestrijden start men vaak met een somatostatineanaloog, gevolgd door adenectomie. Dit leidt bij 65-70% van de patiënten tot genezing. Als adenectomie niet mogelijk is of later toch onvolledig blijkt, wordt de medicamenteuze behandeling voortgezet, eventueel in combinatie met radiotherapie. Bij sommige patiënten is levenslange suppletie van hypofysehormonen noodzakelijk.^{13,14}

DANKBETUIGING

De auteurs danken internist-endocrinoloog Romana Ne-tea-Maier voor haar kritische commentaar op het manuscript

en de patiënt voor zijn commentaar en het beschikbaar stellen van de foto’s. ■

LITERATUUR

1. Hendriks SA, Sollie A, Nijhuis MG, Stolper E. Zeldzame ziekten: een onmogelijke diagnostische opgave? Huisarts Wet 2016;59:412-5.
2. Van Osselen ECM, Helsloot R, Van der Werf G, Van Zalinge E. Werken aan betere huisartsen: van nascholing tot kwaliteitsbeleid. Huisarts Wet 2016;59:498-501.
3. Melmed S, Snyder PJ, Martin KA. Diagnosis of acromegaly [internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017. www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-acromegaly, geraadpleegd 21 juni 2017.
4. Van der Lely AJ, De Herder WW, Hofland LJ, Lamberts SW. Acromegalie: diagnostiek en behandeling. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1436-40.
5. Colao A, Ferone D, Marzullo P, Lombardi G. Systemic complications of acromegaly: epidemiology, pathogenesis, and management. Endocr Rev 2004;25:102-52.
6. Pivonello R, Auriemma RS, Grasso LF, Pivonello C, Patalano R, Galdiero M et al. Complications of acromegaly: cardiovascular, respiratory and metabolic comorbidities. Pituitary 2017;20:46-62.
7. Brueren M. Het pluis/niet-pluisgevoel als diagnostische methode. Huisarts Wet 2017;60:112-4.
8. Melmed S, Snyder PJ, Martin KA. Causes and clinical manifestations of acromegaly [internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017. www.uptodate.com/contents/causes-and-clinical-manifestations-of-acromegaly, geraadpleegd 21 juni 2017.
9. Koopman H, Monkelbaan J. Gynaecomastie is niet altijd onschuldig. Huisarts Wet 2014;57:266-70.
10. Shen Y, Zhang J, Zhao Y, Yan Y, Liu Y, Cai J. Diagnostic value of serum IGF-1 and IGFBP-3 in growth hormone deficiency: A systematic review with meta-analysis. Eur J Pediatr 2015;174:419-27.
11. Tarieflijst algemeen klinisch laboratorium. Capelle a/d IJssel: IJssellandziekenhuis; 2017.
12. Junnila RK, Strasburger CJ, Bidlingmaier M. Pitfalls of insulin-like growth factor-I and growth hormone assays. Endocrinol Metab Clin N Am 2015;44:27-34.
13. Melmed S, Snyder PJ, Martin KA. Treatment of acromegaly [internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2017. www.uptodate.com/contents/treatment-of-acromegaly, geraadpleegd 21 juni 2017.
14. Katznelson L, Laws E, Melmed S, Molitch M, Murad M, Utz A et al.; Endocrine Society. Acromegaly: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2014;99:3933-51.

Van Horne FJ, Keurlings PA, Wolters TL. Acromegalie, niet te missen? Huisarts Wet 2018;61(1):51-5. Medisch Centrum Oud-West, Nijmegen: F.J.P. van Horne, huisarts; P.A.J. Keurlings, huisarts-in-opleiding [tevens: Radboudumc, Nijmegen]. Radboudumc, afdeling Endocriene ziekten, Nijmegen: T.L.C. Wolters, arts-onderzoeker, internist-in-opleiding. Correspondentie: fransvanhorne@ezorg.nl Mogelijke belangenverstremgeling: Thalijn Wolters werkt aan een project dat gedeeltelijk gefinancierd wordt door een unrestricted grant van Ipsen Pharmaceuticals.

Psychische problemen bij een vluchtelingjongere, en nu?

Rosalin van Schie, Maria van den Muijsenbergh

De kans dat u een alleenstaande vluchtelingjongere op uw spreekuur krijgt wordt steeds groter. Want als huisarts bent u de zorgverlener met wie vluchtelingen na plaatsing in een gemeente het meest te maken krijgen. Het is dan vaak aan u om eventuele psychische problemen op te sporen. Maar hoe doet u dat, gezien het taalprobleem en de onbekendheid met de problematiek van vluchtelingkinderen en -jongeren?

Is deze situatie voor u herkenbaar? Zakt de moed al in uw schoenen bij het voeren van zo'n consult, met een taalbarrière, mogelijk psychiatrische problematiek bij een alleenstaande vluchtelingjongere en bureaucratische regels met betrekking tot inburgering? Toch is de kans dat u er in uw praktijk mee te maken krijgt redelijk groot, want u bent als huisarts de zorgverlener met wie vluchtelingen na plaatsing in een gemeente het meest te maken krijgen.^{1,2} Hiermee speelt u een rol in de vroege signalering en behandeling van psychische problemen. Maar wat weten we eigenlijk van de problematiek bij vluchtelingkinderen en -jongeren? Hoe kunt u dit soort problemen het beste aanpakken?

ONTWIKKELEN PSYCHOPATHOLOGIE

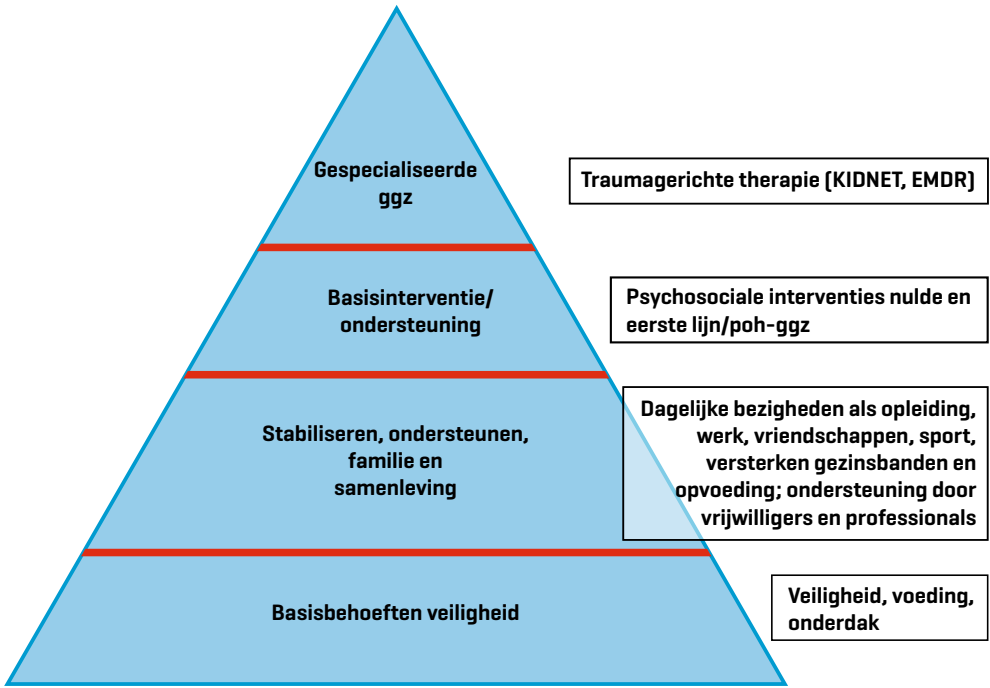
Kinderen en adolescenten die zijn gevlucht uit hun thuisland hebben vaak weken- of maandenlang in onzekere en gevaarlijke omstandigheden geleefd. Meestal zijn ze met hun ouders gevlucht, maar soms bereiken ze het gastland in hun eentje.^{1,2} Sinds 2013 is het aantal minderjarige asielzoekers in Nederland verdrievoudigd. In 2015 kwamen 18.630 minderjarige asielzoekers naar ons land. Van hen arriveerde twintig procent zonder begeleiding van een volwassen familielid – deze groep noemen we alleenstaande minderjarige vreemdelingen (AMV's). Vooral 16- tot 18-jarigen hadden de vlucht vaker alleen ondernomen. De voornaamste herkomstlanden zijn Syrië, Eritrea en Afghanistan.³ De meeste vluchtelingkinderen en -jongeren ontwikkelen zich goed en beschikken over een grote veerkracht, maar toch zijn zij ook kwetsbaar voor het ontwikkelen van psychische problemen. Directe en cumulatieve blootstelling aan geweld voor, tijdens en na de vlucht vormt een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van psychopathologie, waaronder een posttraumatische stressstoornis (PTSS).^{1,4-6} De prevalentie van PTSS bij vluchtelingkinderen schat men op 11%, en bij alleenstaande minderjarige asielzoekers zelfs op 20-53%.^{7,8} Behalve PTSS



Een stabiele omgeving is bevorderlijk voor de verwerking van een trauma van een vluchtelingjongere. Foto: Kees van de Veen/Hollandse Hoogte

CASUS

Een 18-jarige alleenstaande mannelijke vluchteling uit Syrië komt op het spreekuur omdat hij nauwelijks kan slapen en weinig eetlust heeft. Hij krijgt niet meer dan drie uur per dag slaap en slaapt soms overdag. Bij navraag geeft hij aan last te hebben van nachtmerries. De inhoud van zijn nachtmerries varieert van dromen over de oorlogssituatie, tot beelden over zijn vlucht en verblijf in het AZC. Hij drinkt zes koppen koffie en vier energiedrankjes op een dag, en zijn eetpatroon is onregelmatig. Hij kent een aantal vluchtelingen nog uit het AZC, maar heeft verder geen andere sociale contacten. De patiënt geeft aan zich eenzaam, somber en doelloos te voelen. Hij vertelt dat het zo niet langer gaat, maar weet niet waar hij moet beginnen om zijn situatie te veranderen.



Figuur 1

De interventiepiramide.

komen ook aanpassingsstoornissen, slaapstoornissen, concentratiestoornissen, somatisatie, angststoornissen, secundaire enuresis, depressie en gedragsstoornissen geregeld voor.⁹⁻¹¹ Externaliserend gedrag, waaronder oppositioneel, agressief, impulsief, hyperactief en antisociaal gedrag, komt vooral voor bij jongens.¹²⁻¹⁴ Vluchtelingenmeisjes hebben een grotere kans om internaliserende problemen te ontwikkelen. Hieronder vallen bijvoorbeeld depressie en neerslachtigheid, paniek- en

Het gaat vooral om het creëren van een stabiele omgeving

angstgevoelens, onzekerheid en teruggetrokken gedrag, en zelfbeschadiging.^{15,16} Bij adolescenten kan de identiteitsontwikkeling verstoord raken – het doormaken van een migratieproces interfereert vaak met de identiteitsvorming.¹⁷ Deze kinderen gaan ernstig twijfelen aan hun vermogen om een toekomst in het gastland op te bouwen, zoeken naar een identiteit die balanceert tussen een gebroken verleden en een open toekomst, en ervaren ambivalentie rond culturele waarden. Het is niet eenvoudig om mentale *distress* bij adolescenten te herkennen.¹⁸ Vaak maken zorgverleners geen onderscheid tussen fysieke en mentale symptomen en omschrijven ze het ervaren van psychiatrische distress nogal eens als algehele malaise of gegeneraliseerde pijn.

BENADERING EN BEGELEIDING

We kunnen de psychosociale zorg voor vluchtelingen weergeven met behulp van de interventiepiramide [figuur

1].^{2,6,10,19} De basis van de piramide wordt gevormd door de aanwezigheid van veiligheid, onderdak en voeding. Om psychisch gezond te worden en/of te blijven moet er gelegenheid zijn om een nieuwe maatschappelijke rol te ontwikkelen en sociale contacten op te bouwen. Voor kinderen en ouders in isolement is het moeilijker om doorgemaakte trauma's te verwerken en is de kans op nieuwe nare ervaringen groter. Een groot deel van de psychosociale hulpverlening blijft dus buiten de muren van de ggz en vindt plaats binnen de nulde of eerste lijn, of op school.

FOCUS OP HIER EN NU

Het eerste wat u tijdens het spreekuur doet is uitleggen waaruit uw rol als huisarts bestaat. Het is belangrijk duidelijk te maken wat het beroepsgeheim inhoudt, want vluchtelingen kunnen eerder te maken hebben gehad met hulpverleners die hun vertrouwen hebben geschonden.¹ U vraagt naar de achtergrond en de hulpvraag van de vluchteling. Praten over en vragen naar traumatische gebeurtenissen mag, maar de details van de gebeurtenissen zijn minder belangrijk. Respecteer het wanneer een patiënt daar niet over wil praten. Het is belangrijk om de mogelijkheid van doorgemaakt seksueel geweld te overwegen.²⁰ Het geven van psycho-educatie over emoties en (lichamelijke) reacties die kunnen ontstaan na heftige gebeurtenissen kan tevens inzicht en controle bieden. Toch is het verstandig om u niet alleen te concentreren op doorgemaakte traumatische gebeurtenissen. Een focus op het hier en nu is vele malen belangrijker, omdat daarmee psychische problemen voorkomen kunnen worden en omdat een stabiele omgeving bevorderlijk is voor de verwerking van het trauma. Bij het verlenen van psychosociale hulp gaat het dus



Vluchtelingkinderen en -jongeren beschikken over veel veerkracht. Zij hebben echter een groter risico op het ontwikkelen van psychische problemen.

vooral om het creëren van een stabiele woon- en leefsituatie, zorgen voor structuur, verminderen of voorkomen van een isolement en aansluiting zoeken bij de lokale omgeving door onder andere school/opleiding. Organisaties die belangrijk zijn om mee samen te werken, zoals Vluchtelingenwerk, kunnen ondersteuning bieden bij veel praktische zaken, van het aanvragen van een burgerservicenummer, helpen bij het aanmelden bij een opleiding tot

Concentreer u niet alleen op doorge-
maakte traumatische gebeurtenissen

het organiseren van kindervakantieweken. Het Rode Kruis kan familieleden opsporen (*tracing*) en heeft verschillende projecten, bijvoorbeeld kookprojecten, waarmee (ouders van) vluchtelingen sociale contacten kunnen opdoen. NIDOS voert de voogdijtaak uit voor de AMV's en is bovendien een expertisecentrum waar u met vragen terecht kunt. Ondanks uw inzet en begeleiding kunnen kinderen of jongeren in toenemende mate last krijgen van psychische symptomen. Indien er sprake is van symptomen die de ontwikkeling en/of het functioneren op school verstoren

kunt u de jongere hebt best naar de ggz verwijzen. Er zijn verschillende effectieve behandelinterventies mogelijk vanuit de specialistische ggz voor vluchtelingkinderen/-jongeren.² Evidence-based therapieën zijn onder andere Trauma Focused cognitieve gedragstherapie (TF-CBT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en Narratieve Exposure Therapie (NET) voor kinderen (kidNET).²²⁻²⁵

FOCUS PSYCHOSOCIALE HULP

Vluchtelingkinderen en -jongeren beschikken over veel veerkracht, maar lopen tegelijkertijd het risico op het ontwikkelen van psychische problemen. De focus van het verlenen van psychosociale hulp ligt niet zozeer op het gebied van de trauma-verwerking, als wel op het creëren van een stabiele omgeving waarin ruimte is voor ontwikkeling, het opbouwen van sociale contacten en het verkrijgen van een sociale rol. ■

VERVOLG CASUS

Samen met de patiënt stel ik een stappenplan op. Hij gaat zich beperken tot maximaal twee koppen koffie per dag en drinkt helemaal geen energiedrankjes meer. Verder gaat hij zich extra verdiepen in de taal. Via vluchtelingenwerk heb ik hiervoor begeleiding geregeld. Een vrijwilliger zal bijvoorbeeld met hem meegaan om het lidmaatschap van de bibliotheek te regelen. De patiënt blijkt sportief te zijn en besluit zich aan te melden bij een voetbalclub. Na een aantal consulten groet de patiënt mij in het Nederlands en wil hij het consult gedeeltelijk in het Nederlands proberen te voeren. Hij kookt inmiddels voor zichzelf, slaapt rond middernacht in, ontwikkelt steeds meer contacten en blijkt een belangrijke spilfunctie te hebben voor andere vluchtelingen.

LITERATUUR

- 1. Pharos. Kennissynthese Zorg, ondersteuning en preventie voor nieuwkomende vluchtelingen: wat is er nodig? Utrecht: Pharos, 2016.
- 2. Arq Psychotrauma Expert Groep. Veerkracht en vertrouwen: de bouwstenen van psychosociale hulpverlening aan vluchtelingen. Diemen: Arq, 2016.
- 3. CBS StatLine, www.cbs.statline.nl.

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

Van Schie, R. Psychische problemen bij een vluchtelingjongere, en nu? Huisarts Wet 2018;61(1):56-8.

Radboudumc, Afdeling Eerstelijns Geneeskunde, Nijmegen: R.M. van Schie, huisarts; prof. dr. M.E.T.C van den Muijsenbergh, huisarts en hoogleraar Gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg. Pharos, expertisecentrum gezondheidsverschillen, Utrecht: prof. dr. M.E.T.C van den Muijsenbergh, senior adviseur en onderzoeker.

Correspondentie: Rosalin.vanschie@radboudumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Zorg op maat voor diabetes type 2
Kennistoets

Henk Folkers

- 1. Boels deed onderzoek naar de glykemische instelling bij 890 patiënten met diabetes mellitus type 2. Wat toonde Boels aan over de instelling op basis van individuele streefwaarden?
 - a. Een hoger percentage patiënten haalt hun behandeldoel.
 - b. Het leidt tot gezondheidswinst.
 - c. Het leidt tot terugdringen van medicatiegebruik.
- 2. De NHG-Standaard noemt een aantal factoren voor het individualiseren van streefwaarden van het HbA1c. Een van de factoren is leeftijd; bij oudere patiënten gelden minder strenge behandeldoelen. Welke factor neemt de NHG-Standaard nog meer mee bij het individualiseren van streefwaarden van het HbA1c?
 - a. Comorbiditeit
 - b. Diabetescomplicaties
 - c. Diabetesduur
 - d. Levensverwachting
- 3. Patiënten met diabetes type 2 hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Hoe is het beleid bij deze groep voor behandeling van cholesterol?
 - a. Alle patiënten met diabetes type 2 krijgen een statine.
 - b. Alleen patiënten met diabetes type 2 met een LDL > 2,5 mmol/l krijgen een statine.
 - c. Behandeling met statine hangt af van de score in de CVRM-risicotabel.
- 4. Boels noemt in haar artikel redenen waarom je bij de oudere patiënt met diabetes type 2 minder strenge behandeldoelen zou moeten hanteren. Wat is het belangrijkste argument om bij deze groep af te wijken van de ‘one size fits all’-benadering en te kiezen voor minder strenge behandeldoelen?
 - a. Hoger percentage dat hun behandeldoel haalt.
 - b. Op hogere leeftijd niet meer profiteren van striktere instelling.
 - c. Afname van morbiditeit en mortaliteit.
 - d. Terugdringen van polyfarmacie.
- 5. Mevrouw Vermeulen, 73 jaar, kreeg dieetadviezen en ze gebruikt metformine en gliclazide, beide in maximale dosering. Haar laatste HbA1c was 60 mmol/mol (7,6%). De huisarts bespreekt deze uitslag met haar en geeft advies over de verdere behandeling. Welk beleid is in dit geval correct?
 - a. Aan de behandeling moet insuline worden toegevoegd.
 - b. De huidige behandeling word gecontinueerd, geen aanpassing nodig.
- 6. De huisartsopleider bespreekt met zijn aios de effecten van orale bloedsuikerverlagende medicijnen bij patiënten met nieuw gediagnosticeerde diabetes mellitus type 2. Een belangrijk doel is het verlagen van de mortaliteit. Bij welk middel is dit effect aangetoond?
 - a. Glimepiride
 - b. Metformine
 - c. Repaglinide
 - d. Sitapliptine
- 7. Mevrouw Meinders, 82 jaar, is bekend met hypertensie. Ze gebruikt eenmaal daags hydrochloorthiazide 12,5 mg. Ze komt voor jaarcontrole bij haar huisarts. Er is geen sprake van microalbuminurie en de eGFR is 68 ml/min. De bloeddruk is 150/84



Foto: Margot Scheerder

- mmHg. Wat is nu het aangewezen medicamenteuze beleid?
- a. Medicatie ongewijzigd laten.
 - b. Ophogen hydrochloorthiazide.
 - c. Toevoegen van een ACE-remmer.
 - d. Toevoegen calciumantagonist.
8. De 82-jarige heer De Haas komt op controle voor zijn hypertensie. Hij heeft een aantal leefstijlveranderingen doorgevoerd, waardoor zijn bloeddruk is gedaald tot 148/86 mmHg. Er is geen microalbuminurie en de eGFR is 65 ml/min. Hij slikt dagelijks paracetamol voor pijn bij artrose en hij gebruikt vitamine D. Het tienjaarsrisico op ziekte of sterfte door hart- en vaatziekten is voor de heer De Haas groter dan 20%. Wat is bij hem de juiste anti-hypertensieve behandeling op dit moment?
- a. Alleen continueren van leefstijlveranderingen.
 - b. Continueren leefstijlveranderingen en starten met een ACE-remmer.
 - c. Continueren leefstijlveranderingen en starten met een calciumantagonist.
 - d. Continueren leefstijlveranderingen en starten met een thiazidediureticum.

De antwoorden staan op pagina 69.

Het hymen, een delicate kwestie

Annemarie Semeijn, Ingrid Elfering

Het aantal Nederlandse vrouwen met een migratieachtergrond stijgt en zij kunnen huisartsen confronteren met verzoeken om een maagdelijkheidsverklaring of hymenreconstructie. Dat stelt de arts voor een dilemma: een valse verklaring of onnodige ingreep weigeren is medisch juist, maar kan de vrouw blootstellen aan geweld of verstoting. Deze nascholing geeft handvatten om met dit dilemma om te gaan. Met counseling en voorlichting kan men de vrouw helpen een passende oplossing te vinden. Als de vrouw gevaar loopt, kan de huisarts overwegen toch een maagdelijkheidsverklaring te formuleren. Als de wens tot hymen-correctie aanhoudt, moet de huisarts deze respecteren en de vrouw verwijzen.

Het aantal allochtone vrouwen in Nederland is tussen 2000 en 2014 gestegen van 17,5% tot 21,2%. Van deze vrouwen heeft 54% een niet-westerse, merendeels islamitische achtergrond.¹ Op het spreekuur kan dat leiden tot specifieke vragen met betrekking tot seksualiteit, met name rond maagdelijkheid. Voor veel moslims is maagdelijkheid voor het huwelijk een belangrijk voorschrift en is bloeden tijdens de huwelijksnacht het ultieme bewijs dat de familie-eer goed beschermd is.² Ongeveer de helft van de vrouwen bloedt niet tijdens de eerste coïtus, maar uit onderzoek blijkt dat 89% van de islamitische vrouwen in Nederland wil bloeden tijdens de huwelijksnacht uit angst voor verbanning of eerwraak.³

Slechts de helft van de vrouwen bloedt tijdens de eerste coïtus

Bij twijfel over de maagdelijkheid van een vrouw kan haar familie of omgeving aandringen op een maagdelijkheidsonderzoek. De term ‘maagdelijkheidsonderzoek’ impliceert dat artsen kunnen beoordelen of iemand nog maagd is. Dat is onmogelijk, want scheurtjes of inkepingen in het hymen zijn niet noodzakelijk het gevolg van een coïtus. Een intact hymen geldt echter als bewijs van maagdelijkheid, dus doen islamitische vrouwen vaak een verzoek tot hymenreconstructie. Gebleken is dat driekwart van hen geen kennis heeft van de vrouwelijke genitalia; ze zijn vooral bang dat mannen kunnen voelen dat zij geen maagd meer zijn.⁴ Het aantal verzoeken om een maagdelijkheidsverklaring of een hymenreconstructie in Nederland staat nergens gere-

NASHWA
Op het spreekuur komt Nashwa met haar nicht. Nashwa is een meisje van 16 jaar, haar ouders komen uit Egypte. Zij vraagt of zij een maagdelijkheidsverklaring zou kunnen krijgen. Bij doorvragen vertelt zij dat zij tegen haar zin seks heeft gehad met een jongen. Deze dreigt nu naar haar ouders te stappen en zij is bang dat haar ouders haar naar de huisarts zullen sturen voor onderzoek, daarom is ze nu alvast zelf gekomen. Ze wil weten hoe dat onderzoek in zijn werk gaat. De huisarts legt dat uit en legt ook uit hoe het maagdenvlies in elkaar zit. Ze nodigt Nashwa uit voor een volgend consult en geeft een aantal folders mee. Bij het volgende consult voert de huisarts een educatief lichamelijk onderzoek uit waarbij ze Nashwa laat meekijken. Aangezien er voor het meisje geen direct gevaar dreigt, legt de huisarts uit waarom ze geen maagdelijkheidsverklaring zal afgeven. Nashwa is tevreden met de uitleg en het educatieve onderzoek. Na drie maanden belt de huisarts Nashwa nog eens. Ze vertelt dat het goed met haar gaat.

gistreerd. Vermoedelijk vragen jaarlijks duizenden vrouwen informatie over het maagdenvlies en laten honderden zich behandelen.⁵⁻⁷ Jaarlijks komen vijftig meisjes bij de Rutgers Stichting in Den Haag met de vraag om maagdenvliesherstel, in het UMC Utrecht twintig.⁸ Een verzoek om een maagdelijkheidsverklaring of hymenreconstructie plaatst de huisarts voor een ethisch dilemma. Het verzoek weigeren kan ernstige gevolgen hebben voor de vrouw of haar familie en hen vatbaar maken voor chantage, eerwraak, verstoting of ontvoering naar het land van herkomst. Daar staat tegenover dat maagdelijkheidsverklaringen en hymenreconstructies onnodige medische handelingen zijn die een mythe in stand houden en de ongelijkheid der seksen bestendigen. Bij een hymenreconstructie is bovendien het beginsel *primum non nocere* in het geding.² Kortom, er zitten veel ethische aspecten aan deze problematiek. Er zijn dan ook verschillende standpunten over ingenomen. Feministisch-islamitische groeperingen willen niet dat er nog aan deze verzoeken wordt voldaan omdat die vernederend zijn voor de vrouw in kwestie. Zij vinden dat niemand behalve de vrouw zelf recht heeft op zo’n verklaring en dat iedereen de waarheid onder ogen moet zien.⁸ Een andere stroming, Ahmadiyya Isha’at-i-Islam, vindt dat vrouwen die voor een operatie of ‘maagdelijkheidspil’ kiezen (zie verderop) zichzelf voor de gek houden en dat zowel zijzelf als de artsen die hen helpen het criterium maagdelijkheid belangrijker maken dan het is: medici zouden het publiek duidelijk moeten maken dat het achterwege blijven van een bloeding tijdens de coïtus niet bewijst dat de vrouw geen maagd meer is.⁸ Weer anderen hopen dat allochtonen met aanzien zich zullen uitspreken of dat

DE KERN

- Vrouwen die een maagdelijkheidsverklaring of hymenreconstructie willen, weten vaak weinig af van de vrouwelijke genitalia.
- Het is niet mogelijk om de maagdelijkheid vast te stellen met medisch onderzoek van het maagdenvlies.
- Alleen bij dreigend geweld kan een maagdelijkheidsverklaring een oplossing zijn.
- De meeste vrouwen zien na goede voorlichting en counseling af van een hymenreconstructie, maar het is belangrijk de keus aan henzelf te laten.

scholen voorlichting gaan geven.^{3,7} Ook in andere landen is er geen consensus over dit ethische dilemma.^{9,10} Deze nascholing probeert handvatten aan te reiken om er in de spreekkamer zo goed mogelijk mee om te gaan.

NEEM DE TIJD VOOR HET CONSULT

Wees tijdens het consult nieuwsgierig, probeer niet te oordelen en neem de tijd. Voor de patiënte is dit een gevoelig onderwerp dat niet altijd in tien minuten te bespreken valt. Plan zo nodig dubbele consulten in en probeer in deze gesprekken het vertrouwen te winnen. Het kan helpen het beroepsgeheim te benadrukken. Vraag naar de betekenis en consequenties van het verlies van maagdelijkheid. Denk aan verstoting door haar familie en omgeving, geweld of eerwraak. Informeer ook naar de thuis-situatie om een beter beeld van de omstandigheden te krijgen.² Inventariseer de ideeën en de kennis van de patiënte omtrent het hymen; hierover bestaan vaak grote misverstanden. Vraag ook naar het gebruik van anticonceptie, onveilig seksueel gedrag, vrijwilligheid van het seksuele contact en eerdere negatieve seksuele ervaringen. Wees bedacht op verschijnselen van een soa of zwangerschap. Mocht de patiënte met de vraag voor een hymenreconstructie komen, vraag haar dan naar haar redenen. De twee redenen die het vaakst worden aangevoerd zijn dat ze willen bloeden tijdens de ‘ontmaagding’ en dat ze het idee hebben dat de opening niet meer klein is.¹¹ De constructie geeft hen voor hun gevoel hun ‘maagdelijkheid’ terug.

LICHAMELIJK EN AANVULLEND ONDERZOEK

Leg duidelijk uit dat een maagdelijkheidsonderzoek niet met zekerheid kan vaststellen of iemand nog maagd is. Bij een op de tien vrouwen die nog maagd zijn, is een complete ruptuur van het hymen te zien, en bij 81% van de seksueel actieve vrouwen zijn er alleen rupturen te zien in het onderste kwadrant van het hymen.¹² Doe, in overleg met patiënt, kort gynaecologisch onderzoek, eventueel ter educatie. Vraag de patiënte of ze met een spiegel wil meekijken om haar kennis van en inzicht in de eigen genitale anatomie te vergroten. Het meekijken ondersteunt ook de

counseling naderhand. Op het NHG-portal is een instructievi-deo te vinden.¹³ Bespreek bij onveilig seksueel gedrag ook soa-tests en/of een zwangerschapstest.

FEITEN EN FABELS OVER HET MAAGDENVLIES

Vrouwen hebben uiteenlopende ideeën over het maagdenvlies. Sommigen denken dat het een wandachtige structuur is, anderen zien het als een membraan die lijkt op een ring.¹¹ Ontkracht deze ideeën door ‘feiten en fabels over het maagdenvlies’ uit te leggen, met ter ondersteuning zo nodig de gelijknamige folder van Rutgers WPF en relevante websites.¹⁴⁻¹⁶

- Hymen en maagdelijkheid hebben niets met elkaar te maken.
- Het maagdenvlies is geen vlies, maar een randje dat de vagina niet afsluit.
- Ontmaagding gebeurt door vaginaal seksueel contact, niet door het verliezen van een ‘vlies’.
- Door tampons en paardrijden kun je je maagdelijkheid niet verliezen, door zoenen en masturberen ook niet.
- Een arts kan nooit beoordelen of een vrouw nog maagd is.⁴
- Maagdenvliezen zijn er in veel verschillende vormen (illustreer dit met een brochure, foto’s en het eerder gedane lichamelijk onderzoek).¹¹

MAAGDELIJKHEIDSVERKLARING

Stel alleen in uiterste gevallen, bijvoorbeeld bij dreigend gevaar, een maagdelijkheidsverklaring op. Het afgeven van een leugenachtige verklaring, bijvoorbeeld dat patiënt nog maagd is, is strafbaar en bij seksueel misbruik kan het de dader vrijpleiten. De KNMG acht het afgeven van zo’n verklaring dan ook ongewenst.¹⁷ Bij gevaar kunnen de volgende verklaringen overwogen worden:

‘Patiënte [naam] is op [datum] bij mij op het spreekuur geweest. Ik heb geen aanwijzingen dat patiënte geen maagd meer is.’
of:
‘Bij mevrouw [naam] is op [datum] een gynaecologisch onderzoek verricht. Bij dit onderzoek zijn geen aanwijzingen gevonden dat zij geen maagd is.’⁴

HYMENRECONSTRUCTIE

Als de reden van een hymenreconstructie bloedverlies is, leg dan uit dat bij ongeveer de helft van de vrouwen geen bloedverlies optreedt bij ontmaagding, ook niet na een hymenreconstructie.^{4,12} Men kan de patiënte wel adviseren een hulpmiddel te gebruiken. In islamitische landen gebruikt men daartoe soms de vingerprik of een zakje met geitenbloed.¹¹ In Nederland is bij de Rugters Stichting een ‘maagdelijkheidspil’ te koop, een kleine zetpil die karmozijnzuur bevat, maar die wordt weinig gebruikt; vrouwen vinden de kans op mislukking toch te groot en zien liever hun eigen bloed op het laken.⁵ Een andere methode is een onttrekkingsbloeding opwekken met behulp van progestagenen of de anticonceptiepil.¹¹ Een van de belangrijkste motieven voor hymenreconstructie is de gedachte dat mannen kunnen voelen dat een vrouw geen



Het weigeren van een valse maagdelijkheidsverklaring kan sommige vrouwen in gevaar brengen.

Foto: Shutterstock

maagd meer is.⁴ Ontkracht deze mythe en verwijst eventueel naar een bekkenbodempfysiotherapeut. Deze kan met de vrouw het aanspannen van de bekkenbodemp oefenen en zo de kennis en controle over het eigen lichaam vergroten.

SEKSUEEL GEWELD

Zorg bij seksueel geweld voor een verwijzing binnen 72 uur naar een Centrum Seksueel Geweld (0800-0188; www.centrumseksueelgeweld.nl).¹⁸

VERWIJZING

Als de vrouw ook na uitgebreide voorlichting en counseling nog steeds een hymenreconstructie wil, kan men haar voor nadere informatie doorverwijzen naar een gynaecoloog of gespecialiseerd centrum. Een minderheid van de verwezen vrouwen zal uiteindelijk kiezen voor hymenreconstructie. De geopereerde vrouwen waren daar achteraf wel tevreden over; ze gaven aan dat de operatie hen meer vertrouwen had gegeven.⁴

WAT KAN DE HUISARTS?

Doordat het aantal Nederlanders met een migratieachtergrond stijgt, wordt de huisarts steeds vaker geconfronteerd met zorgvragen uit niet-westerse culturen. De vraag om een maagdelijkheidsverklaring of een hymenreconstructie is daar een voorbeeld van. De huisarts moet erop bedacht zijn dat de vrouwen die zo'n verzoek doen meestal een vertekend beeld van het hymen hebben en dat meer dan de helft te maken heeft gehad met onvrijwillig seksueel contact of abortus. Veel moslims zijn ervan overtuigd dat een 'intact maagdenvlies' en bloedverlies bewijzend zijn voor maagdelijkheid en dat man-

nen kunnen voelen of een vrouw nog maagd is. De huisarts kan een belangrijke rol spelen in het wegnemen van deze misverstanden, maar het dilemma blijft: ingaan op deze verzoeken betekent dat je mythes over de vrouwelijke maagdelijkheid in stand houdt, een weigering kan echter de vrouw en haar familie in gevaar brengen. Als de vrouw gevaar loopt ontvoerd of verstoten te worden, kun je als huisarts naar waarheid verklaren dat je geen aanwijzingen kunt vinden dat zij geen maagd is. Vrouwen die een hymenreconstructie willen, kun je uitgebreid voorlichten en als ze niet op andere gedachten te brengen zijn, verwijzen. De keuze is uiteindelijk altijd aan de vrouw. ■

LITERATUUR

1. Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking; generatie, geslacht, leeftijd en herkomstgroepering [internet]. Den Haag/Heerlen: CBS; 2017. <http://statline.cbs.nl/statweb>, geraadpleegd maart 2014
2. Huisarts-migrant.nl: Maagdenvlies [internet]. Utrecht: NHG/Pharos; 2012. <http://www.huisarts-migrant.nl/maagdenvlies>, geraadpleegd augustus 2017.
3. Van Weelden K. Maagdenvliesmythes, Ned Tijdschr Geneesk 2012;156:C1244.

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

Semeijn A, Elfering IM. Het hymen, een delicate kwestie. Huisarts Wet 2018;61[1]:60-2.
De Leefstijlhuisarts: A. Semeijn, waarnemend huisarts. Gezondheidscentrum Haveneiland, Amsterdam: I.M. Elfering, huisarts.
Correspondentie: a.i.semeijn@gmail.com ielfering@sag-amsterdam.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

E-consult bij medicatie voor een angststoornis

Annoek van der Gouw

Therapieontrouw van medicatie bij patiënten met een angststoornis is een probleem. Patiënten hebben behoefte aan meer begeleiding van hun huisarts bij het starten van medicatie. Ze willen het vaak hebben over mogelijke bijwerkingen, en willen weten hoe lang het duurt voor een middel werkt en hoe lang ze het moeten gebruiken. Om de begeleiding te intensiveren kunt u naast de reguliere consulten het e-consult aanbieden.

Patiënten met een angststoornis hebben last van buitensporige angst die een grote impact heeft op hun sociaal en maatschappelijk functioneren. De angst past niet bij de situatie en is voor derden en vaak ook voor de patiënt niet in te voelen.¹ Het komt geregeld voor dat patiënten jarenlang met hun angstklachten blijven tobben en vermijdingsgedrag vertonen. Wanneer psychologische interventies onvoldoende effect hebben kunnen patiënten met een paniekstoornis, sociale fobie of gegeneraliseerde angststoornis medicatie krijgen. Serotonerge tricyclische antidepressiva (serotonerge TCAs: clomipramine en imipramine) en selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) hebben een gunstig effect op het beloop, waarbij SSRI's een lichte voorkeur hebben.¹ Patiënten hebben vaak allerlei vragen over de werking en mogelijke bijwerkingen van het middel. Ook kan therapieontrouw een probleem vormen. Goede begeleiding en psycho-educatie zijn dan van groot belang. Daarvoor kunt u naast het reguliere consult ook de mogelijkheden van het e-consult inzetten, een vorm van e-health. Het combineren van *face-to-face* contacten met e-health noemen we ook wel *blended care*. Bij een e-consult stelt de patiënt een medische vraag via een website of e-mail. Deze klinische les beschrijft hoe een huisarts blended care heeft ingezet bij het starten van medicatie door het e-consult aan te bieden als aanvulling op de spreekuurconsulten. Het gaat om een patiënte met een gegeneraliseerde angststoornis en een patiënte met een paniekstoornis en agorafobie. Beiden zijn hoog opgeleid, hebben een baan en beschikken over goede computervaardigheden. Ze hebben de e-consulten via het patiëntportaal van de website van de huisartsenpraktijk afgehandeld. Dit portaal is gekoppeld aan het huisartsinformatiesysteem (HIS), waarbij het beveiligde e-consult in de werkagenda van de huisarts terechtkomt. De begeleiding bij het starten van medicatie bestaat uit het geven van voorlichting over de werking en bijwerkingen, het beantwoorden van vragen, het bieden van



Bij het starten van medicatie bij depressie en angststoornis kan een e-consult naast de reguliere consulten van toegevoegde waarde zijn.

Foto: iStock

steun en bespreken of het behandeldoel van de medicatie wordt behaald. In het begin zijn wekelijkse of tweewekelijkse controles nodig.¹ Beide patiënten hebben naar eigen inzicht een afspraak op het spreekuur gepland of gebruik gemaakt van het e-consult. Ze weten dat een antwoord op een e-consult enkele dagen kan duren en dat dit medium dus niet geschikt is voor een crisissituatie. Fragmenten van de uitwisseling tussen patiënte en huisarts illustreren het verloop van de begeleiding. De patiënten hebben toestemming gegeven voor publicatie.

Patiënte A

Patiënte A is een vrouw van 34 jaar met een gegeneraliseerde angststoornis. Ze heeft meerdere therapieën ondergaan, grotendeels gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Ondanks psychotherapie blijft ze last houden van spanningen en overmatig piekeren. Na overleg met de psychotherapeut schrijft de huisarts citalopram voor. De patiënte werkt fulltime bij een zorginstelling en daarom zijn afspraken voor het reguliere spreekuur lastig in te plannen. De huisarts geeft aan dat zij contact kunnen houden via een regulier consult en telefonisch contact, of door gebruik te maken van een e-consult.

Week 1, patiënte A: *Op de eerste dag met medicatie was ik duizelig als ik snel opstond, maar de rest van de week heb ik hier weinig last van gehad. Sinds zaterdag ben ik misselijk en heb ik last van slaapproblemen. Zaterdag voelde ik mij paniekerig en besloot ik een oxazepam te nemen. Hier sliep ik goed op, maar ik durf dit niet standaard in te nemen omdat ik bang ben voor verslaving. Kan het kwaad als ik tijdens de werkweek een halve oxazepam voor het slapen neem? Verder voel ik mij met vlagen angstig, soms ook juist heel afgevlakt en onverschillig. Dit laatste gevoel is wel prettig maar mijn omgeving zegt dat de ‘twinkel’ in mijn ogen weg is. Is dit een blijvend effect van dit soort medicijnen? Ik ben bang dat ik mijn persoonlijkheid kan verliezen.*

Huisarts: *Het is bekend dat de angstklachten bij het starten van citalopram tijdelijk toenemen en dat oxazepam helpt deze periode te overbruggen. Als de citalopram gaat werken heb je de oxazepam*

niet meer nodig. Deze week kun je een halve oxazepam nemen voor het slapen gaan. Vervlakking is een bekende bijwerking van de citalopram, maar wees niet bezorgd dat je persoonlijkheid verandert.

Week 2, patiënte A: *Inmiddels zijn de meeste bijwerkingen afgenomen. Ik heb alleen nog niet zoveel eetlust en de slaapproblemen zijn vervelend. Mijn onrust is ook terug, maar het duurt natuurlijk nog een aantal weken voordat het gaat helpen.*

Huisarts: *Fijn dat de bijwerkingen zijn afgenomen. Je hebt gelijk dat je het effect van de medicatie nog even moet afwachten. Mocht de medicatie onvoldoende helpen, dan kunnen we over een paar weken de dosering ophogen.*

In week 4 stuurt patiënte een e-consult waarin ze vertelt dat het beter met haar gaat.

Week 6, patiënte A: *Ik heb gemerkt dat de medicijnen echt gaan werken. Ik heb alleen last van seksuele bijwerkingen. Ik kan moeilijker tot een orgasme komen. Mocht de dosis omhooggaan, wordt dit dan erger?*

De volgende drie e-mailcontacten gaan over de seksuele bijwerkingen en de toename van de klachten. De huisarts legt uit dat seksuele klachten bekende bijwerkingen zijn en ze eventueel kan overstappen op een ander middel. Twee maanden later schrijft de patiënte dat het libidoverlies is afgenomen.

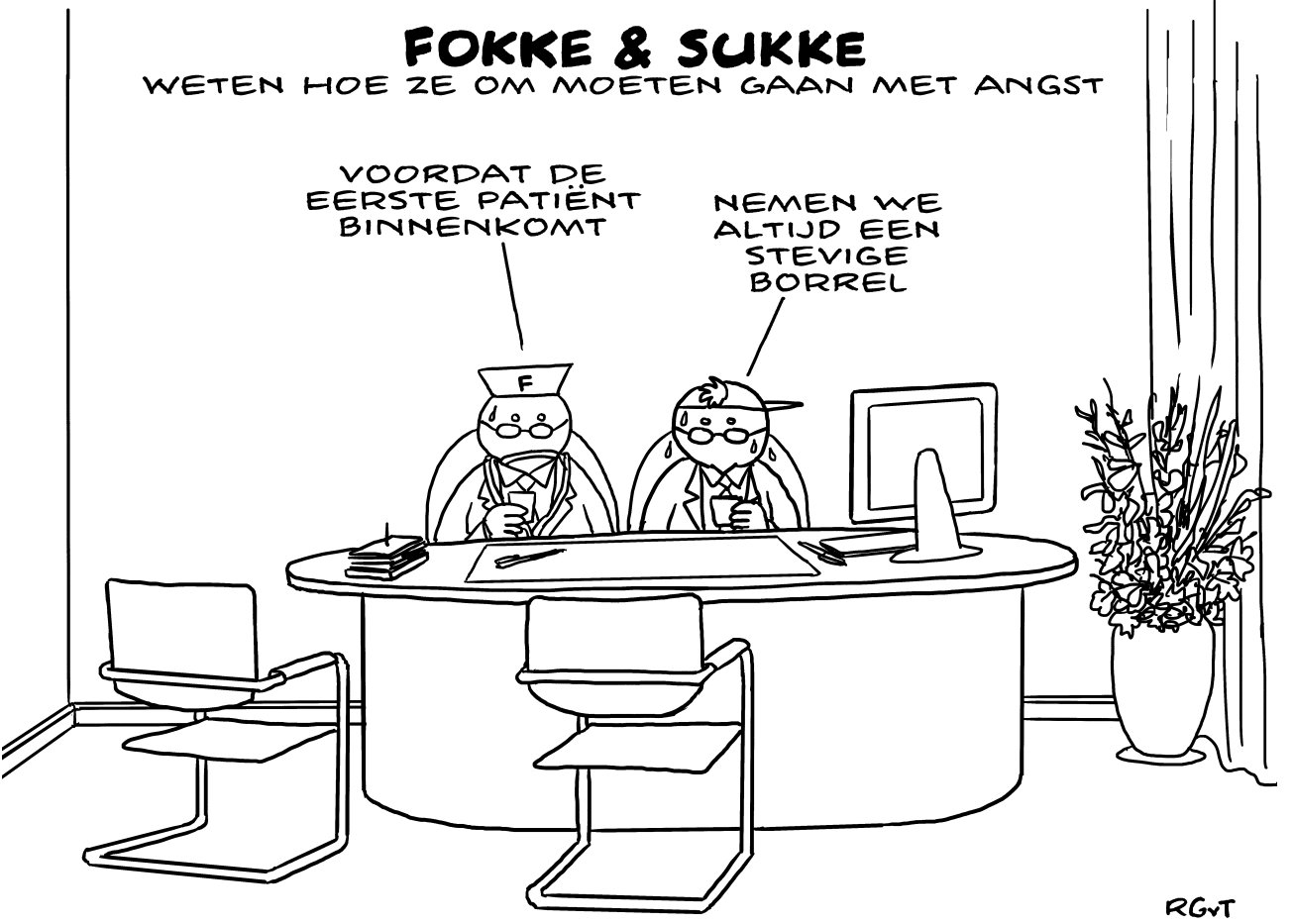
Patiënte B

Patiënte B is een vrouw van 38 jaar bij wie de behandelend psychotherapeut de diagnose paniekstoornis met agorafobie heeft gesteld. Ook heeft zij forse hypochondrische klachten. Haar psychotherapeut stelt voor om met medicatie te beginnen. De huisarts start citalopram en stelt de patiënte voor om contact te houden via het spreekuur of het e-consult. Een week later komt de patiënte op het spreekuur. Twee dagen voordat zij van plan was om met de medicatie te starten is zij ’s nachts wakker geworden omdat ze bang was om te stikken. Zij durft nog niet te beginnen met de medicatie. De huisarts legt uit dat zij een paniekaanval heeft gehad en verwacht dat citalopram hiertegen helpt.

Week 1, patiënte B: *Het starten van de medicatie is me zwaar gevallen. Overdag gaat het wel, alleen wat misselijkheid en onrust. Maar de nacht en de ochtend zijn gruwelijk. Hopelijk wordt dit minder, het valt mij zwaar zo op te zien tegen de nacht. Nog een vraagje dat mij dwars zit. Ik heb sinds twee weken het gevoel van een brok in mijn keel. Ik maak mij natuurlijk weer zorgen dat ik straks geen lucht krijg.*

Huisarts: *Dit is een zware periode voor je. De lichamelijke klachten die je ervaart door de bijwerkingen van citalopram versterken je angstklachten. De kans is groot dat de lichamelijke klachten en de onrust de komende week gaan afnemen. Als het niet gaat, bel je dan voor een afspraak op het spreekuur?*

Na een week bezoekt de patiënte wederom het spreekuur. Het gaat wat beter met haar. In week 4 mailt zij dat het goed gaat en de bijwerkingen afnemen: *Ik merk dat de medicatie begint te werken. Fijn! De bijwerkingen zijn weg en de angst siddert niet meer door mijn hele lijf. Mijn gedachten blijven hetzelfde, maar de fysieke reactie is minder. De hypochondrie blijft wel doorgaan. Afgelopen maanden heb ik regelmatig een leeg gevoel in mijn armen en juist een zwaar gevoel in de bovenbenen. Dan denk ik aan MS en wil ik het liefst volledig onderzocht worden. Op zo’n moment merk ik dat de medicatie de angst onderdrukt. Ik loop nog steeds prima hard en de coördinatie is goed, dus het zal hopelijk wel meevallen met mijn gezondheid.* In week 10 en 15 stuurt ze een e-consult om te vertellen dat het goed gaat en de cognitieve gedragstherapie ook beter aanslaat.



PATIËNTEN WAARDEREN E-CONSULTEN

Patiënte A en B hebben nadat ze met citalopram waren gestart meermaals gebruikgemaakt van de mogelijkheid van een e-consult. Ze waarderen de mogelijkheid om op een zelfgekozen moment contact te leggen met hun huisarts. Deze positieve reactie zien we ook in een onderzoek dat in 2017 is gedaan in het kader van de jaarlijkse Nictiz en NIVEL eHealth-monitor. De deelnemende patiënten vonden het prettig dat ze via het e-consult vragen konden stellen op een moment dat hen goed uitkwam en dat er meer tijd was om over de vragen na te denken. Minder mogelijkheden om door te vragen en minder persoonlijk contact zagen zij als negatieve punten. Patiënten die ervaring hebben opgedaan met het e-consult zijn positiever dan patiënten zonder ervaring.² Een groot deel van de patiënten in de huisartsenpraktijk stelt de mogelijkheden die e-consulten bieden op prijs. Opvallend is dat dit positieve oordeel onafhankelijk is van de leeftijd en dat er slechts een gering verschil is tussen hoog- en laagopgeleiden.³ Wanneer huisartsen online diensten aanbieden – het maken van afspraken, het aanvragen van medicatie en e-consult –, nemen de toegankelijkheid en zelfzorg toe, komen er minder medicatiefouten voor en ervaren patiënten een grotere betrokkenheid van hulpverleners.⁴ Het gebruik van e-consulten bij patiënten met chronische aandoeningen als diabetes en astma lijkt zelfs te leiden tot verbeterde gezondheidssuitkomsten.⁵

Sinds 2006 kunnen huisartsen een e-consult declareren (4,50 euro) en 60% van de huisartsen doet dat ook. Ondanks het toenemende aanbod, sterke aanwijzingen voor de meerwaarde en de grote behoefte van patiënten maakt slechts 3% van de patiënten gebruik van het e-consult. Mogelijk komt dat doordat patiënten niet volledig op de hoogte zijn van het online aanbod van hun huisarts.⁶ Een andere belemmering voor grootschalige implementatie is de magere financiering van de tijdsinvestering voor het beantwoorden van het e-consult en de kosten om te voldoen aan de eisen van beveiligd elektronisch verkeer. Om het e-consult in de huisartsenpraktijk een impuls te geven heeft Nictiz in opdracht van het ministerie van VWS een aantal actiepunten opgesteld. Zo komt er bijvoorbeeld een handreiking over de meerwaarde van het e-consult, met een beschrijving van de situaties en patiëntengroepen waarvoor het geschikt is.⁷ Het is belangrijk om hier verder onderzoek naar te doen, aangezien er nog maar weinig over bekend is. Wel is duidelijk dat het e-consult niet geschikt is voor crisissgevoelige situaties. Ook is het belangrijk om te bedenken dat miscommunicatie eerder kan optreden doordat huisarts en/of patiënt non-verbale signalen missen of doordat ze de tekst van de ander verkeerd interpreteren.⁸ Het NHG staat positief tegenover het e-consult, mits het aan de randvoorwaarden voldoet die zijn beschreven in de NHG-checklist, die deels is gebaseerd op de KNMG-richtlijn

Online arts-patiëntcontact.⁹ De NHG-checklist beschrijft welke onderwerpen geschikt zijn voor een e-consult en welke voorlichting de huisarts geacht wordt patiënten te geven (onder andere veiligheidsmaatregelen, informatie over wie inzage heeft in het e-consult en een adviesresponstijd van 24-48 uur door de week en 72 uur in het weekend). Daarnaast bevat de checklist organisatorische adviezen en technische beschrijvingen, waarvan een belangrijk punt is dat gewone e-mail onvoldoende beveiligd is. Verschillende ICT-leveranciers kunnen een patiëntportaal koppelen aan het HIS, zodat het e-mailverkeer voldoet aan de veiligheidseisen en de e-mailwisseling direct in het dossier komt.

Bij online communicatie geven mensen vaker persoonlijke informatie over taboeonderwerpen

In de fragmenten zien we hoe beide patiënten bijwerkingen beschrijven, gerichte vragen stellen, zorgen delen en reflecteren op hun eigen gedachten. Patiënte A vertelt over het libidoverlies als gevolg van de medicatie, waarvan bekend is dat weinig patiënten er spontaan over vertellen. Bij online communicatie zijn mensen meer geneigd persoonlijke informatie te geven over taboeonderwerpen.⁸ Ook kan het schrijven zelf therapeutisch werken.⁸ Voorlichting over de werking en bijwerkingen speelt een belangrijke rol bij de therapietrouw van medicatie. Ruim een kwart van de patiënten stopt binnen drie maanden met de voorgeschreven SSRI.⁹ Na het starten en stoppen van antidepressiva verergeren de angstklachten tijdelijk, waar ook patiënte B last van heeft. Juist dan hebben patiënten behoefte aan informatie en steun van hun huisarts. Uit recent onderzoek komt naar voren dat patiënten bij het starten van antidepressiva minder begeleiding van de huisarts hebben gekregen dan ze wilden.¹⁰ Ze willen graag bespreken op welk termijn de medicatie gaat werken, welke veranderingen ze kunnen verwachten, hoe ze met bijwerkingen moeten omgaan en hoe lang ze de medicatie moeten gebruiken.¹¹ De kans op therapietrouw neemt toe wanneer er meer dan drie vervolcontacten zijn waarin deze onderwerpen aan bod komen.¹² Enkele jaren

geleden is de inzet van e-consulten bij follow-up van patiënten met een depressie vergeleken met *care as usual* en toen bleek de ernst van de depressie significant af te nemen en was de therapietrouw van de interventiegroep groter dan die van de controlegroep. Ook waardeerden de patiënten de ontvangen hulp meer.¹³ Het is zinvol om te onderzoeken of deze resultaten ook gelden voor patiënten die medicatie krijgen voor een angststoornis.

INFORMEER PATIËNTEN ACTIEF

Deze klinische les laat zien dat het aanbieden van het e-consult bij het starten van medicatie niet alleen bij depressie, maar ook bij een angststoornis van toegevoegde waarde kan zijn, naast de reguliere consulten. De patiënt kan op een efficiënte en toegankelijke manier op een zelfgekozen moment vragen stellen. Juist bij patiënten met ambivalente gevoelens ten opzichte van medicatiegebruik kan online begeleiding mogelijk bijdragen aan therapietrouw en leiden tot verdieping van het contact tussen de behandelaar en de patiënt. Om hierover een beter gefundeerde uitspraak te doen is verder onderzoek nodig. Voor een succesvolle implementatie van het e-consult in de huisartsenpraktijk is het belangrijk om patiënten actief te informeren over het online aanbod en voldoende tijd en geld beschikbaar te stellen voor de investering van de huisarts. ■

LITERATUUR

1. Hassink-Franke L, Terluin B, Van Heest F, Hekman J, Van Marwijk H, Van Avendonk M. NHG. NHG-Standaard Angst (tweede herziening). www.nhg.org

2. Brabers A, Swinkels I, Van Lettow B, De Jong J. Zorggebruikers zien zowel positieve als negatieve kanten van het e-consult. Gebruikers zijn positiever over het e-consult dan niet gebruikers (factsheet). Utrecht/Den Haag: NIVEL/Nictiz, 2017.

3. Seth P, Abu-Abad MI, Kapoor V, Nicholson K, Agarwal G. Email between patient and provider: assessing the attitudes and perspectives of 624 primary health care patients. JMIR Med Inform 2016;4:e42.

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

Van der Gouw A. E-consult bij medicatie voor een angststoornis. Huisarts Wet 2018;61(1):65-8.
OCE Nijmegen, Nijmegen: A. van der Gouw, kaderarts GGZ
Correspondentie: avandergouw@cihn.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

Uw diagnose

Vorige maand zag ik een jonge vrouw op het spreekuur vanwege pijn aan vallen in de linkerschouder gedurende enkele dagen. Zij was reeds gestopt met fitness en gaan wielrennen, omdat ze tussen de aanvallen door milde pijn had. Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?

- 1. Amyotrofische laterale sclerose
- 2. Amyotrofische schouderneuralgie
- 3. Cervicale radiculopathie
- 4. Pancoasttumor

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

Foto's gezocht

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



Foto: Jaap Morgenstern, huisarts

Antwoorden kennistoets

1a / 2c / 3c / 4c / 5b / 6b / 7a / 8a

Serie therapie van alledaagse klachten

Behandeling van hoesten

Lidewij Broekhuizen, Alfred Sachs

CASUS

Mevrouw de Klein is 43 jaar en consulteert de huisarts in verband met hoesten. Zij heeft nooit gerookt. Het begon met griepigheid vier weken geleden. Ze voelt zich niet ziek meer, maar het hoesten houdt maar niet op. Vooral 's nachts vindt ze het vervelend. Ze had bij de apotheek om een hoestdrank gevraagd waarop de assistente van de apotheek haar vanwege de duur van het hoesten naar de huisarts verwees. U vindt haar niet ziek en bij auscultatie van de longen hoort u geen afwijkingen.

Hoesten is een door prikkeling van de slijmvliezen veroorzaakte plotselinge uitstoting van lucht.² We maken onderscheid tussen acute hoest (< drie weken), subacute hoest (drie tot acht weken) en chronische hoest (> acht weken).³⁻⁵ Wereldwijd is hoesten een van de meestvoorkomende redenen om de huisarts te consulteren.^{5,6} Het is veelal binnen enkele weken selflimiting. In ruim 80% van de gevallen ziet de huisarts de patiënt slechts een keer.⁶ Aan subacute of chronische hoest kan relevante pathologie ten grondslag liggen die behandeling vereist zoals astma, COPD of hartfalen.⁷⁻⁹ Daarom zijn een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek, eventueel aangevuld met gerichte aanvullende diagnostiek, essentieel. Aanwijzingen voor een organische oorzaak zijn:¹⁰

- recidiverende hoest met atopie en piepen. Dit kan op astma of bronchiale hyperreactiviteit wijzen. Denk bij een (ex-)roker ouder dan 40 jaar ook aan COPD.^{7,8}
- recidiverend (nachtelijk) hoesten met enkeloedeem of dyspnoe d'effort bij ouderen. Dit kan wijzen op hartfalen.
- zuurbranden. Dit kan wijzen op gastro-oesofageale reflux.
- bovenste luchtwegklachten. Deze kunnen wijzen op persistente rinosinusitis of neuspoliepen.
- gebruik van ACE-remmers, AII-antagonisten, SSRI's, benzodiazepinen, bleomycine, methotrexaat of prostaglandinesynthetaseremmers kan hoestklachten geven.

Alarmsymptomen bij hoesten zijn:

- hemoptoë, afvallen of algemene malaise bij rokers (longcarcinoom)
- zuigelingen met hoesten en apneus of cyanose (congenitale cardiopulmonale aandoeningen)
- contact met (mogelijk besmette) geiten en schapen (Q-koorts).



Bij hoesten zijn er geen sterk aanbevolen therapieën. Foto: iStock

VERVOLG CASUS

U adviseert mevrouw De Klein om af te wachten en antwoordt dat een hoestdrankje wel kan, maar waarschijnlijk weinig effect heeft. U adviseert haar om de informatie na te lezen op Thuisarts.nl en terug te komen als de klachten na vier weken niet verdwenen zijn. U ziet de patiënt niet meer terug voor deze klacht.

Het schema met therapeutische mogelijkheden is van toepassing op de symptomatische therapie van hoesten door onbekend oorzaak. In het kort zijn er geen sterk aanbevolen therapieën; de meeste voorgeschreven en zelfzorgmiddelen hebben geen of een onduidelijk effect en veel middelen hebben bijwerkingen. Er is weinig bewijs voor, maar u kunt adviseren om keelschrapen te verminderen en eventueel een dropje of honing te gebruiken om de keel te verzachten, vooral bij kriebelhoest. ■

Schema therapeutische mogelijkheden bij hoesten¹

Interventie	Opmerkingen	Winst	Bewijs
Sterke aanbeveling Er zijn geen sterk aanbevolen therapieën; de meeste voorgeschreven en zelfzorgmiddelen hebben geen of een onduidelijk effect en veel middelen hebben bijwerkingen.			
Matige/zwakke aanbeveling Adviezen: irritatie tegengaan en keel verzachten door honing of dropjes			
	Vooraf bij kriebelhoest	Klein	Laag ¹¹
Negatieve aanbeveling			
Antibiotica	Resistentievorming	Negatief	Goed ^{5,12}
Bètasympathomimetica	Alleen zinvol bij bronchusobstructie	Geen	Goed bij volwassenen, matig bij kinderen ¹³
Dextromethorfan	Kan onder andere hallucinaties veroorzaken	Geen	Matig ^{14,15}
LRTA (montelukast)		Geen	Matig/laag ¹⁶
Antihistaminica		Geen	Goed ^{17,18}
Cromonen (per inhalatie)		Negatief	Geen ¹⁹
NSAID's		Geen	Goed ²⁰
Paracetamol		Geen	Goed ²¹
Geen aanbeveling mogelijk			
Noscapine	Veroorzaakt Slaperigheid	Onduidelijk	Laag ¹⁴
Codeïne	Mogelijk enig effect bij chronische hoest bij volwassenen, bijwerkingen	Onduidelijk	Laag ^{14,17,22-27}
Mucolytica (broomhexine, acetylcysteïne)		Onduidelijk	Laag ^{26,28,29}
Expectorantia (guaifenesine)		Onduidelijk	Laag ¹⁷
Emollientia (sacharose- of tijmstroop)		Onduidelijk	Laag ¹⁷
Inhalatiecorticosteroiden	Heterogeniteit in beschikbare trials	Onduidelijk	Matig ³⁰⁻³²
Anticholinergica (promethazine)	Geen ernstige bijwerking bekend maar mogelijk medicaliserend/belastend	Onduidelijk	Geen ³³
Psychotherapie	Mogelijk effect van hypnose bij psychogene hoest	Onbekend	Laag ³⁴

LITERATUUR

1. Broekhuizen BDL, Sachs APE. Hoesten. In: De Jongh TOH, De Vries H. Therapie van alledaagse klachten. Houten; Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
2. Van Dale JH. Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie, 2015.
3. Verheij ThJM, Hopstaken RM, Prins JM, et al. NHG-Standaard acuut hoesten. Utrecht: NHG, 2011. www.nhg.org/NHG-standaarden.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.



Voor het verzachten van de keel met een dropje of honing is weinig bewijs. Foto: Shutterstock

Broekhuizen L, Sachs A. Behandeling van hoesten. Huisarts Wet 2018;61(1):70-1.
Huisartspraktijk De Bongerd, Borculo: dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts en redactielid H&W. Huisartsenpraktijk Groningen, Groningen: dr. A.P.E. Sachs, huisarts.
Correspondentie: lidewijbroekhuizen@gmail.com
Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Primaire cardiovasculaire preventie voor ouderen

Emma van Bussel

Het is onduidelijk of ouderen baat hebben bij primaire preventie van hart- en vaatziekten. Daarom is er een onderzoek opgezet waarbij gegevens worden verzameld in 116 huisartsenpraktijken, met een follow-up van meer dan zes jaar. De hamvraag is: wat is het effect van multicomponente cardiovasculaire preventie op het cardiovasculaire risicoprofiel bij gezonde ouderen; welke ouderen hebben daarvan het meeste profijt en welke risicofactoren worden het meest beïnvloed?



Multicomponente interventies op jongere leeftijd hebben het meeste effect op het verbeteren van het algehele cardiovasculaire risicoprofiel.

Foto: Margot Scheerder

De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (2012) geeft geen harde richtlijnen voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten bij ouderen. Zo adviseert de standaard een statine ‘te overwegen’ bij ouderen, en ‘levensverwachting, comorbiditeit, polyfarmacie en wensen van de patiënt mee te wegen in het besluit leefstijl en medicamenteuze behandeling te starten indien het 10-jaarsrisico op cardiovasculaire ziekte en sterfte meer dan 20% bedraagt’. Huisarts en patiënt moeten dus samen besluiten welke preventieve behandelingen gewenst zijn.

GEEN EENDUIDIGE EFFECTEN

Van de ingeschreven patiënten in een gemiddelde huisartsenpraktijk is 11,4 tot 17,5% 65 jaar of ouder.¹ Een deel van hen is ‘kwetsbaar’. Volgens de bevolkingsprognose van het CBS zijn er in 2030 een miljoen ‘kwetsbare’ ouderen in Nederland.

Uit de literatuur is bekend dat multicomponente interventies op jongere leeftijd het meeste effect hebben op het verbeteren van het algehele cardiovasculaire risicoprofiel.² De optimale streefwaarden van risicofactoren bij ouderen zijn niet bekend; in sommige onderzoeken resulteerde bloeddrukverlaging (met variërende streefwaarden van 160 tot 130 mmHg) in een vermindering van hart- en vaatziekten en sterfte.³ Andere onderzoeken suggereren dat het verband tussen traditionele cardiovasculaire risicofactoren en de incidentie van hart- en vaatziekten vermindert of zelfs omkeert met het stijgen van de leeftijd.⁴ Eén van de verklaringen voor deze schijnbare tegenstelling is dat aan trials relatief vitale ouderen deelnemen, bij wie behandelingen anders werken dan bij hun kwetsbaarder leeftijdgenoten. Tot op heden is onduidelijk of, en zo ja, welke ouderen baat hebben bij multicomponente, primaire, cardiovasculaire preventie.

Daarom is er een onderzoek opgezet waarbij gegevens worden verzameld in 116 huisartsenpraktijken met een follow-up van meer dan zes jaar met als vraag: wat is het effect van multicomponente cardiovasculaire preventie op het cardiovasculaire risicoprofiel bij gezonde ouderen (70 tot 78 jaar op baseline); welke ouderen hebben daarvan het meeste profijt en welke risicofactoren worden het meest beïnvloed? ■

LITERATUUR

1. Van den Dungen C, Hoeymans N, Boshuizen HC, Van den Akker M, Biemans MC, Van Boven K, et al. The influence of population characteristics on variation in general practice based morbidity estimations. BMC Public Health 2011;11:887.
2. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The sixth joint task force of the ESC and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): developed with the special contribution of the EACPR. Eur Heart J 2016;37:2315-81.
3. Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. N Engl J Med 2008;358:1887-98.
4. Ahmadi SF, Streja E, Zahmatkesh G, Streja D, Kashyap M, Moradi H, et al. Reverse epidemiology of traditional cardiovascular risk factors in the geriatric population. J Am Med Dir Assoc 2015;16:933-9.

Van Bussel E. Primaire cardiovasculaire preventie voor ouderen. Huisarts Wet 2018;61(1):72.
AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: E.F. van Bussel; aiotho.
Correspondentie: E.F.vanBussel@amc.nl
Belangenverstrengeling: niet gemeld.
Deze bijdrage is een stand van zaken over onderzoek van artsen-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker.

Dieet voor kinderen met functionele buikpijn

Jojanneke van Summeren, Gea Holtman

Er is beperkt bewijs dat het voorschrijven van probiotica aan kinderen met functionele buikpijn effectief is. Het voorschrijven van extra vezels of medicatie heeft geen zin. Dat zijn de conclusies van twee recente Cochrane-reviews. De kwaliteit van het bewijs was echter laag tot gemiddeld en de meeste onderzoeken werden uitgevoerd in de derde lijn. Communicatie, voorlichting en geruststelling blijft de basis van de behandeling van functionele buikpijn bij kinderen.

Functionele buikpijn komt voor bij 4 tot 25% van de kinderen. Hoewel de klachten vaak onschuldig zijn, kan recidiverende buikpijn leiden tot schoolverzuim en emotionele problemen. Functionele buikpijn kan ontstaan door fysieke, emotionele of omgevingsfactoren. De behandeling kan daarom bestaan uit farmacologische, psychosociale en/of dieetinterventies. In de Cochrane-review werd het effect van diëten op het verminderen van buikpijnklaarten bij kinderen onderzocht.

DIVERSE DIËTEN

De auteurs includeerden 27 artikelen die de resultaten uit 19 gerandomiseerde trials weergaven (n = 1453). Dertien onderzoeken gingen over probiotica. In de eerste drie maanden na de interventie hadden de kinderen die werden behandeld met probiotica minder last van buikpijn dan de kinderen die placebo kregen (OR 1,63; 95%-BI 1,07 tot 2,47; NNT 8). Voor kinderen met het prikkelbaredarmsyndroom was het effect groter (OR 3,01; 95%-BI 1,77 tot 5,13; NNT 4). Daarnaast verminderde probiotica de frequentie en intensiteit van pijn sterker dan placebo (gemiddeld verschil respectievelijk -0,55 (95%-BI -0,98 tot -0,12) en -0,50 (95%-BI -0,85 tot -0,15)). Er is geen bewijs dat extra vezels buikpijnklaarten verminderen (vier onderzoeken). In vergelijking met placebo ervoeren de kinderen geen vermindering van pijn (OR 1,83; 95%-BI 0,92 tot 3,65) of intensiteit van pijn (gemiddeld verschil -1,24; 95%-BI -3,41 tot 0,94). De auteurs vonden verder één onderzoek dat het effect van een FODMAP-dieet beschreef en één onderzoek waarin de inname van lactose en fructose werd beperkt. Beide onderzoeken lieten zien dat de kinderen met deze diëten minder periodes met buikpijn hadden dan de kinderen met een controledieet.

Door de heterogeniteit van de onderzoeken, kans op bias en kleine onderzoeksgroepen beoordeelden de auteurs de kwaliteit van het bewijs als laag tot gemiddeld. De meeste onderzoeken werden uitgevoerd in de derde lijn en onderzochten de kortetermijneffecten van vier tot zes weken behandeling.

COMMUNICATIE, VOORLICHTING, GERUSTSTELLING

De NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen adviseert goede communicatie, voorlichting en geruststelling als behandeling.



Functionele buikpijn bij kinderen is vaak onschuldig.

Foto: iStock

Voorlichting kan bestaan uit informatie over ontstaan van de buikpijn, overgevoeligheid van darmen op allerlei prikkels, en de invloed van gedachten en gevoelens op buikpijn. Om ouders en kind gerust te stellen, is het belangrijk te vertellen dat buikpijn vaak voorkomt en dat het geen voorbode is voor een levensbedreigende aandoening. Bij 6 tot 8% van de kinderen met buikpijn wordt een organische oorzaak gevonden. Wanneer de klachten niet overgaan, kan de huisarts voorstellen een dagboek bij te houden om in kaart te brengen wat de buikpijn uitlokt. Ouders vragen soms om een dieet of farmacologische interventie. Extra vezels worden niet aanbevolen. Er is enig bewijs dat probiotica effectief kunnen zijn, vooral bij het prikkelbaredarmsyndroom. Voordat huisartsen probiotica kunnen aanbevelen, zijn er grotere trials nodig naar het effect van probiotica, de optimale dosering en het type probiotica dat het best werkt. Meer onderzoeken naar diëten, zoals FODMAP, zijn nodig om daarover aanbevelingen te kunnen geven. Een andere Cochrane-review beschrijft dat er onvoldoende bewijs is voor medicatie, zoals antidepressiva of spasmolytica, om buikpijn bij kinderen te verminderen. ■

LITERATUUR

1. Newlove-Delgado TV, et al. Dietary interventions for recurrent abdominal pain in childhood. Cochrane Database Syst Rev 2017;3:CD010972.
2. Martin AE, et al. Pharmacological interventions for recurrent abdominal pain in childhood. Cochrane Database of Syst Rev 2017;3:CD010973.

Van Summeren J, Holtman G. Dieet voor kinderen met functionele buikpijn. Huisarts Wet 2018;61(1):75.
UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: J.J.G.T. van Summeren, promovendus, dr. G.A. Holtman, klinisch epidemioloog.
Correspondentie: g.a.holtman@umcg.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.
Deze bijdrage is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Behandeling acute jichtaanval blijft maatwerk

Bèr Pleumeekers

In de behandeling van een acute jichtaanval zijn corticosteroiden en NSAID's even effectief. De nieuwe NHG-Standaard Artritis adviseert dan ook om voor het middel te kiezen dat het best bij de patiënt past. Een recent literatuuronderzoek bevestigt dit advies. Corticosteroiden lijken weliswaar minder bijwerkingen te geven dan NSAID's, maar er is onvoldoende bewijs om hiervan een richtlijn te maken.

De nieuwe NHG-Standaard Artritis adviseert om voor een van beide middelen te kiezen en het beleid primair te laten bepalen door de aanwezigheid van contra-indicaties, met name voor het gebruik van NSAID's. Dit advies is wat betreft de effectiviteit ingegeven door een beperkt aantal onderzoeken die elkaar soms tegenspreken. Bij het tot stand komen van de standaard was er onvoldoende vergelijkend onderzoek beschikbaar naar de verschillen tussen beide middelen wat betreft bijwerkingen. Het advies van de standaard is daarom gebaseerd op theoretische aannames. Over hetzelfde onderwerp is nu een literatuuronderzoek verschenen. De uitkomsten daarvan liggen in lijn met het advies van de standaard.

MEDICATIE BIJ JICHTAANVAL

De auteurs van het literatuuronderzoek analyseerden zes RCT's, waarbij in totaal 817 patiënten waren betrokken. Zij selecteerden drie publicaties waarin bij de behandeling van een acute jichtaanval uitvoerig werd gekeken naar zowel de effectiviteit van corticosteroiden in vergelijking met NSAID's als naar het bijwerkingenprofiel. De onderzoekers vergeleken de behandeling gedurende vier tot zeven dagen met prednisolon 30 of 35 mg, een eenmalige dosering van 7 mg bethamethason en een eenmalige dosering van 60 mg triamcinolon met een gebruikelijke dosis van verschillende NSAID's. De gemiddelde follow-upduur was 15 dagen. De diagnose jicht werd in vier trials gesteld op basis van klinische bevindingen en in twee trials aan de hand van een gewrichtspunctie. Om de effectiviteit van de interventies te bepalen, registreerden de onderzoekers verschillende eindpunten. De pijnreductie was zowel op korte termijn (binnen zeven dagen) als op langere termijn gelijk voor corticosteroiden en NSAID's. De door een arts vastgestelde reactie op de behandeling was eveneens voor beide behandelingen gelijk. Er werden evenmin verschillen gevonden voor de tijd die nodig was om de klachten geheel te laten verdwijnen en de hoeveelheid extra pijnmedicatie die werd ingenomen. Wat betreft de bijwerkingen hadden de corticosteroïdegebruikers 50% minder maagklachten (RR 0,50; 95%-BI 0,27 tot 0,92), 75% minder last van misselijkheid (RR 0,25; 95%-BI 0,11 tot 0,54) en bijna 90% minder last van braken (RR 0,11; 95%-BI 0,02 tot 0,56). Zowel de resultaten over de effectiviteit als over de bijwerkingen vertoonden een



Bij een acute jichtaanval adviseert de NHG-Standaard Artritis een vijfdaagse behandeling met prednisolon. Foto: Oktay Ortakcioglu

aanzienlijke spreiding tussen de verschillende onderzoeken. Om die reden werd de kwaliteit van de onderzoeken laag tot middelmatig gewaardeerd. In geen enkel onderzoek werd gekeken naar het effect van de behandeling op de kwaliteit van leven of de gevolgen voor de nierfunctie.

KOERS NHG-STANDAARD AANHouden

Ook op basis van dit nieuwe literatuuroverzicht is er geen duidelijk verschil in effectiviteit tussen corticosteroiden of NSAID's voor de behandeling van een acute jichtaanval. Beide zijn even effectief bij het verminderen van de pijn, zwelling, roodheid, gevoeligheid, functionele beperkingen, duur van de klachten of het gebruik van aanvullende medicatie. Wel blijken corticosteroiden een gunstiger bijwerkingenprofiel te hebben wat betreft maagklachten. Behalve over deze bijwerkingen geven de onderzoeken geen informatie over het risico op hyperglykemie, gastro-intestinale bloedingen, nierfunctiestoornissen of cardiovasculaire bijwerkingen. Hoewel de kennis over deze middelen door drie nieuwe onderzoeken is toegenomen, is de kwaliteit van alle onderzoeken samen onvoldoende om een doorslaggevend advies te formuleren. Gezien de gemiddelde leeftijd van de meeste patiënten blijft daarom de conclusie uit de NHG-Standaard gehandhaafd dat bij een acute jichtaanval een kortdurende behandeling gedurende vijf dagen met 30 mg prednisolon in de meeste gevallen de voorkeur heeft. Gezien de beperkte bewijsvoering blijft het echter een behandeling die op maat geleverd moet worden. ■

LITERATUUR

1. Billy CA, Lim RT, Ruospon M, Palmer SC, Strippoli GFM. Corticosteroid or nonsteroidal antiinflammatory drugs for the treatment of acute gout. A systematic review of randomized controlled trials. J Rheumatol. 2017 Aug 1. DOI: 10.3899/jrheum.170137 [epub ahead of print].

Pleumeekers B. Behandeling acute jichtaanval blijft maatwerk. Huisarts Wet 2018;61(1):76.
Huisartsenpraktijk Schopenhauerweg, Rotterdam: dr. H.J.C.M. Pleumeekers, huisarts en redactielid HGW.
Correspondentie: hjcmpleum@gmail.com.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een Import: relevant nieuws uit buitenlandse bladen, vertaald naar de Nederlandse praktijk.

Geen decongestiva bij kinderen met oorontsteking

Dorien Damhuis, Jolien Wegerif, Hans van der Wouden

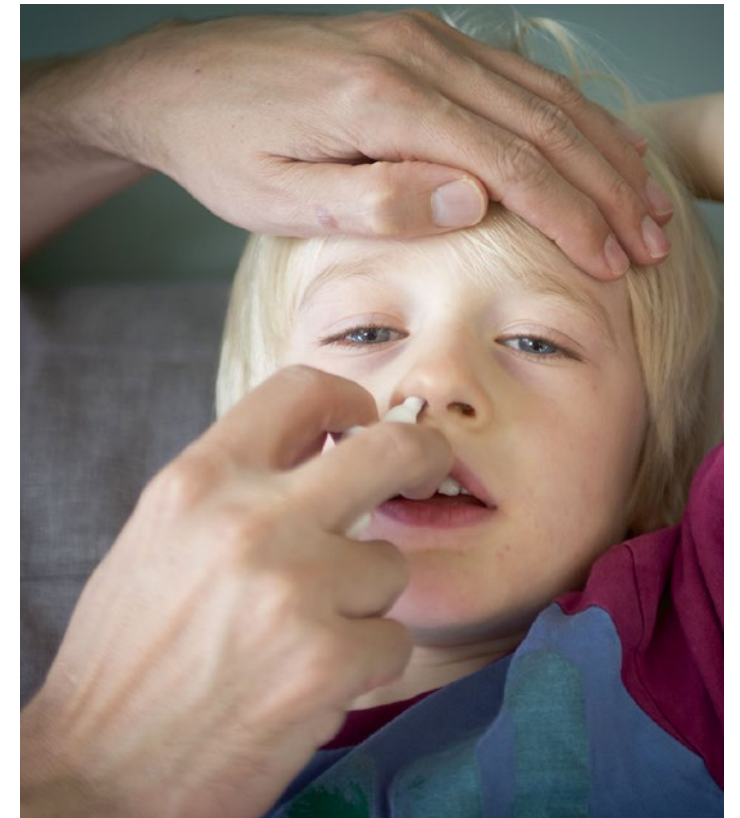
Decongestiva zijn onnodig bij kinderen met otitis media met effusie (OME). De NHG-Standaard Otitis media met effusie bij kinderen stelde eerder al dat het middel geen toegevoegde waarde heeft en waarschuwde voor bijwerkingen. Recent onderzoek bevestigt dat decongestiva weinig effect hebben, maar toont ook aan dat bewijs voor ernstige bijwerkingen ontbreekt.

Meer dan 80% van de 4-jarige kinderen heeft ooit OME gehad.¹ De NHG-Standaard Otitis media met effusie bij kinderen stelt dat decongestiva, zoals het in Nederland veelgebruikte middel xylometazolineneusspray (XMZ), geen toegevoegde waarde hebben bij OME. Vanwege de kans op ernstige bijwerkingen raadt de standaard het middel zelfs af.² De onderbouwing van deze adviezen is echter summier en decongestiva worden geregeld voorgeschreven. Deze punten leidden tot onze vraagstelling: zijn decongestiva bij kinderen met OME zinvol en zijn er potentieel ernstige bijwerkingen?

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

Wij doorzochten PubMed begin 2017 met de zoektermen decongestants AND otitis media with effusion AND children. Onze zoekstrategie leverde 84 hits op. We excludeerden 77 artikelen op basis van titel of abstract. Er bleven zeven artikelen over, waaronder een Cochrane-review en vier artikelen die waren opgenomen in de Cochrane-review.³ We vonden geen relevante artikelen ná 2011. In de Cochrane-review worden zestien RCT's besproken, waarvan er drie relevant waren voor onze onderzoeksvraag.⁴⁻⁶ In deze artikelen, met in totaal ruim tweehonderd patiënten, werden decongestiva vergeleken met placebo bij kinderen met OME. De onderzoeken werden uitgevoerd in de tweede lijn.

De gebruikte decongestiva waren: oxymetazoline nasaal, phenylephrine nasaal en phenylpropanolamine oraal. De werking van deze middelen is vergelijkbaar met XMZ-neusspray.⁷⁻¹⁰ De uitkomstmaat was tekenen van OME na vier weken. De auteurs vonden geen statistisch significant voordeel van behandeling met decongestiva bij OME. In slechts een RCT keken de onderzoekers naar bijwerkingen.⁶ Er waren meer bijwerkingen bij gebruik van decongestiva dan bij placebo, maar de onderzoekers vermeldten niet om welke bijwerkingen het ging. De NHG-Standaard raadt decongestiva af vanwege potentieel ernstige bijwerkingen. De standaard verwijst naar een Cochrane-review over sinusitis bij kinderen.¹¹ De conclusie over de bijwerkingen in deze review is gebaseerd op drie artikelen. In het eerste artikel worden drie case reports beschreven over het overlijden van kinderen na overdosering met oraal pseudo-efedrine.¹² Het tweede artikel



Het veelgebruikte middel xylometazolineneusspray heeft geen toegevoegde waarde bij otitis media met effusie. Foto: Margot Scheerder

gaat over antihistaminica en corticosteroïdneusspray.¹³ Het derde artikel benoemt dat in Amerika in de periode 2004-2005 7091 SEH-bezoeken door kinderen te wijten waren aan vrij verkrijgbare middelen.¹⁴

VOORTZETTING HUIDIG BELEID

De Cochrane-review concludeert dat behandeling met decongestiva geen voordelen biedt ten opzichte van placebo bij kinderen met OME. Het effect van XMZ werd niet onderzocht. Wel werd gekeken naar vergelijkbare middelen. De gebruikte onderzoeksmethode heeft zwakke punten: de auteurs beschrijven niet hoe de blinding verliep en welk placebo werd gebruikt. Een zoutoplossing, die vaak als placebo wordt gebruikt, kan een decongestieve werking hebben. De conclusies uit de Cochrane-review over potentieel ernstige bijwerkingen zijn overgenomen in de NHG-Standaard. Het is onduidelijk of de onderzochte middelen vergelijkbaar zijn met XMZ wat betreft de bijwerkingen. Bovendien is deze conclusie gebaseerd op drie case reports met orale decongestiva bij kinderen die al ziek waren en werden opgenomen in het ziekenhuis. Bij Lareb is in totaal 35 keer een melding gedaan van een mogelijk ernstige bijwerking van XMZ. Onduidelijk

is hoe ernstig deze bijwerkingen waren en bij welke leeftijd en welke dosering deze optraden.

Uit de huidige onderzoeken blijkt dat de onderzochte decongestiva geen meerwaarde hebben bij otitis media met effusie bij kinderen. Het is onduidelijk of de onderzochte middelen vergelijkbaar zijn met het in Nederland gebruikte XMZ wat betreft de bijwerkingen.

Op basis van de huidige onderzoeken is er geen reden om XMZ te adviseren, maar het ontraden vanwege de ernstige bijwerkingen lijkt onvoldoende onderbouwd. Het advies uit de huidige standaard om het middel niet voor te schrijven blijft echter van kracht. ■

LITERATUUR

1. Principi N, Marchisio P, Esposito S. Otitis media with effusion: benefits and harms of strategies in use for treatment and prevention. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2016;14:415-23.
2. Venekamp RP, Damoiseaux RAMJ, Schoch AG, Bennebroek Gravenhorst FM, Eekhof JAH, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Otitis media met effusie bij kinderen. www.nhg.org.
3. Griffin G, Flynn CA. Antihistamines and/or decongestants for otitis media with effusion (OME) in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;9:CD003423.
4. Fabian P, Lonnerholm G, Jerrmark-Tera IB, Kleberg A, Melander H. Effects and adverse effects of decongestants in otoscleritis. *Lakartidningen* 1986;83:3508-13.
5. Haugeto OK, Schröder KE, Mair IW. Secretory otitis media, oral decongestant and antihistamine. *J Otolaryngol* 1981;10:359-62.
6. Hayden GF, Randall JE, Randall JC, Hendley JC. Topical phenylephrine for the treatment of middle ear effusion. *Arch Otolaryngol* 1984;110:512-4.

7. Eskiizmir G, Hırçın Z, Ozyurt, Unlü H. A comparative analysis of the decongestive effect of oxymetazoline and xylometazoline in healthy subjects. *Eur J Clin Pharmacol*. 2011;67:19-23.
8. Riegle EV, Gunter JB, Lusk RP, Muntz HR, Weiss KI. Comparison of vasoconstrictors for functional endoscopic sinus surgery in children. *Laryngoscope* 1992;102:820-3.
9. Deckx L, De Sutter AI, Guo L, Mir NA, Van Driel ML. Nasal decongestants in monotherapy for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;10:CD009612.
10. Graf P, Toll K, Palm J, Hallén H. Effects of sustained-release oral phenylpropanolamine on the nasal mucosa of healthy subjects. *Acta Otolaryngol* 1999;119:837-42.
11. Shaikh N, Wald ER, Pi M. Decongestants, antihistamines and nasal irrigation for acute sinusitis in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;12:CD007909.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Infant Deaths Associated with Cough and Cold Medications-Two States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005;56:1-4.
13. Chonmaitree T, Saeed K, Uchida T, Heikkinen T, Baldwin CD, Freeman DH Jr, et al. A randomized, placebo-controlled trial of the effect of antihistamine or corticosteroid treatment in acute otitis media. *J Pediatr* 2003;143:377-85.
14. Shefrin AE, Goldman RD. Use of over-the-counter cough and cold medications in children. *Can Fam Physician* 2009;55:1081-3.

Damhuis D, Wegerif J, Van der Wouden H. Geen decongestiva bij kinderen met oorontsteking. *Huisarts Wet* 2018;61[1]:77-8.
Huisartsopleiding VUmc, Amsterdam: D.E.M. Damhuis, aios huisartsgeneeskunde, J.I.L. Wegerif, aios huisartsgeneeskunde, dr. J.C. van der Wouden, universitair hoofddocent.
Correspondentie: j.wegerif@vumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.
Dit is een CAT, critically appraised topic, waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

COLOFON

Huisarts en Wetenschap wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. www.henw.org.

Redactie

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

Redactiesecretariaat

Henny Helsloot, Susan Umans [bladmanagement], Judith Mulder [webredactie], Steven de Kock, Marjolijn Oosterom, Wouter Scheen [eindredactie], Margot Scheerder, Wendy Westerhof [beeldredactie]. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, redactie@nhg.org

Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten
Basisvormgeving Frederik Helfrich, Deventer
Auteursinformatie: www.henw.org

Advertentieverkoop

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

Abonnementen

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementprijs: [print + online toegang] € 258,00, Online-only abonnement € 154,80. Studenten 50% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd. Voorwaarden: www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen
Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736.

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie www.bsl.nl/voorwaarden.

© 2018
ISSN 0018-7070



Rookvrije start

De kruitdamp van het vuurwerk is nog niet opgetrokken of de goede voornemens vliegen ons alweer om de oren. Onze patiënten willen meer bewegen en afvallen. Voor de rokers komt stoppen met roken daar nog bij. Een strakke begeleiding van de huisarts helpt. We vergeten nog wel eens dat rokers alle symptomen vertonen die bij verslavingsgedrag horen. Wist u dat 90% van de rokers spijt te hebben ooit te zijn begonnen? Het zal ongeveer 25 jaar geleden zijn dat ik de ene rokende moeder tegen

de andere hoorde zeggen: 'Roken tijdens de zwangerschap, daar krijg je lekker kleine kindjes van.' Ondertussen weet zo ongeveer iedereen dat roken heel slecht is en vooral in de zwangerschap. Toch rookt nog 9% van de zwangeren en dat is 9% te veel. De foetus heeft daar echt last van. De meeste zwangeren doen stoppogingen, maar lang niet altijd met succes. Roken is niet alleen risicogedrag, het is een verslavingsziekte die een actieve aanpak van ons vraagt en een intensieve begeleiding. De website Rookvrije Start, <https://rookvrijestart.rokeninfo.nl>, biedt de mogelijkheid om extra actief te worden, als ambassadeur. U krijgt dan toegang tot handige hulpmiddelen, zoals een e-

learning en een infographic met tips voor ouders en professionals, die u kunt gebruiken tijdens het consult. Start dus dit jaar met het voornemen om als ambassadeur de ongeboren kinderen in uw praktijk een rookvrije start te geven. ■

Rob Dijkstra



Wetenschapsdag Nieuwe HASP



Kom op vrijdag 8 juni in het VUmc bijpraten over huisartsgeneeskundig onderzoek op de NHG-wetenschapsdag 2018 'Bruggen bouwen tussen onderzoek en praktijk'. Met workshops en lezingen over onderzoek relevanter maken en interventies praktijkgericht, over *research waste* in de biomedische wetenschappen, en nog veel meer. Abstracts indienen kan tot en met 1 februari 2018.

Zie www.nhgwetenschapsdag.nl. ■

De Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist (Richtlijn HASP) is herzien. Ditmaal is er volledige participatie van alle specialistenorganisaties. Dat heeft geleid tot een uniforme, kernachtige ontslagbrief en diverse hulpmiddelen, zoals een online viewer, die huisartsen en specialisten gemakkelijker en efficiënter helpen communiceren. Zie ingevoegde samenvattingskaart en nhg.org/ict. ■



NHGDoc-knop geel bij prioriteit

De vernieuwde NHGDoc-knop licht vanaf 1 januari 2018 alleen geel op bij adviezen met hoge prioriteit. De NHGDoc-knop zit in het patiëntendossier in uw HIS. Adviezen met middelhoge en lage prioriteit kunt u ook altijd teruglezen zodra u op de NHGDoc-knop klikt.

Meer informatie: www.nhgd.nl, Over NHGDoc, Wat is nieuw, 2018. ■

NHGDoc alert

Symposium toekomst huisartsenzorg

Jan Kremer: 'Complexiteit omarmen'



Jan Kremer, Raad voor Volksgezondheid en Samenleving: 'Simpeler voor de burgers, complexer voor de aanbieders'

Vijf jaar geleden verscheen Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Halverwege de looptijd van dat rapport, in december, keek het NHG tijdens het symposium 'Het NHG kijkt vooruit' naar de toekomst. Dat deden we samen met belangrijke stakeholders die recentelijk hun visie hebben uitgebracht: de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS), Zorgverzekeraars Nederland, en de Federatie Medisch Specialisten (FMS).

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) publiceerde in 2017 *Zorgagenda voor een gezonde*



Stevige discussie op NHG-symposium

samenleving. Bij een van de kernopgaven uit dit rapport, Toegangsdrempels op maat, ziet RVS-lid Jan Kremer dat de gidsrol van de huisarts voor de patiënt belangrijker wordt door de complexiteit in de zorg. Hij wijst daarbij op problemen als wachttijden, financiering en andere drempels, vooral voor groepen als kwetsbare ouderen en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dat spreekt NHG-leden op het symposium aan, maar er zijn ook bedenkingen: 'Moeten we de complexiteit in de zorg niet beperken?'

Kremer meent dat het een illusie is de complexiteit te kunnen beperken. Dan raak je de pluriformiteit aan zorgmogelijkheden kwijt. Hij adviseert om die complexiteit juist te omarmen. 'We moeten het omdraaien: het simpeler maken voor de burgers, complexer voor de aanbieders. Dat vraagt om professioneel leiderschap. Jullie zitten met de neus op de context van de patiënt. Dat is van grote waarde voor de patiënt. Neem als huisarts die verantwoordelijkheid voor de gidsrol', aldus Kremer.

OLIVIER GERRITS NAMENS ZN

Olivier Gerrits, directeur zorginkoop bij Zilveren Kruis, schreef mee aan de visie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) *Ambitie 2025, de visie van zorgverzekeraars op de toekomst van de zorg*

en hun eigen rol daarbij die afgelopen september verscheen. Gerrits ziet vooral overeenkomsten tussen de visies van het NHG en ZN. Een van de uitgangspunten van ZN is betaalbare en toegankelijke zorg waarborgen die de patiënt centraal stelt. Net als Kremer ziet Gerrits hierbij een cruciale rol voor de huisarts. Gerrits herkent de roep om eenvoud in een complex zorgstelsel. Het Roer Moet Om heeft een beweging in gang gezet die nog niet klaar is.

MARCEL DANIËLS, FMS

De de Federatie Medisch Specialisten (FMS) publiceerde dit jaar *Visiedocument medisch specialist 2025: ambitie, vertrouwen, samenwerken*. FMS-voorzitter Daniëls pleit ervoor om niet meer te denken in schotten tussen eerste, tweede en derde lijn, maar over de ontwikkeling van netwerken waar specialisten en huisartsen onderdeel van zijn. De specialist hoeft in de toekomst niet gebonden te zijn aan een ziekenhuis, maar kan ook zorg bieden in bijvoorbeeld anderhalvelijnscentra. Netwerken van zorgverleners moeten ervoor zorgen dat de patiënt niet bij elke specialist iets anders te horen krijgt.

Een uitgebreide versie van dit artikel staat op www.nhg.org. 'Symposium NHG kijkt vooruit'. ■

TOEKOMSTVISIE NHG

Na de presentaties de stakeholders van FMS, ZN en RVS op het symposium spitst de discussie met de NHG-leden zich toe op een van de ambities van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, over persoonlijke continuïteit. De zaal lijkt het erover eens te zijn dat persoonlijke continuïteit je toegevoegde waarde is als huisarts. Maar dat hangt niet af van één huisarts, zoals een deelnemer stelt: 'Ook een team als geheel kan zorgen voor persoonlijke continuïteit.' NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra kondigt aan dat de discussie over de toekomst een vervolg krijgt in een project samen met LHV en InEen, om de ambities van Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 tegen het licht te houden, op houdbaarheid te beoordelen en indien nodig aan te passen.

Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022: www.nhg.org/toekomstvisie

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Vet- en suikertaks

'Vet- en suikertaks, doen of vreselijk idee?' luidt een oproep op HAweb van Wida Khatab, eerstejaars aios huisartsgeneeskunde. 'De helft van de Nederlanders was in 2016 te zwaar. Is het niet tijd om dit via accijns een halt toe te roepen?'



Heeft u ook een vraag?
Plaats een oproep op HAweb Ledenforum!



Wida Khatab

Wida Khatab, aios huisartsgeneeskunde Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC): 'Voor een presentatie bij huisartsgeneeskunde zochten we een maatschappelijk onderwerp. Ik wist het meteen: al die kinderen op mijn spreekuur met overgewicht, daar wilde ik iets mee. Uit de literatuur blijkt dat accijns op junkfood in het buitenland effectief is geweest. Daarmee hadden we een politieke insteek: moet de overheid meer macht uitoefenen, zeker omdat er juist bij lage inkomens meer overgewicht bestaat?' (Am J Public Health 2013;103:1949-53, red.)

In de spreekkamer is het vaak een ongemakkelijk onderwerp. Je hebt het idee dat je de opvoeding van ouders veroordeelt als je erover begint. Maar het is ook de markt: fruit is duur, chips zijn goedkoper. Is een taks de beste oplossing? Khatab: 'Preventie is beter dan een taks. Dus meer voorlichting op scholen, aangezien ouders vaak de ernst niet zien. Het bezwaar van een taks is dat je de autonomie aantast: mensen moeten zelf kunnen bepalen wat ze eten. Je straft ook gezonde mensen die af en toe iets lekkers kopen. Feestdagen worden duurder voor gezinnen.' ■

De overvloed aan ongezond eten is te verleidelijk. Goedkoop gezond eten is nog moeilijker; door een vet-suikertax hoop je dat mensen gezondere producten kiezen. Maar je moet in de supermarkt en op scholen meer doen. Zet gezonde proeverijen neer, leer mensen dat gezond ook lekker is. Meer overheidsbemoeienis is noodzakelijk.

Huisarts te Poortugaal

De taks is zinloos. Mensen met een normale BMI eten ook ongezonde producten, en van te veel 'gezond' eten word je ook dik. Laat mensen met een te hoge BMI via de zorgpremie meebetalen aan de stijgende kosten van obesitas, en leer patiënten met behulp van motivational interviewing om de knop om te zetten.

Huisarts te Hoofddorp

Niet vet is het probleem, maar de suiker die wordt toegevoegd voor een lekkere niet te stoppen met eten smaak. Daar mag wel een tax op. Je moet wennen aan pure producten. Juist die moeten goedkoper worden, zodat dat de eerste keus is en niet de goedkope bewerkte varianten.

Huisarts te Norg

Ik vind het geen goed idee. Matig gebruik van vet en suiker is niet slecht, er zijn betere manieren om het gewenste effect te bereiken, en de lekkere dingen dreigen buiten bereik te komen van de minst bedeedden. We moeten geen elitaire ijsjes willen, toch?

Huisarts te 's-Heerenberg

► De reacties zijn bewerkt; kijk op HAweb Ledenforum voor de volledige teksten.

LEEFSTIJL EN VOEDING

Wilt u met de patiënt aan de slag met leefstijl en voeding? Het NHG biedt tips, hulpmiddelen en scholingsmogelijkheden.

- Zie www.nhg.org/dossiervoeding
- Thuisarts.nl: 'Ik wil gezond eten' en 'Ik wil gezond gaan eten om mijn overgewicht aan te pakken'



INTERVIEW

met adviesraad richtlijnen

‘Wij kunnen ons met de inhoudelijke kant bezighouden’

Wim Willems, huisarts in Amsterdam-Zuidoost, en Mirjam Lunter, huisarts in Scherpenzeel (bij Amersfoort) zetten zich in voor de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS). De NAS houdt het NHG bij de les: zijn de richtlijnen wel haalbaar in de praktijk en praktisch toepasbaar?

De NAS adviseert bij richtlijnontwikkeling over knelpunten uit de praktijk, over toepasbaarheid en haalbaarheid van standaarden, en over de onderwerpskeuze. De adviesraad bestaat uit tien praktiserende huisartsen, bij voorkeur uit verschillende delen van het land en met verschillende functies als huisarts.

Hoe werkt de NAS?

Mirjam Lunter: ‘We komen zo’n negen à tien keer per jaar bij elkaar om naar NHG-Standaarden, -Behandelrichtlijnen (voorheen farmacotherapeutische richtlijnen, red.) en andere producten van het NHG te kijken. Onze invalshoek is steeds wat de praktiserende huisarts met deze producten kan: is het werkbaar, is het handig?’

Je zit maximaal twee termijnen van drie jaar in de NAS. Dat is goed, want de doorlooptijd van een richtlijn is ongeveer een jaar. Je leert het maakproces van een richtlijn echt kennen. Je leert ook elkaar kennen: er ontstaat een vertrouwde sfeer. Daardoor komt iedereen aan het woord.’

Is het iets voor vergadertijgers?

Lunter: ‘Vergaderingen zijn erg efficiënt, zodat we direct de diepte in kunnen. Dat komt doordat we werken via een wiki-omgeving op HAweb. Daarmee bereiden we de vergaderingen inhoudelijk voor. Mensen kunnen daar voortborduren op wat de ander vindt. En jaarlijks hebben we een themavergadering.’ Wim Willems: ‘Bijvoorbeeld het thema vertaling van richtlijnen naar Thuisarts.nl en het gebruik van e-health was erg leerzaam. Het NHG toetst aan ons hoe praktiserende huisartsen kijken naar wat de afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap bedacht heeft.’ Lunter: ‘We gebruiken een vast format om knelpunten te verzamelen, bijvoorbeeld knelpunten in de samenwerking. En het perspectief van de patiënt krijgt nu een aparte plaats in de richtlijnen. Maar we letten ook op ook medisch inhoudelijke knelpunten en shared decision-making.’

Hebben jullie een academische invalshoek?

Willems: ‘Niet primair. Wij kijken vanuit de praktijk. Maar door onze ervaring in de NAS werken we gestructureerd, door discussie onderling, aan verbetering van de richtlijnen.’ Lunter: ‘Het gaat over de inhoud en het is praktijkgericht. Niet te theoretisch, maar wel met diepgang.’

Wat is de meerwaarde van praktijkmensen?

Lunter: ‘We hebben meegemaakt dat een standaard veel verschillende stroomdiagrammen bevatte voor allerlei verschillende patiëntengroepen. Het was niet te onthouden en weinig praktisch. En soms is een standaard roomser dan de paus. We kunnen het NHG dan duidelijk maken dat het geen zin heeft om adviezen te geven die losgezongen zijn van de praktijk.’

Is het leuk om te doen?

Willems: ‘Leuk is dat je invloed uitoefent op Standaarden, Zorgstandaarden, Behandelrichtlijnen en nu ook NHG-Standpunten. Door de wiki’s op HAweb kunnen we op de vergaderingen meteen spijkers met koppen slaan, echt werk verzetten.’ Lunter: ‘Wij kunnen puur inhoudelijk werken. Dat geeft energie.’

Meer informatie: www.nhg.org/nhg-adviesraad-standaarden-nas ■

Redactie NHG Forum

COLOFON

Yvonne Buijtenhuis (voorzitter), Annet Janssen, Simone Sinjorgo, Linda Tolsma en Yvonne Vos. Met bijdragen van Fijtje Koets (tekst) en Margot Scheerder (foto's). Eindredactie en contact: Fijtje Koets, f.koets@nhg.org; 030-282 35 00.

NHG Forum is een uitgave van het NHG-bureau.

Voor het colofon van het wetenschappelijke deel van *Huisarts & Wetenschap*: blader vier pagina's terug.