

Empathie, een kracht van de huisarts in gevaar?

Zijn de gegevens uit uw HIS
een goudmijn?

Hulp van de NHG-Standaarden
bij gedeelde besluitvorming

NHG-Standpunt
Offlabel voorschrijven



Klopt uw HIS?

Op mijn spreekuur staat een patiënte die twee dagen ervoor verwezen is naar de cardioloog. Zij wil de brief met mij bespreken. In de voorgeschiedenis, automatisch gegenereerd door het HIS, is de diagnose depressie toegevoegd. De patiënte herkent zich hier helemaal niet in. ‘Hoe kan dit, dokter?’ Wij zullen deze handige genereerfuncties van het HIS in de toekomst steeds vaker gaan gebruiken. Het helpt ons bij brieven en overzichten maken en patiënten kunnen vanuit huis hun dossier digitaal inzien. Ook externen zoals onderzoekers kunnen gebruikmaken van de (geanonimiseerde) gegevens. Essentieel is daarom dat noteren en coderen goed gebeurt. In de praktijk gaat dat niet altijd goed, blijkt uit cijfers over registratie van bijwerkingen en uit berichten over signaalmoeheid. Terecht herinnert Sollie, die onderzoek deed naar betrouwbaarheid van HIS-data, ons aan onze verantwoordelijkheid om de kwaliteit van de HIS-gegevens te waarborgen.

Patiënten verwachten terecht dat hun medische voorgeschiedenis in het HIS correct is. Tegelijkertijd is het dossier ook gewoon ons werkdocument en het HIS vraagt ons simpelweg om al een code toe te kennen ook al is die nog onzeker.

We zijn ons nog te weinig bewust van de vraag of onze HIS-gegevens inzichtelijk zijn voor anderen. En welke impact – ook voor de patiënt – foutieve gegevens kunnen hebben. De focus moeten liggen op gebruiksvriendelijkheid en juistheid, meer dan op verplicht indicatoren invullen. We moeten

vooral gewoon ons werk kunnen blijven doen.

Mijn patiënte bleek jaren geleden een keer met stemmingsklachten langs te zijn geweest. Toen dit opknapte, vond zij het niet nodig om op de afgesproken controles te verschijnen. De code depressie is al die tijd in haar dossier blijven staan. ■

Nadine Rasenberg

‘Patiënten verwachten terecht dat hun medische voorgeschiedenis in het HIS correct is’



Foto: Vincent Boon



Wetenschap

- 14 **Zijn de gegevens uit uw HIS een goudmijn?**
Hoe goed is de kwaliteit van (gecodeerde) gegevens in een doorsnee huisartsenpraktijk eigenlijk?
- 18 **Empathie, een kracht van de huisarts in gevaar?**
In de dagelijkse praktijkvoering staat het tonen van empathie onder druk.
- 24 **Spanning tussen empathie en professioneel handelen**
Binnen de arts-patiëntrelatie is rationeel onderbouwde communicatie met de nodige distantie niet alleen effectiever, maar ook rechtvaardiger.
- 25 **Hulp NHG-Standaarden bij gedeelde besluitvorming**
De meeste patiënten willen graag actief betrokken worden bij besluiten over onderzoeken en behandelingen.
- 29 **Diagnostische vertraging bij longembolie**
Diagnostische vertraging tussen de eerste klachtenpresentatie en de diagnose 'longembolie' komt frequent voor in de huisartsenpraktijk, vooral bij ouderen en wanneer thoracale klachten ontbreken.
- 33 **Nifedipine helpt niet bij chronische perniones**
Uit onderzoek blijkt dat nifedipine niet werkzaam is bij winterhanden en -voeten. Het geeft wel bijwerkingen.
- 36 **Spoedzorg in de huisartsenpraktijk**
Met 2,9 miljoen spoedcontacten per jaar hebben huisartsenpraktijken een zeer groot aandeel in de spoedzorg in Nederland.

Praktijk

- 49 **Orgaandonatie na euthanasie**
Huisartsen doen het leeuwendeel van de euthanasiemeldingen; zij zijn ook bij uitstek in de positie om potentiële orgaandonoren te identificeren.
- 53 **Let op alarmsymptomen bij kinderen met buikpijn**
Het is van groot belang om bij een kind met acute of chronische buikklachten altijd alarmsymptomen uit te vragen.
- 56 **Ziektevrees**
Hoe herkent de huisarts het ziektebeeld bij patiënten die gepreoccupeerd zijn met lichamelijke klachten?
- 62 **Behandeling van aspecifieke nekpijn**
Alle behandelmethoden van aspecifieke nekpijn zonder uitstraling op een rijtje.
- 64 **Uw diagnose**
Blaren op handrug en knokkels
- 65 **Kennistoets**
Diagnostische vertraging longembolie



Nieuws

- 6 **Onderbuikgevoel blijft belangrijk bij buikpijn**
- 6 **Kraken nek mogelijk niet zonder gevaren**
- 7 **Cervicale manipulatie veilige interventie**
Reactie op: Kraken nek mogelijk niet zonder gevaren
- 8 **Paracetamol met NSAID werkt even goed als paracetamol met opiaat**
- 8 **Signaalmoe door te veel meldingen contra-indicaties**
- 9 **Handige website Arts-Portaal**
- 9 **Online game verbetert HbA1c-waarden**
- 10 **Stoppen met roken loont ook na hartinfact**
- 10 **Stomen helpt niet tegen verkoudheid**
- 13 **Patiënten wachten op digitale diensten**
- 66 **Bevorderen therapietrouw bij lipidenverlagers**
- 67 **Minder antibiotica bij luchtweginfecties**
- 68 **Weekdoos verbetert therapietrouw bij ouderen**
- 71 **Kennis vergroten van patiënten met nierschade**
- 72 **Onduidelijk effect van diuretica bij enkeloedeem**
- 73 **Boeken**

NHG

- 44 **NHG-Standpunt Herhalen ggz-medicatie lithium en clozapine**
- 46 **Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde**
- 48 **NHG-Standpunt Verantwoord offlabel voorschrijven**
- 75 **Bevolkingsonderzoek darmkanker**
- 76 **Informatie tweede lijn op Thuisarts.nl**
- 77 **Sneller behandelen bij hemangiomen**



- Bifosfonaten zijn effectief bij borstkanker
- Echo's door de huisarts lijken betrouwbaar
- Grote internationale variatie van consultduur in de eerste lijn
- Dagelijks drie koppen koffie om te overleven
- Patiënten wachten op digitale diensten

Onderbuikgevoel blijft belangrijk bij buikpijn

Adinda Mailuhu

Buikklachten zijn een uitdaging voor huisartsen. Niet alleen omdat verschillende organen een rol kunnen spelen, maar ook omdat zij het risico op een maligniteit tijdig willen onderkennen. Een Europees onderzoek ging het verband na tussen het voorkomen van buikklachten, het vermoeden van een maligniteit en het beleid bij een maligniteit in de huisartsenpraktijk. Conclusie: blijf evidence-based werken, maar vertrouw ook op uw intuïtie.

De onderzoekers verzamelden gegevens over onder andere buikklachten, diagnostiek en de mate van vermoeden op een maligniteit. Zij verzamelden acht maanden later de gediagnosticeerde non- abdominale en abdominale malig-

niteit van de geïncludeerde patiënten. Het betrof een prospectief cohortonderzoek in zes Noord-Europese landen, in 2011 tot 2012, over een periode van 10 dagen, onder 493 huisartsen en 61.802 patiënten (> 16 jaar). Van alle patiënten rapporteerden er 6264 (10,1%) buikklachten en de huisartsen diagnosticeerden bij 511 van hen (0,8%) een maligniteit. Hiervan was 86,3% nieuw en 13,7% een recidief. Van de patiënten met een maligniteit rapporteerden er slechts 129 (25,2%) buikklachten, terwijl de huisartsen bij 85 patiënten (65,9%) een maligniteit vermoedden. Van de patiënten met een abdominale maligniteit (n = 89) had slechts 34,5% buikklachten. De positief voorspellende waarde van buikklachten

voor een abdominale en non-abdominale maligniteit was slechts 2,1%. Bij buikklachten wordt er vaak gedacht aan abdominale maligniteit, maar slechts eenderde van de patiënten met een abdominale maligniteit komt met buikklachten op het spreekuur. Volgens de onderzoekers moeten huisartsen daarom op de traditionele manier blijven werken: een combinatie van evidence-based medicine met de eigen persoonlijke ervaring en beslissen op basis van zowel de symptomen van de patiënt als de eigen intuïtie. Blijf dus vertrouwen op het onderbuikgevoel bij buikklachten! ■

Holtedahl K, et al. Abdominal symptoms in general practice. Frequency, cancer suspicions raised, and actions taken by GPs in six European countries. Cohort study with prospective registration of cancer. Heliyon 2017;3:e00328.

Kraken nek mogelijk niet zonder gevaren

Vincent van Vugt

Na nekmanipulatie door een chiropractor treden opvallend vaak dissecties op van de arteria vertebralis, een belangrijke oorzaak van herseninfarcten bij jonge mensen. Dit verband is recent opnieuw aangetoond in een Amerikaans onderzoek. Het ‘kraken’ zou op deze manier ernstige gevolgen kunnen hebben. Het is echter niet onomstotelijk bewezen dat de chiropractische behandeling de dissectie veroorzaakt.

In een ziekenhuis in Illinois keken onderzoekers naar alle patiënten die tussen april 2008 en maart 2012 een cervicale dissectie hadden. In totaal waren dit 141 patiënten. Van deze groep bezochten er twaalf (8,5%) kort daarvoor een chiropractor. Van deze twaalf patiënten ontwikkelden tien patiënten acuut klachten tijdens de chiropractische behandeling en

twee patiënten twee à drie dagen later. De patiënten waren gemiddeld 35 jaar oud en ontwikkelden allemaal een herseninfarct als gevolg van de dissectie. De onderzoekers bekeken jaren later welke schade de patiënten overhielden aan de dissectie. Drie patiënten hadden last van duizeligheids- en evenwichtsproblemen, drie patiënten hadden zware hoofdpijnen, twee patiënten hadden uitval van een deel van hun gezichtsveld, een patiënt ontwikkelde ernstige spasticiteit en een patiënt was zelfs overleden. Slechts een patiënt was klachtenvrij, de overige twee patiënten konden niet worden bereikt. Destijds was een stijve nek voor de meeste patiënten de reden voor het bezoek aan de chiropractor. Dit onderzoek laat zien dat manipulatie van de nek door een chiropractor samenhangt met dissecties van cervicale

arteriën. Een direct causaal verband is niet bewezen, maar dit is ook moeilijk vast te stellen. Is de behandeling het waard om het risico te nemen? De patiënten zijn jong, relatief gezond en hebben vaak een onschuldige klacht als een stijve nek. De effectiviteit van nekmanipulatie is wetenschappelijk niet onomstreden. Bij een kostenbatenafweging is een mogelijk risico op levenslange invaliditeit moeilijk te verantwoorden. De American Heart Association twijfelt niet langer: iedere patiënt moet voortaan verplicht voorafgaand aan de behandeling geïnformeerd worden over het mogelijke verband van nekmanipulatie en dissecties. ■

Kennell KA, et al. Cervical artery dissection related to chiropractic manipulation: one institution's experience. J Fam Pract 2017;66:556-62.

Reactie

Cervicale manipulatie veilige interventie

Sidney Rubinstein, Igor Dijkers

Bij het nieuwsbericht ‘Kraken nek mogelijk niet zonder gevaren’ plaatsen wij enige kanttekeningen.

Kennell et al. onderzochten het verband tussen cervicale arteriële dissectie (CAD) en cervicale manipulatie.² Dit fenomeen is vaker in de literatuur signaleerd. Causaliteit blijft lastig vast te stellen bij zeldzame ziektes en het optreden van CAD na cervicale manipulatie is hiervan een goed voorbeeld. Op basis van de huidige wetenschap zou het voorbarig zijn deze behandelmethode te verbieden voor nek-gerelateerde klachten. Voor het aantonen van causaliteit moet aan een aantal criteria worden voldaan.³ Eén daarvan is temporaliteit. In het retrospectief onderzoek van Kennell et al. werden twaalf patiënten met CAD geïdentificeerd die kort daarvoor een chiropractor hadden bezocht, tien van hen kregen onmiddellijke verslechtering van hun klachten zoals misselijkheid, ernstige duizeligheid, dysfasie. Een causaal verband lijkt moeilijk te weerleggen. Toch is een case-series niet de juiste onderzoeksopzet om causaliteit te onderzoeken, daarvoor zijn case-control onderzoeken nodig. Tot nu toe zijn er zes van dergelijke onderzoeken uitgevoerd.⁴⁻⁹ Alle onderzoeken, op dat van Kosloff na, toonden een sterk verband tussen CAD

Causaliteit blijft lastig vast te stellen bij zeldzame ziektes

en cervicale manipulatie aan. Toch blijft de vraag of deze resultaten niet vertekend zijn, want de hypothese is dat de symptomen van het ziektebeeld (nek- en hoofdpijn) leiden tot blootstelling aan de expositie (cervicale manipulatie) en dat is krom. Met andere woorden: de symptomen van de onderliggende pathologie



Cervicale manipulatie lege artis uitgevoerd lijkt een effectieve en veilige interventie tot het tegendeel is bewezen. Foto: iStock

(CAD) doen zich voor als mechanische nekpijn en zijn de reden voor het inzetten van de behandeling. Vanwege deze vertoebeling hebben onderzoekers van een recente grootschalig case-control onderzoek ook gekeken naar het verband tussen het optreden van CAD en bezoek aan de huisarts. Daarin werd een even sterk verband gevonden als die van de chiropractor.⁶ Een evoluerende dissectie lijkt zich dus onafhankelijk van een interventie te voltrekken. Helaas valt geen onderscheid te maken tussen CAD in een vroeg stadium met slechts nek -en hoofdpijn en mechanische nekpijn. Bovendien lijkt cervicale manipulatie effectief. Een recente Cochrane-review waarin de effectiviteit van cervicale manipulatie voor acute of subacute nekpijn werd onderzocht, concludeerde dat ‘cervicale manipulatie betere pijnverlichting en verbetering in functionele status met zich mee brengt dan het slikken van medicijnen op korte en lange termijn’.¹⁰

Tot slot, een conclusie trekken op basis van een artikel is niet gegrond, zeker als een verkeerde onderzoeksopzet is

gebruikt. Daarom is het afraden van deze interventie op basis hiervan uit den boze. Cervicale manipulatie lege artis uitgevoerd lijkt een effectieve en veilige interventie tot het tegendeel is bewezen. ■

LITERATUUR

1. Van Vugt V. Kraken van de nek mogelijk niet zonder gevaren. Huisarts Wet 2018;61(2):7. DOI: 10.1007/s12445-018-0022-6.

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

VUmc, afdeling Gezondheidswetenschappen, Amsterdam: Sidney Rubinstein, assistant professor; Igor Dijkers, chiropractor.

Paracetamol met NSAID werkt even goed als paracetamol met opiaat

Daan Backes

De combinatie van paracetamol met een NSAID (ibuprofen) is even effectief als de combinatie van paracetamol met een opiaat voor de behandeling van acute pijn bij patiënten op de SEH met letsel aan de extremiteiten. Dat is de conclusie van een vergelijkend onderzoek dat werd uitgevoerd op de SEH van twee ziekenhuizen in New York.



In de Verenigde Staten zijn al meer dan 500.000 mensen overleden aan een overdosis opiaten.

Foto: iStock

Wereldwijd is er een toename van opiaatgebruik. In de Verenigde Staten zijn sinds 2000 al meer dan 500.000 mensen overleden aan een overdosis. Er is echter weinig bewijs dat opiaten effectiever zijn bij acute pijn. In dit onderzoek werd gekeken naar 416 patiënten tussen de 21 en 64 jaar die naar de SEH gingen met acute pijnklachten door letsel aan de extremiteiten. De onderzoekers verdeelden hen in vier groepen: paracetamol met ibuprofen, paracetamol met oxycodon, paracetamol met hydrocodon, en paracetamol met codeïne. Voorwaarde voor deelname aan het onderzoek was een indicatie voor radiologisch onderzoek, waardoor de patiënt minimaal twee uur op de SEH aanwezig was om pijnscores te kunnen rapporteren. In alle vier de groepen was er een afname van de pijnscores na twee uur, maar het verschil in afname van de pijnscores tussen de vier groepen was

niet statistisch significant. Een beperking van dit onderzoek is dat er geen rapportage is van pijnscores na twee uur of van bijwerkingen. Het onderzoek ondersteunt de NHG-Standaard Pijn dat adviseert te starten met paracetamol en bij aanhoudende of hevige pijn sterkere pijnstillers als NSAID's of opiaten voor te schrijven. Het advies uit de NHG-Standaard dat u bij hevige pijn direct kunt starten met een (zwakwerkend) opiaat met paracetamol kan naar aanleiding van dit onderzoek bij acute pijn bij extremiteitsletsel wellicht worden vervangen door starten met paracetamol met een NSAID. ■

Chang AK, et al. Effect of a single dose of oral opioid and nonopioid analgesics on acute extremity pain in the emergency department. A randomized clinical trial. JAMA 2017;318:1661-7.

Signaalmoe door te veel meldingen over contra-indicaties

Hanneke Borgdorff

Meldingen over contra-indicaties moeten leiden tot veiliger voorschrijfdrag. Te veel meldingen kunnen echter leiden tot 'signaalmoeheid': het negeren van zowel irrelevante als relevante meldingen. Onderzoek in het Albert Schweitzerziekenhuis laat zien dat een consensusoverleg tussen voorschrijvers kan leiden tot minder meldingen van contra-indicaties én tot vermindering van signaalmoeheid.

Tijdens een consensusoverleg tussen specialisten werd besloten welke meldingen over contra-indicaties (poliklinisch en/of klinisch) geschrapt konden worden bij een aantal veelvoorkomende aandoeningen (hypertensie, astma/COPD, diabetes mellitus, verminderde

nierfunctie). De artsen besloten meldingen te schrappen als ze slechts voor een klein deel van de patiënten relevant waren, alleen bij hoge dosering golden, of bij nader inzien niet beschouwd werden als contra-indicatie. Zij schrappen ook meldingen over medicatie die veilig gebruikt kon worden tijdens de zwangerschap. Vervolgens hielden de onderzoekers bij hoeveel meldingen werden afgehandeld door artsen (inclusief 'akkoord zonder actie') en apothekers (overleg met arts). Het consensusoverleg leidde tot 61% minder meldingen (van 2282 naar 889 meldingen in een half jaar) en een forse stijging van het aantal afgehandelde meldingen: van 51 (2,2%) naar 315 (35,4%). Of de afname van signaalmoe-

heid vooral bij artsen of bij apothekers optrad, werd niet beschreven. Dit onderzoek geeft aan dat de signaalmoeheid in de tweede lijn groot is. Het valt te verwachten dat dit ook in de eerste lijn een probleem is. Gelukkig blijkt uit de resultaten dat er een weg terug is: bij elkaar gaan zitten, overleggen, afspraken maken en schrappen in het aantal meldingen. Een kleine 'schrappconferentie' in de eigen praktijk dus. Dan zijn we alerter op de meldingen die overblijven. ■

De Vogel EM, et al. Hoeveel CO is goed voor een patiënt of zorgverlener? De klinische bruikbaarheid van contra-indicatieregistratie. Nederlands Platform voor Farmaceutisch Onderzoek 2017;2:a1645.

Handige website Arts Portaal

Annet Sollié, Bart Timmers

Dit keer geen apptip maar een website-tip: Arts Portaal, dé spreekuurassistent. Deze website is opgezet door twee huisartsen-in-opleiding uit Nijmegen, Thomas Mancini en Pim Keurlings. De site biedt een overzicht van handige links voor huisartsen die tijdens hun spreekuur met een vraag zitten. De website is onlangs volledig vernieuwd.

De visie van de makers lezen we op de site: 'binnen twee kliks bij uw antwoord op de meest voorkomende vragen tijdens het spreekuur.' De links zijn gegroepeerd op onderwerp. Zo zijn er kopjes voorlichting, opzoeken,

kinderen, infectieziekten en acute zorg. Daarnaast komen er verschillende vakgebieden aan bod, zoals neurologie en gynaecologie. Inmiddels zijn ook een Aios Portaal en een Poh Portaal gelanceerd met een soortgelijke opzet. Wij vinden dit een zeer handige website met werkende links, gecontroleerd door de bouwers, die overigens volledig onafhankelijk werken. De SBOH heeft hen eenmalig gesponsord, waardoor de site recent is geprofessionaliseerd. Het is goed te merken dat dit echt een site 'van artsen voor artsen is', we vinden eigenlijk geen onzinnige links. Op het eerste gezicht lijken er wat veel

voor de hand liggende links te staan die we ook rechtstreeks kunnen vinden of die al in onze favorieten staan, bijvoorbeeld links naar NHG-Standaarden of naar Thuisarts.nl. Wat deze site echter nuttig maakt, zijn de directe links naar bijvoorbeeld het stroomschema anemie uit de NHG-Standaard, de normaalwaarden voor adem- en hartfrequentie bij kinderen, de 4DKL, de MMSE en hulp bij de interpretatie van labwaarden. Daar heb je wat aan! Kortom, wij zijn positief over Arts Portaal. De uitdaging voor de komende tijd is om de site uit te breiden, maar ervoor te zorgen dat hij niet te groot wordt en daarmee zijn doel voorbijhaalt. De site is ook beschikbaar in een mobiele versie voor mobiel of tablet. ■

Online game verbetert HbA1c-waarden

Sanne Verkleij, Tobias Bonten

Het blijft een uitdaging zelfmanagement bij diabetespatiënten te vergroten en daarmee hun gezondheid te verbeteren. De vraag is in hoeverre online games hierbij kunnen helpen. Nieuw onderzoek laat zien dat een online game waarin zelfmanagement bij diabetespatiënten wordt gestimuleerd, de HbA1c-waarden significant kan verbeteren.

Amerikaanse onderzoekers selecteerden 456 diabetespatiënten (type 2) met orale medicatie en een HbA1c van ≥ 58 mmol/mol. De interventiegroep deed mee aan een online diabetesgame. De controlegroep kreeg een maatschappijleergame en een informatiefolder over diabetes. De deelnemers werden regionaal ingedeeld in teams. Gedurende zes maanden ontvingen zij tweewekelijks twee vragen over glucosecontrole, diabetescomplicaties, medicatie, bewegen en voeding. Na vier weken werden de vragen herhaald om de informatieoverdracht te vergroten. De deelnemers verdienden punten met correct beantwoorde vragen. De

onderzoekers hielden alle prestaties bij in een scoreoverzicht. Deelnemers van winnende teams ontvingen na afloop een tegoedbon van 100 dollar. HbA1c-waarden na 6 en 12 maanden vormden de primaire uitkomstmaat. De interventiegroep liet na 12 maanden een HbA1c-daling zien van 8 mmol/mol (95%-BI -10 tot -7), significant meer dan de afname van 5 mmol/mol (95%-BI -3 tot -7) in de controlegroep ($p = 0,048$). De grootste winst werd vooral behaald bij slechter ingestelde diabetespatiënten (bij aanvang een HbA1c > 75 mmol/mol). De online diabetesgame zorgde in deze groep voor een HbA1c-daling van 16 mmol/mol (95%-BI -21 tot -12) versus -9 mmol in de controlegroep (95%-BI -14 tot -5). Deze afname is vergelijkbaar met het effect van starten met een nieuw diabetesmedicijn. Dit onderzoek maakt duidelijk dat educatie in gamevorm bij diabetes wel degelijk gezondheidswinst kan opleveren. Bij slechter ingestelde diabetespatiënten kan een online game vergeleken met een informatiefolder zelfs voor een klinisch



Educatie in gamevorm kan gezondheidswinst opleveren.

Foto: iStock

relevant grotere HbA1c-daling zorgen. Wellicht kunnen poh's en huisartsen bij de behandeling van diabetes best een gokje wagen met een online game! ■

Kerfoot BP, et al. A team-based online game improves blood glucose control in veterans with type 2 diabetes: a randomized, controlled trial. Diabetes Care 2017;40:1218-25.

Stoppen met roken loont ook na infarct

Bèr Pleumeekers

Patiënten die blijven roken na een acuut coronair syndroom (ACS) hebben een beduidend hogere kans om hieraan te overlijden dan patiënten die stoppen. Als het lukt om te stoppen, zijn de overlevingskansen na vier jaar gelijk aan die van patiënten die nooit hebben gerookt.

In een Australisch cohortonderzoek werd aan bijna 10.000 patiënten – dertig dagen na een ACS – gevraagd of zij ooit hadden gerookt, inmiddels waren gestopt of nog steeds rookten. Van alle patiënten met een ACS had 29% nooit gerookt, 40% was ooit gestopt, 17% was na het infarct gestopt en 14% rookte nog steeds. Na een gemiddelde follow-up van vier jaar hadden patiënten die nog steeds rookten 80% meer kans om te overlijden dan patiënten die nooit hadden gerookt (HR 1,78; 95%-BI 1,36 tot 2,32; $p < 0,001$). De sterfte onder de patiënten die nooit hadden gerookt, was het laagst met 5,3% en het hoogst bij hen die bleven roken (12,1%). De overlevingskansen van recente en reeds lang gestopte rokers waren wel lager dan van patiënten die nooit hadden gerookt (respectievelijk 8,2% en 9,6%), maar het verschil tussen stoppers en patiënten die nooit hadden gerookt was statistisch niet significant. Opvallend is dat nog veel patiënten blijven roken als ze recent een ACS hebben doorgeemaakt, ondanks de ernst van de aandoening. Aangezien het risico om te overlijden bijna kan halveren bij degenen die er wel in slagen om te stoppen met roken, is hier een dankbare taak voor de huisarts en praktijkondersteuner weggelegd. ■

Van Braak M, et al. Workshop HAG ErasmusMC.

Yudi, MB et al. The prognostic significance of smoking cessation after acute coronary syndromes: an observational, multicentre study from the Melbourne interventional group registry. BMJ Open 2017;7:e016874.

Stomen helpt niet tegen verkoudheid

Bèr Pleumeekers

Stomen met hete, vochtige lucht om een eenvoudige verkoudheid te bestrijden, heeft geen aantoonbaar effect op het klinisch beeld of de subjectieve beleving van de klachten. Een recente Cochrane-review rekent af met het idee dat stomen verlichting geeft.

Deze Cochrane-review is een update van eerder verschenen reviews. De auteurs beschrijven zes onderzoeken met in totaal 387 patiënten die allemaal met een standaard vernevelapparaat werden behandeld of een placebobehandeling kregen. Het klinisch beeld liet in sommige onderzoeken een statistisch significante verbetering zien, maar in andere onderzoeken was dit effect niet aantoonbaar. Vanwege de matige kwaliteit van alle onderzoeken konden de auteurs hieruit geen definitieve conclusies trekken. De auteurs gingen ook na of de behandeling wel of niet had geholpen. Zij vonden daarbij evenmin een statistisch significant verschil tussen de patiënten die een placebobehandeling kregen en de patiënten die hadden gestoomd. Ernstige bijwerkingen werden niet gemeld.

De NHG-Standaard Acute rhinosinusitis geeft aan dat stomen bij verkoudheid de klachten kan verminderen. Dit advies is gebaseerd op een eerdere versie van deze Cochrane-review, maar de standaard houdt wel de nodige slagen om de arm gezien de matige kwaliteit van de onderzoeken en de tegenstellingen tussen de verschillende onderzoeken. De NHG-Standaard waarschuwt verder voor het optreden van ernstige brandwonden, zeker bij jonge kinderen. In de onderzoeken is echter steeds gebruikgemaakt van een speciale vernevelaar met waterdamp van maximaal 43 graden, dus daarbij is het risico op verbranding minder hoog. Stomen met warme, vochtige lucht helpt niet bij de bestrijding van klachten van een eenvoudige verkoudheid. Sommige patiënten geven aan er toch baat bij te hebben, voor hen is het waarschijnlijk een onschuldige doch onbewezen placebobehandeling. ■

Singh M, et al. Heated, humidified air for the common cold. Cochrane Database Syst Rev 2017;8:CD001728.



Stomen met warme, vochtige lucht helpt niet bij de bestrijding van klachten van een eenvoudige verkoudheid.

Foto: Gettyimages

Patiënten wachten op digitale diensten

Annet Sollie



Meer dan de helft van de ziekenhuizen biedt nog geen patiëntenportaal aan.

Foto: iStock

Online labuitslagen inzien, een actueel medicatieoverzicht downloaden of bijwerken, een arts digitaal raadplegen: patiënten wachten erop! Dit blijkt uit een recent onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland. Deze koepel, die 170 patiëntenorganisaties vertegenwoordigt, spoort zorgverleners dan ook aan om haast te maken met het aanbieden van digitale diensten.

De Patiëntenfederatie Nederland ondervroeg 2891 deelnemers met een gemiddelde leeftijd van 63 jaar. Meer dan 90% van de ondervraagden had een of meerdere chronische ziekten. De groep was weliswaar niet representatief voor de gemiddelde Nederlander, maar het onderzoek geeft toch een beeld van de behoeften van patiënten die regelmatig contact hebben met een ziekenhuis of huisarts.

Ongeveer een vijfde van de deelnemers had ervaring met een portaal bij een zorgaanbieder (ziekenhuis of andere zorgverlener). Zij beoordeelden als de belangrijkste functies: labuitslagen inzien, medicatieoverzicht bekijken/bewerken, online afspraak maken en arts raadplegen (e-consult). Zij beoordeelden als minder belangrijk: zelfmetingen toevoegen en een gezondheidsdagboek bijhouden. Ongeveer 40% van de Nederlandse ziekenhuizen beschikt op dit moment over een patiëntenportaal, met zeer verschillende functionaliteiten. Meer dan de helft van de ziekenhuizen biedt deze service dus nog niet aan. Meer dan 70% van de huisartsen biedt een of meerdere vormen van online diensten aan. Opvallende, andere resultaten uit het onderzoek: de deelnemers gaven aan weinig betrokkenheid te ervaren van zorgverleners bij het patiëntenportaal, ze werden

nauwelijks aangemoedigd online diensten te gebruiken. Ook bleken sommige zorgverleners zelf niet op de hoogte te zijn van de online mogelijkheden. Verder vonden patiënten dat ze te lang moesten wachten op het beschikbaar komen van online labuitslagen en dat het taalgebruik in het portaal vaak te ingewikkeld was. Kortom, werk aan de digitale winkel! ■

<http://www.smarthealth.nl/2017/08/18/onderzoek-patienten-federatie-patienten-wachten-op-digitale-diensten>.
<https://www.vipp-programma.nl/over-vipp-monitor>.
<https://www.nictiz.nl/ehealth/ehealth-monitor/ehealth-monitor-2017>.

Zijn de gegevens uit uw HIS een goudmijn?

Annet Sollie, Mattijs Numans, Charles Helsper

Stel, er komt een patiënt op uw spreekuur met een klacht die op een ernstige aandoening kan wijzen, zoals longkanker bij een chronisch hoestende patiënt. U maakt in uw HIS een episode aan met een ICPC-code voor longkanker. Gelukkig wijst nader onderzoek uit dat er niets aan de hand is. U vergeet echter de ICPC-code van de ernstige aandoening aan te passen. Voor de korte termijn heeft uw codeerfout geen gevolgen, maar wanneer bijvoorbeeld de huisartsenpost de door u in het HIS opgeslagen gegevens gebruikt, kan er veel misgaan. Hoe goed is de kwaliteit van (gecodeerde) gegevens in een doorsnee huisartsenpraktijk eigenlijk? Hoe kunnen we de kwaliteit ervan verbeteren en het hergebruik of delen van gegevens optimaliseren?

CASUS

Januari 2017: een 48-jarige man bezoekt zijn huisarts met een productieve hoest. Hij maakt zich zorgen want hij hoest al acht weken en heeft vroeger veel gerookt. Hij slaapt slecht door het gehoest en heeft moeite met sporten. Hij heeft geen koorts, is niet hees en hoest geen bloed op, maar heeft wel wat gewicht verloren. Bij lichamelijk onderzoek vindt de huisarts geen afwijkingen. In navolging van de NHG-Richtlijn Acuut hoesten besluit de huisarts een X-thorax te laten maken. De huisarts noteert:

S Hoest > 8 wk, productief, koorts –, hemoptoë –, 3 kg afgevallen. Slaapt slecht, dyspneu bij sporten. Ex-roker (25 pack yr, 3 jr geleden gestopt]

O Niet ziek, geen koorts, AF 16/min, longen VAG bdz, geen heesheid, geen lymfeklieren palpabel, keel gb

E Hoest DD longkanker?

P X-thorax, retour 1 week

Nadat ze de episode met de naam ‘Hoest DD longkanker?’ heeft aangemaakt, accepteert ze de door het HIS gesuggereerde ICPC-code R84 maligniteit bronchus/long, met het idee die later eventueel aan te passen. Gelukkig blijkt de thoraxfoto normaal en de huisarts belt haar patiënt om het goede nieuws te vertellen. Haar werkdag is echter hectisch en ze vergeet de ICPC-code longkanker te vervangen door de ICPC-code R05 Hoest.

Een zaterdagochtend een paar weken later: de patiënt bezoekt de huisartsenpost met een verzwikte enkel en schrikt zich rot wanneer de dienstdoende huisarts hem vraagt of hij al gestart is met zijn behandeling voor longkanker. Eind van het kwartaal: het geanonimiseerde dossier van onze patiënt wordt doorgestuurd naar een grote onderzoeksdatabase van de universiteit, waar hij wordt geïncludeerd in een onderzoek naar vroege detectie van kanker. Eind van het jaar telt de verzekeringsmaatschappij de patiënt mee als ‘kankercasus’ bij het bepalen van de workload van de huisartsenpraktijk en het berekenen van een aantal kwaliteitsindicatoren.

Elke werkdag typen we wat af in ons huisartsinformatiesysteem (HIS): klachten van patiënten, lichamelijk onderzoek, conclusies, beleid, als het goed is voorzien van de nodige ICPC-codes en dat alles gekoppeld aan de juiste episodes.¹ Dat moet een ware ‘datagoudmijn’ zijn, toch? Een goudmijn die we in eerste instantie dagelijks zelf gebruiken voor ons werk in de praktijk, maar die ook heel geschikt is voor andere doeleinden. Denk aan de overdracht naar de huisartsenpost, kwaliteitsbeleid, populatiegerichte zorg, wetenschappelijk onderzoek en het aanleveren van indicatoren voor zorgverzekeraars.²⁻⁶ Dit soort hergebruik is gewoon aan het worden en lijkt veel voordelen te hebben: patiënten hoeven niet eindeloos hun medische voorgeschiedenis te herhalen en onderzoekers en verzekeraars hoeven niet apart gegevens te verzamelen. Maar hoe is het gesteld met de kwaliteit en herbruikbaarheid van onze ‘routinezorggegevens’? Wat gebeurt er wanneer niet-huisartsen deze gegevens hergebruiken?

CODEERFOUTEN MET GROTE GEVOLGEN

Hergebruik van gegevens uit het HIS gebeurt al op grote schaal en wij verwachten dat dit de komende jaren alleen maar zal toenemen. Het is aantrekkelijk omdat gegevens toch al worden ingevoerd en de technieken voor automatische analyse ervan (krachtige zoekmachines, datamining, textmining) met sprongen vooruitgaan. Wij verwachten bovendien dat patiënten zelf meer en meer inzage zullen krijgen in hun dossier. Een codeerfout als in de casus is gemakkelijk te maken en komt in de dagelijkse praktijk vaker voor. Dergelijke codeerfouten hebben op korte termijn meestal geen gevolgen voor onze eigen zorg voor de patiënt. Zoals uit de casus blijkt kan het echter wel misgaan wanneer anderen de gegevens hergebruiken. Hoe goed is de kwaliteit van (gecodeerde) gegevens in een doorsnee huisartsenpraktijk eigenlijk? Wat zijn de aanknopingspunten om de kwaliteit ervan te verbeteren en hergebruik of delen van gegevens te vergemakkelijken? Wij besloten een promotietraject te wijden aan het beantwoorden van die vragen. Allereerst hebben we de beschikbare literatuur bekeken. Daarbij vonden we weinig onderzoek naar de kwaliteit van gegevens in het HIS. Uit de beschikbare onderzoeken, die vooral gingen over de kwaliteitsdimensies correctheid en compleetheid [tabel] blijkt dat de kwaliteit suboptimaal is,

Tabel Dimensies van gegevenskwaliteit*

Dimensie	Omschrijving
Compleetheid	Geen ontbrekende gegevens: een ‘bekend feit’ over de patiënt is geregistreerd
Correctheid/accuraetheid	Een gegevensitem [†] is waar
Concordantie	Er is overeenstemming tussen verschillende gegevensitems in het dossier of tussen het HIS en een externe bron
Plausibiliteit	Een element in het HIS lijkt waarschijnlijk op basis van algemeen bekende medische kennis
Tijdigheid	Een gegevensitem in het HIS is up-to-date

* De kwaliteit van gegevens wordt beoordeeld op een aantal dimensies. Er is geen algemeen geaccepteerd model, het betreft hier de vijf meest gebruikte dimensies.
† Gegevensitem: een veld in het HIS, zoals ‘gewicht’ of ‘diagnose’

maar door de jaren heen geleidelijk beter wordt.⁷⁻⁹ De kwaliteit van de gegevens lijkt te variëren per huisartsenpraktijk en per gegevenscategorie (gecodeerde gegevens zoals labwaarden, medicatie en diagnoses scoren beter dan vrije tekst). Belangrijke contextinformatie over bijvoorbeeld allergieën en intoleranties, maar ook over risicofactoren, ontbreekt nogal eens.^{10,11}

ONDERZOEK NAAR ROUTINEZORGGEGEVENS

Wij hebben verschillende onderzoeken uitgevoerd waarvoor we het gegevensbestand van het Julius Huisartsen Netwerk in de regio Utrecht hebben gebruikt. Ten tijde van ons onderzoek zaten daarin 290.000 anonieme patiëntendossiers van 120 huisartsen uit 50 praktijken (die MicroHIS, Promedico en Medicom gebruikten). Het gaat hier om pure ‘routine-zorggegevens’ uit doorsneepraktijken; de gegevens werden niet ‘verbeterd’ en de huisartsen kregen geen extra training. Bij twee onderzoeken keken we naar de kwaliteit van de registratie van kanker in het HIS.^{12,13} Wij hebben voor kanker gekozen omdat hiervoor een referentiestandaard beschikbaar is (de Nederlandse Kanker Registratie of NKR, www.cijfers-overkanker.nl) en omdat wij verwachtten dat de registratie van een belangrijke diagnose als kanker relatief goed en eenduidig is. Van de gecodeerde diagnoses in het HIS komt 60% overeen met het NKR. De routinezorggegevens lieten zien dat huisartsen hun kankerpatiënten wel in beeld hebben (meer dan 90% van de cases is uit het dossier te halen als ook vrije tekst wordt doorzocht), maar dat hergebruikers deze kanker-cases niet zomaar kunnen vinden. Zij zullen waarschijnlijk een groot aantal gevallen missen (tot 40% niet of niet juist gecodeerd) en een groot aantal fout-positieve cases vinden (tot 48%), zoals het voorbeeld uit de casus. De registratie verbetert in de loop van de jaren. De kwaliteit hangt vooral af van het gebruikte HIS, maar niet van het type kanker (borst-, colon, -prostaat, longkanker) en de leeftijd op het moment dat de diagnose is gesteld. In recentere jaren is de diagnosesregistratie in het HIS completer, maar stijgt het aantal fout-positieven. Dit laatste geldt zeker voor systemen die verplicht een ICPC-code laten vastleggen, zoals Promedico. In het geval van MicroHIS, waarin codering niet verplicht is, coderen huisartsen minder (waardoor dossiers vaker incom-

pleet zijn), maar zijn er ook veel minder fout-positieven. Ook de NKR bleek niet compleet, bijvoorbeeld doordat huisartsen patiënten op leeftijd op hun verzoek niet meer insturen voor diagnostiek of behandeling. In een ander onderzoek, waarbij we hebben gekeken naar het management van huisartsen bij vrouwen die zich meldden met klachten van de borst, bleek dat relevante informatie

Informeer patiënten over hergebruik van hun dossier buiten de praktijk

over de familieanamnese in het dossier vaak ontbrak.¹⁴ Ook verwijzen huisartsen ten onrechte voor beeldvorming en naar klinische genetica of verwijzen ze juist niet wanneer dat wel zinvol is. Bij enkele andere onderzoeken hebben we gekeken naar mogelijke oplossingen voor het verbeteren van de kwaliteit van gegevens, zoals betere codeersystemen. Wij hebben onze bevindingen vertaald naar praktische aanbevelingen voor

DE KERN

- Hergebruik van gegevens uit het huisartsinformatiesysteem [HIS] is aan de orde van dag, terwijl er weinig aandacht is voor de kwaliteit van deze gegevens.
- Uit ons onderzoek blijkt dat de kwaliteit van gegevens verbetert in de tijd, maar ook in recente jaren nog suboptimaal is; het type HIS beïnvloedt de kwaliteit.
- Verplicht coderen zorgt voor completere registratie, maar ook voor meer fouten.
- Hergebruik heeft veel voordelen, maar kent ook gevaren en zal naar verwachting vaker voorkomen. Daarom is verbetering van de kwaliteit aan de bron hard nodig.
- Gegevens uit het HIS zouden op dit moment alleen mogen worden hergebruikt door personen die de context begrijpen en rekening houden met de beperkingen.



Hergebruik van HIS-gegevens heeft veel voordelen, maar kent ook gevaren. Foto: Getty Images

de verschillende betrokken partijen. (Het hele proefschrift is online in te zien of te downloaden via: www.offpage.nl/ebooks/2016_asollie.)

ONZE AANBEVELINGEN

Patiënten

Patiënten zouden beter geïnformeerd moeten worden over het huidige anonieme en niet-anonieme hergebruik van hun dossier buiten de praktijk. Ze zouden daarbij gestimuleerd moeten worden om samen met hun huisarts de verantwoordelijkheid te nemen door te kijken of alle belangrijke informatie (bijvoorbeeld diagnoses, allergieën en intoleranties, familie-anamnese) bij de huisarts bekend en geregistreerd is.

Alleen personen die de context en beperkingen begrijpen mogen routinezorggegevens hergebruiken

Huisartsen

Huisartsen bevelen wij aan om actief, stapsgewijs, de kwaliteit van gegevens in het HIS te verbeteren omdat hun patiënten en zichzelf hier baat bij hebben. Het hergebruiken van gegevens zal alleen maar toenemen en patiënten

zullen zeer waarschijnlijk veel vaker inzage krijgen in hun dossier. (www.gov.uk/government/publications/personalised-health-and-care-2020). Huisartsen zouden moeten investeren in het controleren, updaten en coderen van sleutelitems, te beginnen bij belangrijke diagnoses. Ook kunnen ze een slag maken in de optimalisering van werkprocessen rond de registratie. Denk hierbij aan het consequent verwerken van inkomende brieven van specialisten, waarbij ze sleutelitems direct in het dossier opnemen. Projecten van bijvoorbeeld de huisartsenpost of universiteit om gegevens te delen en hergebruiken stimuleren de kwaliteit van de gegevens en de zorg – participeren dus!

Investeer in het controleren, updaten en coderen van sleutelitems

NHG

Het NHG bevelen wij aan om verbetering van de kwaliteit van gegevens te faciliteren, bijvoorbeeld door onderzoek te doen naar digitale technieken die de kwaliteit van de gegevens bij de invoer kunnen vergroten (spraakherkenning, natuurlijke taalherkenning en tekstmining) en deze beschikbaar te stellen aan de huisarts. Aan de andere kant is het belangrijk om ondeskundig en ongelimiteerd hergebruik van gegevens af te remmen.⁵ Het NHG zal het HIS-referentiemodel dat de HIS-leveranciers als basis gebruiken voor hun systemen kritisch moeten bekijken (via een kosten-batenanalyse van de registratiedruk?) en aanpassen. Hetzelfde geldt voor de ICPC-codering: een update, inclusief aansluiting (*cross-referencing*) bij breder gebruikte systemen, zoals Snomed, is dringend nodig, vooral voor die zaken die de huidige HIS'sen (nog) niet goed kunnen registreren.

HIS-leveranciers

Uit ons onderzoek blijkt dat het soort HIS invloed heeft op de kwaliteit van gegevens in het HIS. Een interessante conclusie, die HIS-leveranciers verder zouden moeten analyseren. Hoe kunnen ze de userinterface en het systeemontwerp zo aanpassen dat de kwaliteit van de gegevens bij invoer verbetert? Ook zou het HIS de huisarts op geavanceerdere wijze digitaal suggesties kunnen doen wanneer de leveranciers de richtlijnen werkelijk in de systemen integreren en de tekstanalyse verbeteren. Ze kunnen huisartsen ook ondersteunen door het HIS feedback te laten genereren op de eigen registratie (bijvoorbeeld een zelf te maken overzicht van alle kankerpatiënten of alle recente consulten zonder episode).

Kwaliteitsbeoordelaars

Onze boodschap aan kwaliteitsbeoordelaars: stop met het invoeren van steeds weer nieuwe indicatoren die tot nieuwe meetwaarden in het HIS leiden, en die niet altijd even zinnig en betrouwbaar zijn. Zoek vooral manieren om de kwaliteit

van de zorg adequaat en zonder verstoring van het zorgproces te meten en stel indicatoren en de wijze van extractie vast in samenspraak met huisartsen.

Opleiders

Opleiders adviseren we het volgende: neem in het curriculum geneeskunde en de specialistenopleidingen educatie en toetsing op het gebied van adequate dossiervoering op en ontwikkel (na)scholing waarin huisartsen en huisartsen in opleiding de benodigde vaardigheden kunnen verbeteren en onderhouden.

CONCLUSIE

Hergebruik van HIS-gegevens heeft veel voordelen, maar kent ook gevaren en zal naar verwachting de komende jaren toenemen. Daarom is verbetering van de kwaliteit aan de bron hard nodig en mogen routinezorggegevens alleen worden hergebruikt door personen die de context begrijpen en rekening houden met de beperkingen. ■

Intermezzo

Comfortabel

Ferdinand Schreuder

Het zal zo'n vijf jaar geleden zijn. Toen hoorde ik voor het eerst het begrip 'comfortabel' toegepast op stervende mensen; meestal met de ontkenning ervoor: 'niet-comfortabel'. Niet dat de stervende er zelf zo over sprak, het waren de verzorgende verpleegkundigen. Tegenwoordig lijkt het begrip leidend te zijn in de palliatieve terminale zorg en is het aanleiding voor verregaande medicalisering: voor ieder pijntje een medicijntje. Ik vind het altijd lastig schakelen: in de gewone dagelijkse praktijk streef ik, overeenkomstig onze Calvinistische volksaard, er steeds naar zo min mogelijk medicijnen voor te schrijven. Althans, ik ga daar kritisch mee om. Maar in de palliatieve terminale zorg voel ik vaak een zekere druk vanuit de verpleging (meer) medicijnen voor te schrijven in het streven naar een 'comfortabel' sterfbed. Een terughoudende opstel-

LITERATUUR

1. NHG. NHG-Richtlijn Adequate dossiervoering met het EPD (ADEPD). Versie 3, 2013. <https://www.nhg.org/themas/publicaties/richtlijn-adequate-dossiervorming-met-het-epd>.
2. Bleijenberg N, Drubbel I, Ten Dam VH, Numans ME, Schuurmans MJ, De Wit NJ. Proactive and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT). BMC Geriatr 2012;12:16.
3. Terry AL, Chevendra V, Thind A, Stewart M, Marshall JN, Cejic S. Using your electronic medical record for research: a primer for avoiding pitfalls. Fam Pract 2010;27:121-6.

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

Sollie JW, Numans ME, Helsper CW. Zijn de gegevens uit uw HIS een goudmijn? Huisarts Wet 2018;61(2):14-7. DOI:10.1007/s12445-018-0005-7. Maison Medical Bel Air, Carpentras, Frankrijk: dr.ir. J.W. Sollie, huisarts, annetsollie@gmail.com. LUMC, afdeling PHEG, Leiden: prof.dr. M.E. Numans, hoogleraar huisartsgeneeskunde/hoofd Public Health en Eerstelijns Geneeskunde. UMC Utrecht, Julius Centrum, afdeling huisartsgeneeskunde, Utrecht: dr. C.W. Helsper, arts-epidemioloog, docent/onderzoeker Huisartsgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Empathie, een kracht van de huisarts in gevaar?

Frans Derksen, Tim olde Hartman, Jozien Bensing, Toine Lagro-Janssen

Empathie speelt een belangrijke rol in de patiënt-huisartscommunicatie met het oog op persoonsgerichte zorg. Een empathische houding levert de huisarts meer informatie op over de situatie van de patiënt, verbetert de onderlinge relatie en maakt dat patiënten zich meer op hun gemak voelen. In de dagelijkse praktijkvoering is maar weinig ruimte voor zo'n empathische houding, bijvoorbeeld omdat de huisarts moet letten op het juist toepassen van standaarden en protocollen, telkens weer op het computerscherm moet kijken, met tijdsdruk kampt of administratieve zaken moet afhandelen. Persoonsgerichte zorg kan daardoor in de knel komen. Wij hebben een kwalitatief onderzoek gedaan naar de rol van empathie in de communicatie tussen patiënt en huisarts. Huisartsen geven aan dat intervisiegroepen behulpzaam kunnen zijn bij het behouden van empathie in de dagelijkse praktijk. Wanneer zorgverzekeraars het belang van empathie gaan inzien, kunnen zij tijd en aandacht voor de patiënt gaan financieren. Het is zinvol om tijdens de huisartsopleiding veel aandacht te besteden aan een empathische grondhouding, cognitieve verdieping van empathie aan te bieden en gericht te trainen door reflectie op empathisch gedrag.

INLEIDING

Empathisch gedrag van de huisarts is naast medische kennis en laagdrempelige bereikbaarheid een van de kernthema's van een optimale dagelijkse huisartsenzorg. Tevens krijgt hiermee de persoonsgerichte zorg vorm. We hebben een kwalitatief onderzoek gedaan naar de rol van empathie in de communicatie tussen patiënt en huisarts.³ Met behulp van diepte-interviews met huisartsen en focusgroepgesprekken met patiënten hebben we ervaringen, meningen en opvattingen van patiënten en huisartsen in kaart gebracht. De huisartsen zijn afkomstig uit een representatieve steekproef (NIVEL) en de patiënten hebben zich spontaan aangemeld na een oproep in dagbladen. We wilden meer inzicht krijgen in de context waarin empathie een rol speelt binnen de patiënt-huisartscommunicatie.

BEGRIPPEN

Er bestaan vele varianten van het concept *empathie*.⁴ Door deze variatie ontstaan in wetenschappelijk onderzoek en in de praktische toepassing veelvuldig onduidelijkheden over wat er nu precies onderzocht is, wat het therapeutisch effect is en



Tijdens de huisartsopleiding veel aandacht besteden aan een empathische grondhouding is zinvol.

Foto: Margot Scheerder

op welke wijze de resultaten van onderzoek naar empathie te vertalen zijn naar het onderwijs en de dagelijkse praktijk. Soms worden empathie, sympathie en compassie met elkaar verward. In de context van de zorg gaat het er bij empathie om dat zorgverleners zich zowel cognitief als gevoelsmatig verplaatsen in de situatie van de patiënt. Het blijft wel het probleem van de patiënt, waarbij zorgverleners de patiënt helpen zoeken naar een oplossing. Bij sympathie wordt het probleem

DE KERN

- Patiënten en huisartsen beschouwen empathie als een belangrijke voorwaarde voor persoonsgerichte communicatie.
- Het tonen van empathie is effectief: meer tevreden en minder angstige patiënten; patiënten geven meer informatie over de manier waarop de klacht hun leven en situatie beïnvloedt; patiënten hebben meer vertrouwen in de huisarts en het versterkt het eigen oplosgedrag.
- Het tonen van empathie komt onder druk te staan door praktijkorganisatorische factoren – triage door de assistentes, veel werk achter het computerscherm – en door de focus op ketenzorg en protocollen.
- Maatschappelijke ontwikkelingen, zoals een toename van egocentrisme en een nadruk op functioneel handelen, hebben een negatieve invloed op de positie van empathie.

van de patiënt ook dat van de zorgverlener, die vervolgens het probleem graag wil oplossen.⁴⁻⁷ Bij compassie roept het zien van het lijden van de ander een gevoel van medelijden op en van daaruit de wens de ander te helpen.⁴

Bij empathie probeert de dokter zich voor te stellen hoe het is om in de situatie van de patiënt te verkeren. Een veel gebruikte definitie voor empathie in de patiënt-artscommunicatie is: 'de activiteit van een dokter om de ervaringen en gevoelens van een patiënt te begrijpen, hierover met de patiënt te praten, de juistheid van zijn of haar eigen gedachten te toetsen en op basis daarvan te handelen.'^{8,9}

Het empathische gedrag van de huisarts is gebaseerd op de persoonlijke houding en aanwezigheid of aangeleerde vaardigheden. De persoonlijke houding van de huisarts (de attitude) is gestoeld op innerlijke morele gedragsregels die hij of zij in zijn of haar jeugd thuis of op school van leeftijdsgenoten heeft geleerd.^{10,11} Aangeleerde vaardigheden zijn onder te verdelen in empathische en communicatieve vaardigheden. Deze vaardigheden zijn nodig om een relatie met de patiënt op te bouwen.¹² Een empathische vaardigheid betreft bijvoorbeeld het benoemen van de emotionele situatie van de patiënt.¹³ Belangrijke communicatieve vaardigheden zijn luisteren, verhelderen en spiegelen (reflecteren).^{12,13} Het feitelijke gedrag van de huisarts uit zich op een verbale en non-verbale manier.¹³

Volgens zowel patiënten als huisartsen komen de betrokkenheid en persoonlijke houding van de huisarts tot uiting in aspecten als toegankelijk en echt zijn, respect tonen en geïnteresseerd zijn in andere mensen.³ Volgens huisartsen is het herkennen van en geraakt zijn door de emotionele situatie van de patiënt een essentiële empathische vaardigheid.² Patiënten vinden vooral een serieuze en menselijke benadering belangrijk.¹ Volgens beide groepen is het luisteren naar en reflecteren op de gedachten van de patiënt een belangrijke communicatieve vaardigheid.³ Verbale uitingen die hierbij

kunnen ondersteunen zijn volgens huisartsen het ingaan op zogenaamde *cues* – uitingen van patiënten tijdens het consult of tussen consults door over emotionele aspecten – en het terugkomen op vorige consulten of belangrijke gebeurtenissen in het leven van de patiënt.² Belangrijke non-verbale uitingen zijn volgens patiënten een geïnteresseerde lichaamshouding en oogcontact.² Ten slotte geven patiënten aan dat wanneer de arts zich empathisch opstelt, ze zich welkom en op hun gemak voelen. Dit helpt volgens hen bij het opbouwen van een ondersteunende en vertrouwelijke relatie met de arts.¹

EMPATHIE ALS KRACHT

Zowel patiënten als huisartsen vinden empathie een kracht; hun oordelen over het belang van een empathische grondhouding en vaardigheden van de arts komen overeen. Ze verschillen echter van mening over de functie en het uiteindelijke effect. Huisartsen benadrukken dat ze door hun empathische gedrag meer en andere informatie over de situatie van de patiënt verkrijgen.² De patiënten uit het onderzoek beschouwen het ervaren van een wederkerige vertrouwensrelatie als een belangrijk effect. Hierdoor hebben ze het gevoel dat de huisarts hen menswaardiger behandelt en voelen ze zich veiliger tijdens het consult. Bovendien vergroot de empathische houding het vertrouwen in hun huisarts. Daarnaast versterkt het hun zelfvertrouwen en ondersteunt het hun eigen oplosgedrag.¹ Een patiënte over haar huisarts: 'Ze gaf me de ruimte, hoewel dat confronterend was voor mij, om mijn gevoelens met haar te delen. Daardoor ging ik nadenken over wat ik wilde en toen draaide alles om. Ik kon mezelf weer toestaan positief te zijn en daardoor weer controle krijgen over mijn eigen gevoelens.'¹ Deze bevindingen sluiten aan bij de resultaten uit eerder onderzoek. Eerder onderzoek liet namelijk zien dat er een verband bestaat tussen het empathische gedrag van de huisarts en

'Als mijn dokter geen empathie laat zien, dan betekent dat eigenlijk dat ik een andere dokter zal moeten zoeken! Want ik vind het erg belangrijk dat ik het gevoel heb dat ik begrepen word.' [een patiënt]¹

uitkomsten op patiëntniveau, zoals een toegenomen patiënttevredenheid en angstreductie.^{14,15} Ook blijken patiënten dan meer informatie te geven over psychische en sociaal-maatschappelijke aspecten, zoals de invloed die de klacht heeft op hun welzijn en situatie. Er lijkt een relatie te bestaan tussen de mate van empathie van de huisarts en klinische parameters, zoals HbA1c en LDL-cholesterol bij diabetespatiënten.¹²

EEN SPANNINGSVELD IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Empathisch gedrag van de huisarts kunnen we beschouwen als een *conditio sine qua non* voor het peilen van de behoeften

van de patiënt en het aansluiten bij diens ideeën en verwachtingen.^{8,9,16} Een groot aantal geïnterviewde huisartsen gaf echter aan dat het tonen van empathie wordt belemmerd door de eisen van de ketenzorg en de daaraan gekoppelde standaarden en protocollen, waarbij de focus vooral op biomedische aspecten ligt. Ze (h)erkennen dat hun aandacht voor standaarden en protocollen en de grote hoeveelheid tijd die ze daarin moeten steken een negatieve invloed hebben op de mate waarin ze hun empathische gedrag en hun aandacht voor de emoties van de patiënt kunnen tonen. Om dan toch persoonlijke zorg te kunnen leveren, wijken ze bewust af van de aanbevelingen van

invloed zijn op de houding van de huisarts. Kortgeleden vroeg het Sociaal en Cultureel Planbureau aandacht voor het feit dat mensen die goed kunnen communiceren en een groot empathisch vermogen hebben in de toekomst in het voordeel zijn op de arbeidsmarkt.²³ Recent onderzoek toont echter aan dat mensen bewuster selecteren bij welke situatie ze wel of niet empathisch betrokken willen zijn. Ze bepalen die keuze vooral op grond van efficiëntie en nut.^{24,25} Tevens blijkt dat verschillen in culturele achtergrond of sociale klasse tussen zorgvrager en -gever empathisch gedrag van mensen versterken of juist reduceren. Ook vooropgezette meningen over gender of beroep spelen hierbij een rol.^{24,26-28}

Amerikaans onderzoek heeft generaties studenten van 1979 en 2009 met elkaar vergeleken en liet zien dat het voor de generatie van 2009 minder vanzelfsprekend is om emotioneel geraakt te worden door de ellende van andere mensen. Een toename van egocentrisme en vooral communicatie via social media speelt hierbij een belangrijke rol.²⁹ Het is nog onduidelijk in hoeverre maatschappelijke factoren, zoals het toenemende egocentrisme en een overwaardering van efficiëntie of functionaliteit, de balans in de communicatie tussen patiënt en huisarts beïnvloeden.

Nederlandse huisartsen in opleiding zullen in toenemende mate diverse culturele achtergronden hebben en met verschillende omgangsvormen en interesses zijn opgegroeid. Deze verschillen zullen mede bepalen of artsen in de patiënt-arts-communicatie empathie tonen of juist vermijden.²⁸

AANBEVELINGEN

Persoonsgerichte zorg beschouwt men bij uitstek als de kwaliteit van de huisartsenzorg. Behalve door medische kennis krijgt deze zorg vorm dankzij de aandacht die de huisarts voor de persoonlijke context van de patiënt heeft, doordat deze de patiënt als mens waardeert en door de wederkerige vertrouwensrelatie tussen patiënt en huisarts. Aandacht voor het gebruik van empathie door de huisarts bevordert deze zorg. Hoewel de resultaten van kwalitatief onderzoek niet generaliseerbaar zijn, geven ze wel inzicht in het brede palet van meningen en opvattingen van huisartsen en patiënten. Huisartsen geven aan dat ze meer aandacht – zowel qua tijd als in gedachten – moeten besteden aan biomedische en praktijkorganisatorische aspecten van de zorg, waardoor er minder ruimte is voor empathisch gedrag.

De vraag dringt zich dan ook op hoe de empathische grondhouding een belangrijke rol kan blijven spelen in het versterken van de patiënt-huisartscommunicatie. Hoewel niet precies bekend is hoe de huisarts hierbij ondersteuning kan krijgen, hebben wij daar wel ideeën over. Ondersteuning kan op verschillende manieren plaatsvinden, bijvoorbeeld door het faciliteren van geaccrediteerde intervisie. Intervisie maakt het mogelijk om samen met collega-huisartsen te reflecteren op het dagelijkse werk en op de manier waarop de huisarts invulling wil geven aan het vak.^{30,31} Zorgverzekeraars kunnen de tijd en aandacht die de huisarts de patiënt geeft meer gaan ondersteunen, bijvoorbeeld in de vorm van de M&I-verrichting

‘Omdat ik het zo belangrijk vind dat mensen zich gehoord, gezien en serieus genomen voelen, en dat er aandacht is; ja, als dat er niet is, dan voel ik me geen goede dokter.’ [een huisarts]²

de standaarden en protocollen.¹⁷ Ook praktijkorganisatorische elementen die de zorg moeten stroomlijnen, zoals het coördineren van de praktijkondersteuning en de triagering door praktijkassistenten, leiden volgens huisartsen de aandacht af van persoonsgerichte zorg.^{17,18}

Ook het zoeken naar een balans tussen betrokkenheid en professionele distantie speelt volgens hen een rol in dit spanningsveld.¹⁷ Huisartsen geven aan dat de zorg voor de patiënt hen emotioneel kan uitputten. Een te grote betrokkenheid kan er dan toe leiden dat ze hun empathische gedrag beperken.¹⁷ Verschillende andere onderzoeken laten zien dat een hoger niveau van empathie de kans op het ontwikkelen van *compassion fatigue* en burn-out vergroot.^{19,20} Halpern beschouwt empathie als een vaardigheid die zorgverleners juist helpt om een balans te vinden tussen de eigen emoties en professionele taken.²¹ Ook patiënten signaleren bedreigingen voor de positie van empathie in de spreekkamer van de dokter. Het veelvuldig gebruik van het computerscherm tijdens het consult en de merkbare tijdsdruk zien ze als een belemmering bij het ervaren van empathie van de arts. Wat betreft de telefonische triage hebben ze het gevoel dat de praktijkassistenten niet voor hen openstaan, maar zich defensief en vaak ontmoedigend opstellen. Volgens hen maakt een vanzelfsprekende toegankelijkheid van de huisarts ook deel uit van empathisch gedrag.³ Recent onderzoek toont aan dat een vriendelijke, behulpzame en laagdrempelige houding van assistenten aan de telefoon belangrijk is voor de tevredenheid van patiënten en dat deze het oplosgedrag van patiënten bevordert.^{16,22}

ALGEMEEN MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELINGEN

Naast de genoemde praktijkorganisatorische en persoonlijke factoren die de positie van empathie beïnvloeden is het waarschijnlijk dat ook maatschappelijke ontwikkelingen van



Zowel patiënten als huisartsen vinden empathie een kracht.

Foto: Shutterstock

‘kijk- en luistergeld’. Bovendien moeten huisartsen kritisch nadenken over de triage van patiënten in kantoor tijd. Besteden huisartsopleidingen voldoende aandacht aan de rol van empathie en aan de attitude van aiossen? En hoe leren ze deze empathische vaardigheden aan? In het curriculum van de huisartsopleiding is er tijdens het eerste en derde jaar

‘Empathie moet goed in de opleiding zitten, zodat studenten er goed mee kunnen oefenen. En dat ze zelf ook kunnen voelen en ontdekken hoeveel het uitmaakt als het er is en hoe gemakkelijk het kan zijn als je het uitvoert.’ [een patiënt]¹

vooral impliciet aandacht voor empathie. Aiossen krijgen namelijk een training in een efficiënte consultvoering via arts-patiëntcommunicatievaardigheden. In de complexiteit van de dagelijkse huisartsenpraktijk ontbreekt het veelal aan expliciete aandacht voor de effecten van empathie op patiëntniveau, aan cognitieve verdieping en aan praktische oefening in het vormgeven van empathie en empathische consultvoering. Kritische reflectie op de attitude van aiossen ten opzichte van

de verschillende patiëntengroepen kan prima plaatsvinden in de inbrengondes die gemeengoed zijn in de huisartsopleiding. Daarbij is kennis van de persoonlijke, maatschappelijke en cultuurgebonden kenmerken en opvattingen van de aios onontbeerlijk.^{32,33} ■

LITERATUUR

1. Derksen F, Olde Hartman T, Van Dijk A, Plouvier A, Bensing J, Lagro-Janssen A. Consequences of the absence and presence of empathy during consultations in primary care; a focus group study with patients. *Pat Educ Couns* 2016;100:987-93.
2. Derksen F, Bensing J, Kuiper S, Van Meerendonk M, Lagro-Janssen A. Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. *Fam Pract* 2014;32:94-100.
3. Derksen F. Perspectives on empathy in patient-GP communication. Nijmegen: Radboud University Medical Centre, 2017.

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

Derksen FAWM, Olde Hartman T, Bensing J, Lagro-Janssen A. Empathie, een kracht van de huisarts in gevaar? *Huisarts Wet* 2018;61(2):18-23. DOI: 10.1007/s12445-017-1040-5. Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Gender en vrouwenstudies Radboudumc, Nijmegen: dr. F.A.W.M. Derksen, huisarts n.p., wetenschappelijk medewerker, Frans.Derksen@radboudumc.nl; dr. T. Olde Hartman, huisarts, wetenschappelijk medewerker; prof.dr. A. Lagro-Janssen, huisarts n.p., emeritus hoogleraar Gender and women's health. Afdeling Psychologie, Faculteit Gedragswetenschappen, Universiteit Utrecht, Utrecht: prof.dr. J. Bensing, hoogleraar gezondheidspsychologie. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Spanning tussen empathie en professioneel handelen

Bèr Pleumeekers

Een tweedehandsautoverkoper zal meer verkopen als hij empathisch is, maar moeten huisartsen ook empathisch zijn? Empathie is veel meer dan alleen communicatie. Binnen de arts-patiëntrelatie is rationeel onderbouwde communicatie met de nodige distantie niet alleen effectiever, maar ook rechtvaardiger. Dat kan op gespannen voet staan met empathie.

Er valt heel wat af te dingen op de bewering van Derksen et al. dat empathie de kracht is van de huisarts.¹⁻³ Volgens Derksen et al. is er pas echt sprake van empathie als voor het gedrag van de arts de emoties van de patiënt bepalend worden. Zij noemen dat ‘de patiënt serieus nemen’. Wat zij vergeten, is dat patiënten zich kunnen vergissen en dat hun als authentiek ervaren emoties het gevolg kunnen zijn van beïnvloeding door reclame, media of internet. Je zou verwachten dat de arts een wat afstandelijker rol heeft en de wensen van de patiënt kritisch ter discussie stelt. Niet alle patiënten die een empathische huisarts verwachten, zullen deze houding dan nog als empathisch ervaren. Empathie heeft alleen oog voor het eigenbelang, want de emoties die het eigen lijden oproept zijn over het algemeen sterker dan die voor een verre naaste.

Wat is medisch effectief en maatschappelijk geaccepteerd?

Door richtlijnen en triage is de gezondheidszorg efficiënt georganiseerd. Het is een van de taken van de huisarts om hiervoor zorg te dragen en een van de basisprincipes van evidence-based medicine.⁴ Naast de wensen van de patiënt speelt wat er medisch effectief en maatschappelijk geaccepteerd is en die aspecten staan ook in onze richtlijnen. Om uit het dilemma te komen van emotie versus verstand is er voor de huisarts, samen met zijn patiënt, een belangrijke taak weggelegd. Rationele argumenten kunnen emotionele inzichten veranderen, maar omgekeerd is dat niet mogelijk. Feiten blijven feiten, ook al weigert iemand ze te accepteren.

VERSCHILLENDE WAARDEN EN NORMEN

Empathie maakt mensen aardiger en verdraagzamer, en leidt tot moreel gedrag. Reden voor Derksen om meer aandacht voor empathie in de huisartsopleiding te vragen. Het probleem dat iemand eerder geneigd is zich empathisch te gedragen naar mensen met wie hij normen en waarden deelt, wordt ook door hem onderkend. Hoe om te gaan met patiënten met verschillende culturele achtergronden en verschillende interpretaties

van levensvragen en seksualiteit zijn echter kwesties waarbij iedere arts alleen zijn eigen geweten als verantwoording heeft. Derksen wil meer aandacht voor attitude in het beroepsonderwijs en meer intervisie. Als hij hiermee bedoelt de morele opvattingen van aios te veranderen of bij te sturen, valt dat buiten de competentie van de huisartsopleiding. De slotopmerking van Derksen dat kennis vooraf van persoonlijke, maatschappelijke en cultuurgebonden kenmerken en opvattingen van de aios onontbeerlijk zijn, wekken de suggestie dat de opstellers het alleenrecht op een morele waarheid menen te bezitten en op grond hiervan uit te willen maken wie een geschikte huisarts is en wie niet.

HUISARTS, BLIJF BIJ JE KLINISCHE LEEST

Huisartsgeneeskunde is een algemeen klinisch vak, morele normen daarentegen zijn een persoonlijke keuze. Ruim tien jaar geleden riepen enkele hoogleraren Huisartsgeneeskunde huisartsen op zich te richten op hun klinische leest, met aandacht voor een gedegen klinische oriëntatie en wetenschappelijke scholing.⁵ Communicatie- en attitudeonderwijs zijn hulpmiddelen om de boodschap zo goed mogelijk te vertalen naar de patiënt en krijgen binnen het algemeen curriculum en binnen de huisartsenopleiding genoeg aandacht. Het opleiden tot empathische huisartsen gaat echter te ver. Daarom is het misschien ook goed om met stelling zeven uit het proefschrift van Frans Derksen te eindigen.⁶ ‘Het is gewaagd en kortzichtig om empathie te beschouwen als een panacee voor vele maatschappelijke en politieke problemen.’ (reactie op: De empathische samenleving van Jesse Klaver).⁷ En dat is zo. ■

LITERATUUR

1. Derksen F. Empathie, een kracht van de huisarts in gevaar? Huisarts Wet 2018;61(2):18-23. DOI 10.1007/s12445-017-1040-5.

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

Pleumeekers HCJM. Spanning tussen empathie en professioneel handelen. Huisarts Wet 2018;61[2]:24. DOI: 10.1007/s12445-018-0035-1.
Huisartsenpraktijk Zorgpunt Lombardijen, Rotterdam: dr. H.J.C.M. Pleumeekers, huisarts en redactielid H&W, hjcmpleum@gmail.com
Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

Hulp van NHG-Standaarden bij gedeelde besluitvorming

Gerda van der Weele, Jako Burgers

Als ze de keuze hebben, willen de meeste patiënten graag actief betrokken worden bij besluiten over onderzoeken en behandelingen. Toch gebeurt dat lang niet altijd naar tevredenheid, want gedeelde besluitvorming vraagt aanpassingen in de praktijkvoering en communicatieve vaardigheden. Voor- en tegenstanders zijn het erover eens dat gedeelde besluitvorming er niet toe mag leiden dat de arts de patiënt ‘in de steek laat’, en goed moet zijn afgestemd op de individuele patiënt. Het NHG faciliteert gedeelde besluitvorming in de spreekkamer door ‘keuzetabellen’ aan te bieden in de NHG-Standaarden en via Thuisarts.nl.

De overgrote meerderheid van de patiënten in Nederland wil actief betrokken zijn bij de besluitvorming over onderzoeks- en behandelmogelijkheden. Toch dat gebeurt lang niet altijd naar tevredenheid.¹ Artsen, ook huisartsen, zijn terughoudend, want gedeelde besluitvorming vraagt meer consulttijd en dus aanpassingen in de praktijkvoering.² En er is discussie over het principe van gedeelde besluitvorming. Voor- en tegenstanders vinden elkaar daarbij op twee belangrijke thema's: gedeelde besluitvorming mag er niet toe leiden dat de arts patiënten ‘in de steek laat’ door hen de eindverantwoordelijkheid voor het beleid op te leggen, en de toepassing ervan moet zo flexibel zijn dat de aard en mate van participatie goed zijn afgestemd op de individuele patiënt.³ Met deze principes als



Keuzetabellen in de NHG-Standaarden kunnen ondersteunen in situaties waarin er keuzemogelijkheden zijn.

Foto: Shutterstock

uitgangspunt zetten wij in deze beschouwing uiteen hoe de NHG-Standaarden gedeelde besluitvorming in de spreekkamer kunnen faciliteren.

GEDEELDE BESLUITVORMING BIJ GELIJKWAARDIGE KEUZEN
Naast probleem- en vraagverheldering, het bespreken van ongerustheid en het geruststellen van de patiënt omvat een consult allerlei medisch-inhoudelijke beslissingen: vraag je aanvullende diagnostiek aan, schrijf je een antibioticumkuur voor, verwijfs je naar een specialist? De NHG-Standaarden geven voor zulke beslissingen aanbevelingen op basis van ac-

Gedeelde besluitvorming mag niet leiden tot het afschuiven van verantwoordelijkheden op de patiënt

tueel wetenschappelijk bewijs en professionele consensus. Als er overtuigend wetenschappelijk bewijs is voor één bepaalde optie zijn de aanbevelingen directief. Zo is de eerste stap bij de behandeling van diabetes mellitus type 2 met bloedglucoseverlagende middelen: ‘Start met metformine’. Ook wanneer iedereen het eens is over het te volgen beleid, is de aanbeveling directief: ‘Verwijs patiënt bij alarmsignalen naar een specialist’. Vaak echter is het bewijs voor een behandeloptie minder overtuigend, incompleet of zwak. In die gevallen is het niet duidelijk of actief iets doen beter is dan afwachten, of zijn er meerdere min of meer gelijkwaardige opties en moet men een balans vinden tussen de gewenste effecten en de potentiële nadelen. Dit leidt tot aanbevelingen waarbij er iets te kiezen

valt. Dat heeft consequenties voor de voorlichting, de communicatie en de besluitvorming tijdens het consult. Als er meerdere opties zijn (inclusief de keuze om af te wachten) die elk hun eigen gewenste en ongewenste effecten hebben, ontstaat er een preferentiegevoelige situatie: de persoonlijke wensen en voorkeuren van de patiënt gaan een rol spelen. Bij langer bestaande klachten van een hernia kun je kiezen tussen doorgaan met conservatief beleid of een operatie. Statistisch is het herstel na een jaar hetzelfde, maar bij conservatief beleid treedt dat herstel doorgaans later op. Aan de andere kant brengt operatie een klein risico op complicaties met zich mee. Er zijn dan veel vragen die relevant worden. Hoeveel last ervaart de patiënt? Hoe goed helpen pijnstillers? Welke invloed hebben de klachten op het functioneren? Is er sprake van ziekteverzuim? Welke verwachtingen heeft de patiënt van een operatie? Hoe bang is de patiënt voor ziekenhuisopname, operatie en eventuele complicaties? In situaties zoals deze is niet meer alleen de inschatting van de arts, maar ook de voorkeur van de patiënt belangrijk: gedeelde besluitvorming is aan de orde. Het proces van gedeelde besluitvorming doorloopt verschillende fasen. In de keuzefase (*choice talk*) wordt duidelijk dát er een keuze bestaat. Daarna bespreekt de huisarts de voor- en nadelen van alle keuzemogelijkheden, inclusief afwachtend beleid, en controleert of de patiënt de informatie heeft begrepen (*option talk*). Vervolgens worden de waarden, voorkeuren en behandeldoelen van de patiënt geëxploreerd (*preference talk*). Tot slot komt men in de besluitvormingsfase tot een gezamenlijk besluit (*decision talk*).⁴ In al die gespreksfasen gaat het om wederzijdse informatie en kennisoverdracht; communicatieve vaardigheden zijn cruciaal. Het *Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk* geeft daarvoor praktische handvatten.⁵

Tabel

Voorbeelden van keuzesituaties met gelijkwaardige opties en uitwerking in de betreffende Standaard

NHG-Standaard	Keuzesituatie	Gelijkwaardige opties
Schildklieraandoeningen [2013]	Behandelopties bij hyperthyreoïdie op basis van de ziekte van Graves of een multinodulair struma	Thyreostaticum Radioactief jodium Hemithyreoidectomie
Urineweginfecties [2013]	Cystitis bij gezonde niet-zwangere vrouwen [vanaf 12 jaar]	Afwachtend beleid [ruim drinken en zo nodig pijnstilling] Meegeven ‘uitgesteld antibioticumrecept’
Incontinentie voor urine bij vrouwen [2015]	Behandelopties bij stressincontinentie	Bekkenbodemspieroefeningen Pessarium Midurethraalbandje
Lumbosacraal radiculair syndroom [2015]	Afwegingen bij de keuze tussen voortgezette conservatieve behandeling en operatieve behandeling [bij een klachtenduur van gemiddeld twaalf weken]	Voortzetten conservatieve behandeling Operatie
Verdachte huidafwijkingen [2017]	Behandelingsopties actinische keratose	Afwachtend beleid 5-fluorouracilcrème Cryotherapie
	Behandelingsopties basaalcelcarcinoom en ziekte van Bowen zonder hoogrisicokenmerken	Chirurgische excisie 5-fluorouracilcrème Cryotherapie



ONDERSTEUNING VINDEN IN NHG-STANDAARDEN

Het proces van gedeelde besluitvorming begint met het voorleggen van een keuze en informatie geven over de voor- en nadelen. Dat zal gebeuren op basis van onderzoek en ervaring, en men kan daarvoor te rade gaan bij de richtlijnen.⁶ De aanbevelingen in NHG-Standaarden zijn waar mogelijk evidencebased en worden gedetailleerd toegelicht in noten, maar dat resulteert niet altijd in een helder overzicht dat direct bruikbaar is in het arts-patiëntcontact. Dat laatste vergt een overzichtelijke presentatie van alle belangrijke aspecten, met een juiste balans tussen compactheid en voldoende detail. Voor situaties waarin alle opties gelijkwaardig zijn, zijn daarom in diverse NHG-Standaarden ‘keuzetabellen’ opgenomen (het zijn niet altijd tabellen in strikte zin, in de NHG-Stan-

daard Urineweginfecties wordt de situatie bijvoorbeeld uitgelegd in gewone tekst). Deze keuzetabellen zijn gebaseerd op het principe van *option grids*;⁷ ze geven een kort overzicht van de voor- en nadelen, bij voorkeur met maat en getal. Zo bevat de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen (2017) keuzetabellen voor de behandelopties bij actinische keratosen en bij laagrisicovormen van de ziekte van Bowen en oppervlakkig basaalcelcarcinoom. De [tabel] geeft ook enkele andere voorbeelden.

IN HOEVERRE WIL DE PATIËNT BIJ DE BESLUITVORMING BETROKKEN ZIJN?

De gespreksfase waarin de arts de behandeldoelen, individuele waarden en voorkeuren van de patiënt exploreert, expliciteert en weegt, is het aangewezen moment om na te gaan in hoeverre de patiënt bij de besluitvorming betrokken kan en wil zijn. Niet alleen patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, maar ook hoogopgeleide patiënten en zelfs zieke dokters worden soms in verlegenheid gebracht als men hen vraagt naar hun eigen voorkeuren. De overgrote meerderheid van de patiënten wil wel in enige mate betrokken worden bij het beleid, vooral als de klachten chronisch zijn.⁸ De arts moet zich daarbij wel realiseren dat een eenmalig gesprek hierover niet volstaat, de patiënt kan mettertijd van mening veranderen over die betrokkenheid. Belangrijk is ook dat men de patiënt, als die dat wil, de tijd moet geven om informatie te verzamelen en te overleggen met naasten. Daarbij kan een keuzetabel goede diensten bewijzen. Keuzehulpen bevatten vaak een keuzetabel, maar keuzehulpen

DE KERN

- De meeste patiënten willen actief betrokken worden bij de besluitvorming over hun behandeling, maar dat gebeurt nog onvoldoende.
- Gedeelde besluitvorming vereist dat de huisarts feitelijke informatie over alle opties, inclusief afwachtend beleid, overzichtelijk presenteert en adequaat communiceert.
- NHG-Standaarden bevatten niet alleen evidence-based behandeladviezen, maar ook keuzetabellen die gedeelde besluitvorming ondersteunen in situaties waarin er keuzemogelijkheden zijn.

gaan verder: ze geven niet alleen een overzicht van de gewenste en ongewenste effecten van elke optie en de waarschijnlijkheid dat deze optreden, maar vragen de zorggebruiker ook expliciet naar diens eigen voorkeuren en helpen zo de afweging te maken. Nederlandstalige keuzehulpen zijn te vinden op [Thuisarts.nl](https://keuzehulpen.thuisarts.nl/) (<https://keuzehulpen.thuisarts.nl/>).

WERK IN UITVOERING

De keuzetabellen in de NHG-Standaarden zijn primair gericht op de huisarts, ook qua taalgebruik. Om ze voor patiënten begrijpelijk en bruikbaar te maken moeten aangepaste versies worden gemaakt (vergelijk bijvoorbeeld de tabel in de keuzehulp Hernia: afwachten of operatie op [Thuisarts.nl](https://thuisarts.nl) met tabel 4 van de NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom). In samenwerking met het Longfonds, Diabetes Vereniging Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en InEen ontwikkelt het NHG beslisondersteunende instrumenten voor patiënten met COPD respectievelijk diabetes mellitus type 2. Bij dit project zijn vanaf het begin patiënten betrokken die inventariseren wat de belangrijkste items en vragen zijn die in de keuzetabel besproken en beantwoord zouden moeten worden. De hoop is dat er uiteindelijk één versie ontstaat die voor zowel de huisarts als de patiënt bruikbaar is. Naast samenwerking met patiëntenorganisaties lijkt het ook zinvol multidisciplinaire samenwerking te zoeken voor het ontwikkelen van beslisondersteunende instrumenten die transmurale bruikbaar zijn. Immers, vaak gaat de keuze niet alleen tussen behandelingen die in de eerste lijn kunnen worden gegeven, maar zijn er ook opties in het geding waarvoor een verwijzing nodig is, zoals het plaatsen van trommelvliesbuisjes of een tonsillectomie. Het is in ieders belang dat

Keuzetabellen in richtlijnen kunnen gedeelde besluitvorming ondersteunen

informatie uit verschillende bronnen goed aansluit. Het NHG heeft samen met Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten gewerkt aan een aantal ‘consultkaarten’; een voorbeeld is de Consultkaart Carpaletunnelsyndroom.

OPTIES TRANSPARANT WEERGEVEN

Veel aanbevelingen in de huisartsgeneeskundige richtlijnen voor medisch verantwoord handelen laten meerdere opties open. Wij, als auteurs van de NHG-Standaarden, zien het als onze taak die opties transparant weer te geven en voor specifieke keuzesituaties hulpmiddelen aan te reiken die gedeelde besluitvorming in de praktijk ondersteunen. Richtlijnen, keuzetabellen en keuzehulpen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden om dat doel te helpen bereiken.⁹

We realiseren ons dat het succes van gedeelde besluitvorming in de spreekkamer hiermee niet gegarandeerd is. Om gedeelde besluitvorming een succes te laten worden zijn ook communicatieve vaardigheden, toepassingsvaardigheden en inzicht in de eigen attitude nodig. Daarvoor zijn inmiddels scholingen

Informatie uit verschillende bronnen moet goed aansluiten

beschikbaar zoals de NHG-Leergang Professionele effectiviteit in persoonsgerichte zorg, waarin de huisarts aan de hand van eigen videomateriaal leert hoe en wanneer gedeelde besluitvorming toe te passen. Op deze wijze verwachten wij dat gedeelde besluitvorming beslist beter wordt. ■

LITERATUUR

1. Harnas S, Van der Kraan J, Knops A, De Groot J. Samen beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past: Rapport meldactie. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland, 2017.
2. Pieterse A, Brand P, Basoski N, Stiggelbout A. Alles wat u moet weten over gedeelde besluitvorming. Medisch Contact 2017;(12):34-6.
3. Montori VM, Kunneman M, Stiggelbout AM. Gedeelde besluitvorming is een debat met geschillen. Ned Tijdschr Geneesk 2017;161:D2095.
4. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med 2012;27:1361-7.
5. Van der Weijden T. Samen beslissen. In: Handboek effectieve communicatie in de huisartsenpraktijk. Redactie: Dielissen PW, Van der Jagt EJ, Timmerman AA. Houten: Prelum, 2016.
6. Van der Weijden T, Pieterse AH, Koelewijn-van Loon MS, Knaapen L, Légaré F, Boivin A, et al. How can clinical practice guidelines be adapted to facilitate shared decision making? A qualitative key-informant study. BMJ Qual Saf 2013;22:855-63.
7. Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomson R, Durand MA, et al. Option grids: shared decision making made easier. Patient Educ Couns 2013;90:207-12.
8. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De participerende patiënt. Advies aan de minister van VWS; publicatienummer 13/02. Den Haag: RvZ; 2013.
9. Van der Weijden T, Boivin A, Burgers J, Schünemann HJ, Elwyn G. Clinical practice guidelines and patient decision aids: An inevitable relationship. J Clin Epidemiol 2012;65:584-9.

Van der Weele GM, Burgers JS. Hulp van NHG-Standaarden bij gedeelde besluitvorming. Huisarts Wet 2018;61(2):25-8. DOI: 10.1007/s12445-018-1041-4. Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. G.M. van der Weele, senior wetenschappelijk medewerker, g.vanderweele@nhg.org; prof.dr. J.S. Burgers, afdelingshoofd. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Onderzoek

Diagnostische vertraging bij longembolie

Janneke Hendriksen, Marleen Koster-van Ree, Marc Morgenstern, Ruud Oudega, Roger Schutgens, Karel Moons, Geert-Jan Geersing

Inleiding Op afdelingen Spoedeisende Hulp wordt de diagnose ‘longembolie’ regelmatig later dan gewenst vastgesteld of zelfs helemaal gemist. Hoe vaak deze diagnostische vertraging zich voordoet in de huisartsenpraktijk is slecht bekend. Wij onderzochten dit en keken ook welke determinanten met deze vertraging samenhangen.

Methode In dit retrospectieve observationele onderzoek bekeken we in zes Nederlandse huisartsenpraktijken alle elektronische patiëntendossiers waarin een longembolie werd gerapporteerd [ICPC-code K93]. Van elk dossier noteerden wij het aantal dagen tussen het eerste contact vanwege klachten die kunnen passen bij een longembolie en de uiteindelijke diagnose, de aanwezigheid van specifieke symptomen en eventuele comorbiditeit. Met behulp van logistische regressieanalyse gingen we na welke determinanten geassocieerd waren met een eventuele diagnostische vertraging.

Resultaten We includeerden 128 patiënten met een bewezen longembolie. Bij 33 van hen (26%) lagen er meer dan zeven dagen tussen het eerste relevante contact en de diagnose. Factoren die samenhangen met deze diagnostische vertraging waren: leeftijd ouder dan 75 jaar [OR 5,1; 95%-BI 1,8 tot 14,1; p = 0,002] en thoracale klachten zoals pijn op de borst of pijn bij de ademhaling [OR 5,4; 95%-BI 1,9 tot 15,2; p = 0,002]. Patiënten bij wie diagnostische vertraging optrad, hadden significant vaker een luchtweginfectie doorgemaakt in de voorafgaande drie maanden (13 vs. 33%; p = 0,008).

Conclusie Diagnostische vertraging tussen de eerste klachtenpresentatie en de diagnose ‘longembolie’ komt frequent voor in de huisartsenpraktijk, vooral bij ouderen en wanneer thoracale klachten ontbreken.

INLEIDING

Longembolie hoort tot de diagnoses die in de klinische praktijk het vaakst gemist of te laat gesteld worden.^{1,2} Bij 12 tot 75% van de patiënten die met een longembolie op een afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) terechtkomen, blijkt diagnostische vertraging te zijn opgetreden.³⁻¹⁰ Vermoedelijk worden artsen geregeld op het verkeerde been gezet doordat ziekte zich niet altijd presenteert met de klassieke trias van dyspneu, pijn bij inademing en hemoptoe.¹¹⁻¹³ De gemiddelde huisarts ziet minder longemboliepatiënten dan de gemiddelde SEH-arts en moet meer varen op zijn klinische inschatting. Je mag daarom verwachten dat diagnostische vertraging bij longembolie ook in de huisartsenpraktijk frequent voorkomt. Daar is echter nog niet veel onderzoek naar gedaan.¹⁴ Inzicht in de omvang en de determinanten van het probleem is een eerste stap op weg naar snelle identificatie van longembolie door huisartsen. Daarom onderzochten wij dit.

METHODE

Wij voerden een retrospectief observationeel onderzoek uit in

zes Nederlandse huisartsenpraktijken. De medisch-ethische toetsingscommissie van het UMC Utrecht onthief ons van nadere toetsing. Uit de elektronische patiëntendossiers van de deelnemende praktijken extraheerden wij alle patiënten met ICPC-code K93 (longembolie). De onderzoekers verifieerden

Op de SEH wordt tot driekwart van de diagnoses ‘longembolie’ niet onmiddellijk correct gesteld

de diagnose op basis van ontslagbrieven, radiologieverslagen en anticoagulantia-recepten. Als de diagnose incorrect was, of als er onvoldoende informatie beschikbaar was om de diagnose te verifiëren, werd het dossier uitgesloten van verdere analyse. We analyseerden alle contacten van de patiënt met de huisarts in de drie maanden voorafgaand aan de diagnose en benoem-

WAT IS NIEUW?

- In de huisartsenpraktijk wordt de diagnose 'longembolie' bij 26% van de patiënten pas na meer dan zeven dagen gesteld.
- Diagnostische vertraging van longembolie komt vooral voor bij ouderen en bij patiënten die niet de kenmerkende klachten hebben.
- Een luchtweginfectie in de voorafgaande drie maanden kan een longembolie maskeren of juist de uitlokkende factor zijn.

WAT IS BEKEND?

- Longembolieën behoren tot de meest gemiste diagnoses in de klinische praktijk.
- Het ontbreken van de kenmerkende symptomen (dyspneu, pijn bij de ademhaling, hemoptoë) zet dokters vaak op het verkeerde been.
- In de tweede lijn wordt 12 tot 75% van de diagnoses 'longembolie' vertraagd gesteld.

den het contact als 'relevant' wanneer de patiënt symptomen had genoemd zoals dyspneu, hoest, pijn op de borst of pijn bij de ademhaling. Niet-genoemde items beschouwden wij als afwezig. Alle andere contacten (bijvoorbeeld reguliere diabetescontroles) categoriseerden wij als 'niet-relevant'. Tijdens consensusbijeenkomsten bespraken wij (MM, MvR, JH en GJG) contacten waarvan de relevantie twijfelachtig was. Verder noteerden wij de werkdiagnose die genoemd werd in het eerste relevante patiëntcontact en berekenden we het aantal dagen tussen dat contact en de diagnose 'longembolie'. Als uitkomstmaat 'vertraagde longemboliediagnose' definieerden we een periode langer dan zeven dagen tussen het eerste relevante patiëntcontact en de diagnose longembolie. Directe verwijzing naar de Spoedeisende Hulp vanwege de verdenking

Als de 'leerboekklachten' ontbreken, ziet men de diagnose bij het eerste bezoek vaak over het hoofd

op een andere aandoening dan longembolie beschouwden wij niet als vertraging, omdat de ernst van de diagnose werd erkend en de patiënt direct werd doorgestuurd. Als potentiële determinanten van diagnostische vertraging beschouwden we leeftijd > 75 jaar, geslacht, risicofactoren zoals recente immobilisatie of eerdere trombo-embolische gebeurtenis, en aandoeningen zoals COPD en coronariairlijden in de voorgeschiedenis. We vergeleken deze determinanten bij patiënten met en zonder diagnostische vertraging door middel van een univariabele en een multivariabele logistische regressieanalyse. Het eerste model bestond uit leeftijd, geslacht en enkele symptomen, het tweede bevatte daarnaast enkele

comorbiditeiten. Vanwege het beperkte aantal events selecteerden we de variabelen voor de regressiemodellen op basis van literatuuronderzoek in plaats van op basis van statistische significantie. Vanwege de exploratieve aard van dit onderzoek kozen we ervoor om vooraf géén steekproefgrootte te bepalen. De analyses werden uitgevoerd in SPSS 21.0.

RESULTATEN

Van de 50.400 geregistreerde patiënten in de zes deelnemende huisartsenpraktijken identificeerden we er 251 met ICPC-code K93. Van deze 251 excludeerden we er 71, merendeels (n = 54) vanwege onvoldoende informatie. Van de 180 geverifieerde patiënten hadden er 49 (27%) voorafgaand aan de diagnose geen contact gehad met de huisarts. Deze patiënten bleken relatief vaak recentelijk een operatie of actieve maligniteit te hebben gehad, en minder vaak cardiale of respiratoire comorbiditeit [online tabel 1]. Bij drie patiënten kon de diagnose niet geobjectiveerd worden.

Van deze 180 patiënten hadden er 128 (71%) voorafgaand aan de diagnose minimaal één relevant contactmoment gehad met de huisarts en in die groep was er bij 33 patiënten (26%) sprake van diagnostische vertraging. Dat gebeurde significant vaker bij een recente luchtweginfectie (33 versus 13%) [tabel 2]. In het multivariabele logistische regressiemodel waren hogere leeftijd (OR 5,1; 95%-BI 1,8 tot 14,1; p = 0,002) en afwezigheid van pijn bij ademhaling of pijn op de borst (OR 5,4; 95%-BI 1,9 tot 15,2; p = 0,002) geassocieerd met diagnostische vertraging [online tabel 3].

Beschouwing

Ons onderzoek is een van de eerste waarin diagnostische vertraging bij longembolie in de huisartsenpraktijk is onderzocht. Bij een aanzienlijk deel (26%) van de patiënten blijkt de diagnose 'longembolie' pas na meer dan zeven dagen gesteld te worden. Een belangrijke rol speelt de afwezigheid van kenmerkende 'leerboekklachten' bij het eerste bezoek aan de huisarts, en we zagen ook dat patiënten bij wie vertraging optrad in de periode voor de diagnose relatief vaak een luchtweginfectie hadden gehad.

Sterke en zwakke punten

Onderzoek naar diagnostische vertraging is per definitie retrospectief: een vertraging is pas naderhand vast te stellen. Dat stelde ons voor verschillende uitdagingen. Allereerst waren we afhankelijk van correcte ICPC-codering in alle praktijken, al verwachten we dat het overgrote deel van de coderingen correct was gezien de ernst van de diagnose. Ook bleken de dossiers van overleden patiënten niet altijd beschikbaar, dus we hebben wellicht enkele patiënten gemist die in de jaren na de diagnose overleden zijn. Een tweede beperking is dat klinische parameters zoals zuurstofsaturatie en hartfrequentie in veel patiëntendossiers niet gerapporteerd werden. Wij hebben aangenomen dat niet-gerapporteerde variabelen niet afwijkend waren, maar het is goed mogelijk dat een afwijkende variabele niet werd opge-

merkt omdat de diagnose 'longembolie' niet overwogen werd. Bij een sensitiviteitsanalyse bleek selectieve rapportage echter weinig invloed te hebben op onze conclusies. Een derde beperking is onze relatief kleine onderzoekspopulatie uit zes huisartsenpraktijken. De praktijkpopulaties waren echter zeer divers en in alle praktijken lag het aantal patiënten met diagnostische vertraging rond de 30%. Gezien de kleine aantallen besloten wij geen nadere analyse naar praktijkeffecten uit te voeren.

Een luchtweginfectie kan een trombose luxeren

Een volgend punt is onze arbitraire definitie van diagnostische vertraging als 'een periode langer dan zeven dagen tussen de eerste presentatie bij de huisarts en de uiteindelijke diagnose'. Hierin volgden we andere onderzoeken naar diagnostische vertraging. Bij de striktere definitie als 'één of meer huisartscontacten zonder adequate verwijzing naar de tweede lijn' steeg het percentage vertraagde diagnoses tot meer dan 40%. De determinanten voor vertraging bleven echter vrijwel gelijk.

Een infectie kan een voorloper of zelfs een uitlokkende factor van een trombose zijn.^{15,16} Als een aanvankelijke diagnose 'luchtweginfectie' enkele dagen later een longembolie blijkt te zijn, is dat dus niet per se een vertraagde diagnose. Het onderscheid is lastig en kan in onze analyses hebben geleid tot overschatting van de associatie tussen luchtweginfecties en diagnostische vertraging.

Een laatste beperking is dat wij geen gegevens verzamelden over de consequenties van een vertraagde of gemiste diagnose, in termen van kwaliteit van leven of gezondheidseffecten op de langere termijn. Die informatie is belangrijk om de relevantie van de diagnostische vertraging in de eerste lijn te kunnen inschatten. Men zou verwachten dat de langetermijntuitkomsten slechter zijn als een patiënt langdurig heeft rondgelopen met een longembolie, maar een laat gediagnosticeerde longembolie kan ook een relatief mild beloop hebben. Verder, prospectief onderzoek is nodig om deze vragen te kunnen beantwoorden.

Vergelijking met ander onderzoek

De meeste onderzoeken naar vertraging in de diagnose van longembolie zijn uitgevoerd in ziekenhuizen en dan met name op de SEH. In een recent Nederlands retrospectief onderzoek vanuit de tweede lijn, waarin ook gegevens uit de eerste lijn verzameld werden, wees uit dat 75% van de patiënten binnen één dag werd verwezen, maar dat de vertraging bij de overige 25% gemiddeld 15,7 dagen was.¹⁴ Een belangrijke determinant voor vlotte verwijzing was de aanwezigheid van pijn op de borst. Wij zagen iets vergelijkbaars: de afwezigheid van thoracale klachten was geassocieerd met diagnostische vertraging.



Een longembolie presenteert zich meestal niet met 'klassieke' symptomen en wordt daardoor vaak gemist. Foto: Getty Images

Klinische implicaties

Gezien het substantiële percentage vertraagde diagnoses dat wij vonden, verwachten wij dat vrijwel alle huisartsen het probleem van een te late diagnose 'longembolie' zullen herkennen. Zelfs bij een sluitende alternatieve diagnose, zoals 'luchtweginfectie', kan een longembolie reeds aanwezig zijn of

Een longembolie kan een grote verscheidenheid aan symptomen veroorzaken

zich na enige tijd ontwikkelen. Ook atypische klachten zorgen voor ruis. Daarom adviseren wij huisartsen de diagnose 'longembolie' laagdrempelig te overwegen, zeker als de werkdiagnose 'exacerbatie COPD' of 'luchtweginfectie' een afwijkend beloop blijkt te hebben. De NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie geeft de differentiaaldiagnose bij longembolie.¹⁷ Deze lijst kan

Tabel 2 Kenmerken van 128 patiënten bij wie de diagnose ‘longembolie’ al dan niet binnen zeven dagen gesteld werd

Kenmerk	Geen eerder consult (n = 49)	Eerder consult (n = 128)	p-waarde
Gemiddelde leeftijd, jaren [SD]*	56 [15]	62 [18]	0,068
Leeftijd > 75 jaar	12 [13%]	15 [46%]	< 0,001
Man	47 [49%]	13 [39%]	0,317
Symptomen			
• dyspneu	62 [65%]	22 [67%]	0,884
• thoracale klachten	59 [62%]	9 [27%]	0,001
• pijn op de borst	51 [54%]	8 [24%]	0,003
• pijn bij de ademhaling	31 [33%]	3 [9%]	0,011†
• hoest	17 [18%]	12 [36%]	0,029
• hemoptoë	3 [3%]	1 [3%]	1,000†
• tekenen van DVT	18 [19%]	1 [3%]	0,025†
• koorts [> 38 °C]	5 [5%]	2 [6%]	1,000†
• collaps	4 [4%]	0 [0%]	0,572†
• gemiddelde hartfrequentie, slagen/min [SD]	96 [19]	95 [26]	0,916
• zuurstofsaturatie, mediaan [IQR]	96 [5]	94 [9]	0,124
Comorbiditeiten			
• COPD, astma	14 [15%]	13 [39%]	0,004
• hypertensie	25 [26%]	12 [36%]	0,273
• atriumfibrilleren	2 [2%]	2 [6%]	0,273†
• hartfalen	3 [3%]	3 [9%]	0,177†
• ischemische hartziekten	10 [11%]	4 [12%]	0,755†
Risicofactoren			
• diepe veneuze trombose in voorgeschiedenis	18 [19%]	8 [24%]	0,515
• recente operatie	7 [7%]	1 [3%]	0,679†
• recente immobilisatie	6 [6%]	0 [0%]	0,338†
• recente reis	4 [4%]	0 [0%]	0,572†
• maligniteit	7 [7%]	3 [9%]	0,717†
• oestrogeen gebruik, vrouw	15/48 [31%]	4/20 [20%]	0,393†
• eerdere luchtweginfectie	12 [13%]	11 [33%]	0,008
• roken in voorgeschiedenis	26 [27%]	7 [21%]	0,486
• zwangerschap	3/48 [6%]	0/20 [0%]	0,550

Alle cijfers zijn n [%], tenzij anders vermeld. Significante waarden zijn vet gedrukt.
SD = standaarddeviatie; IQR = interkwartielafstand.
* Drie ontbrekende waarden.
† Exacte toets van Fisher.

ondersteuning bieden voor het heroverwegen van de diagnose in geval van afwijkend beloop bij dyspneu of hoest.

CONCLUSIE

In de huisartsenpraktijk treedt bij longembolieën vaak diagnostische vertraging op, vooral als de klassieke symptomen (dyspneu, pijn bij inademing, hemoptoë) ontbreken. Huisartsen moeten zich ervan bewust zijn dat een longembolie zich kan presenteren met een grote verscheidenheid aan symptomen. ■

LITERATUUR

1. Schiff G, Hasan O, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert B, et al. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. Arch Intern Med 2009;169:1881-7.
2. Cohen AT, Agnelli G, Anderson FA, Arcelus JL, Bergqvist D, Brecht JG, et al. Venous thromboembolism (VTE) in Europe: The number of VTE events and associated morbidity and mortality. Thromb Haemost 2007;98:756-64.

3. Alonso-Martínez JL, Sánchez FJA, Echezarreta MAU. Delay and misdiagnosis in sub-massive and non-massive acute pulmonary embolism. Eur J Intern Med 2010;21:278-82.

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

Hendriksen JM, Koster-Van Ree M, Morgenstern MJ, Oudega R, Schutgens RE, Moons KG, Geersing GJ. Diagnostische vertraging bij longembolie. Huisarts Wet 2018;61(2):29-32. DOI: 10.1007/s12445-018-0006-6.

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, afdeling Klinische Epidemiologie, Utrecht: dr. J.M.T. Hendriksen, huisarts, jmth.hendriksen@gmail.com; M. Koster-van Ree, aios ouderengeneeskunde; M.J. Morgenstern, aios huisartsgeneeskunde; dr. R. Oudega, huisarts; prof. dr. K.G.M. Moons, klinisch epidemioloog; dr. G.J. Geersing, huisarts en onderzoeker. Van Creveldkliniek, divisie Interne Geneeskunde en Dermatologie, Utrecht: prof. dr. R.E.G. Schutgens, internist.

Magelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Hendriksen JM, Koster-van Ree M, Morgenstern MJ, Oudega R, Schutgens RE, Moons KG, Geersing GJ. Clinical characteristics associated with diagnostic delay of pulmonary embolism in primary care: a retrospective observational study. BMJ Open 2017;7:e012789. Publicatie gebeurt met toestemming.

Onderzoek

Nifedipine helpt niet bij chronische perniones

Ibo Souwer, Hans Bor, Paul Smits, Toine Lagro-Janssen

Inleiding

Het voorschrijven van nifedipine bij chronische perniones vindt steun in enkele niet-placebogecontroleerde onderzoeken en een kleine RCT van Rustin et al. uit 1989. Doel van ons onderzoek was het bevestigen van de veronderstelde superioriteit van 60 mg nifedipine per dag in vergelijking met een placebo voor de behandeling van chronische perniones in de eerste lijn.

Methode

We voerden een gerandomiseerd, placebogecontroleerd, dubbelblind, cross-overonderzoek in een eerstelijns-setting uit. Daarbij volgden we zo veel mogelijk de opzet van de originele RCT door Rustin. De onderzoekspopulatie bestond uit 32 deelnemers met chronische perniones. De interventie was tweemaal daags 30 mg nifedipine met gereguleerde afgifte per os, vergeleken met een placebo. Primaire uitkomst waren de ervaren klachten (VOC). Secondaire uitkomst waren de ervaren beperkingen (VOD). Beide hebben we beoordeeld met behulp van een dagboek van de deelnemers met dagelijkse scores op een 100 mm visueel-analoge schaal. We hebben rekening gehouden met de omgevingstemperatuur, zijn nagegaan of er sprake was van een carry-over-effect en hebben bijwerkingen gemonitord.

Resultaten

Voor de primaire uitkomst vonden we een verschil in VOC van 1,84 mm [95%-BI –6,67 tot 2,99 mm, p = 0,44] in het voordeel van nifedipine. Voor de secondaire uitkomst bleek het verschil in VOD 0,56 mm [95%-BI –2,97 tot 4,09 mm, p = 0,75] in het voordeel van de placebo. We vonden geen carry-over-effect. De systolische bloeddruk was lager en oedeem kwam vaker voor tijdens nifedipinegebruik.

Conclusie

Nifedipine heeft geen plaats meer bij de behandeling van winterhanden en -voeten.

INLEIDING

Chronische perniones, winterhanden en wintertenen, zijn jeukende en/of pijnlijke roodblauw tot paarsblauw verkleurde huidlaesies aan de vingers, tenen, voeten, oren of de buitenzijde van het dijbeen, die gedurende de wintermaanden ontstaan wanneer de gemiddelde dagtemperatuur onder de 12-15 °C

WAT IS NIEUW?

- De werkzaamheid van nifedipine bij chronische perniones konden we in dit onderzoek niet bevestigen, maar dit middel gaf wel bijwerkingen: bloeddrukverlaging en perifeer oedeem.
- Nifedipine heeft daarom geen plaats meer bij de behandeling van chronische perniones.

WAT IS BEKEND?

- Huisartsen schrijven nifedipine vaak voor bij de behandeling van chronische perniones.
- De keuze voor nifedipine vindt steun in eerder onderzoek.

daalt.¹ Patiënten vinden het een hinderlijke aandoening.² Een literatuuronderzoek, bijgewerkt tot maart 2016, laat zien dat onder meer vitamine D3, corticosteroidhoudende crèmes, nifedipine en pentoxifyline gebruikelijke behandelingen zijn (geweest).^{3,4} Eerder hebben we laten zien dat vitamine D3 niet beter werkt dan een placebo.⁵ Er zijn vijf onderzoeken over het effect van nifedipine bij chronische perniones gepubliceerd, waaronder slechts één placebogecontroleerde RCT met tien deelnemers.⁶⁻⁸ Nifedipine is dus een gebruikelijke therapiekuze, die steun vindt in aannamen over het pathofysiologisch mechanisme van chronische perniones, de resultaten van de eerder genoemde RCT, in 1989 gepubliceerd door Rustin et al., en de vier niet-placebogecontroleerde onderzoeken. Het is echter maar de vraag hoe degelijk deze basis is.⁶⁻¹⁶ Het doel van ons onderzoek was het bevestigen van de veronderstelde superioriteit van 60 mg nifedipine per os per dag, in vergelijking met placebobehandeling bij patiënten met chronische perniones in een eerstelijnssetting.

METHODE

We voerden een placebogecontroleerd, dubbelblind, gerando-

Tabel

Voor temperatuurverschillen gecorrigeerde resultaten voor de primaire (VOC) en secundaire (VOD) uitkomst

Gemiddelde (mm VAS, zesde week behandeling)								
	VOC	95%-BI	Verschil	95%-BI	VOD	95%-BI	Verschil	95%-BI
Nifedipine	11,44	6,12-16,75	-1,84	-6,67-2,99	4,65	1,65-7,65	0,56	-2,97-4,09
Placebo	13,28	7,96-18,59			4,09	1,09-7,09		
Arm 1	14,07	7,16-20,98	3,43	-6,08-12,93	4,95	1,40-8,50	1,17	-3,72-6,05
Arm 2	10,65	4,16-17,14			3,79	0,46-7,12		

miseerd klinisch onderzoek van het cross-overtyp e uit. Daarbij volgden we zo veel mogelijk de methode van het originele onderzoek van Rustin.⁶ Net als in het oorspronkelijke onderzoek hebben we geen *wash-out*-periode opgenomen. Zo'n medicatievrije pauze na de wisseling tussen actieve medicatie en een placebo is bedoeld om een mogelijk verstorend effect van de nawerking van de actieve medicatie tijdens placebogebruik, het *carry-over*-effect, te ondervangen. Aanvullend op het ontwerp van het oorspronkelijke onderzoek hebben we bij de analyse van de resultaten wel gekeken naar een mogelijk carry-over-effect. Bovendien hebben we rekening gehouden met verstoring van de resultaten door fluctuaties in de omgevingstemperatuur gedurende de onderzoeksperiode. De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten van achttien jaar en ouder met klachten van chronische perniones gedurende ten minste drie weken. De patiënten hebben we geworven in deelnemende huisartsenpraktijken in de regio Waterland (Noord-Holland). Een van de auteurs (IS) heeft de diagnose chronische perniones gesteld op basis van de gebruikelijke diagnostische criteria.^{1,9} Patiënten met een reumatische ziekte, patiënten die al nifedipine of een andere calciumantagonist gebruikten, patiënten die zwanger waren of borstvoeding gaven en patiënten met een contra-indicatie voor nifedipine hebben we uitgesloten. We hebben toediening van 60 mg nifedipine per dag vergeleken met een placebo. Daartoe hebben we de deelnemers over twee armen gerandomiseerd. Gedurende het onderzoek hebben we dagelijks de door het Koninklijk Nederlands Meteorologisch Instituut gerapporteerde gemiddelde dagtemperatuur vastgelegd. De primaire uitkomst was het verschil tussen de klachtscores (VOC) in de nifedipine- respectievelijk placebogroep na zes weken behandeling. VOC werd dagelijks bepaald met behulp van een dagboek en gedefinieerd als de score voor pijn of jeuk op een 100 mm visueel-analoge schaal (VAS), afhankelijk van welk item op die dag de hoogst genoteerde score had. De secundaire uitkomst was het verschil tussen de dagboekscores over ervaren beperkingen (VOD) na zes weken behandeling. VOC en VOD hebben we berekend met behulp van de gemiddelde waarde over de laatste zeven dagen van de behandelperiode. Aanvullend hebben we bij elk contact met de deelnemers de huidafwijkingen, de bloeddruk, hoofdpijklachten, duizeligheid en perifeer oedeem vastgelegd.

Van tevoren hebben we bepaald dat een VOC-daling van ten minste 10 mm klinisch relevant is, waarbij we een minimale steekproefgrootte van 32 deelnemers hebben berekend. We hebben een gemodificeerde intention-to-treatanalyse uitgevoerd op basis van alle deelnemers die daadwerkelijk aan de behandeling begonnen. De primaire uitkomst, de secundaire uitkomst en het carry-over-effect hebben we beoordeeld met behulp van een *two-stage mixed effects*-model, met correctie voor temperatuurveranderingen tijdens de onderzoeksperiode en eenzijdige toetsing (Grizzles Model using the mixed procedure with random effect, SAS PROC MIXED, SAS version 9.2).^{17,18} Additionele analyse en bijwerkingen hebben we geanalyseerd met een *two-sample, paired* t-test.

RESULTATEN

Voor de analyse konden we beschikken over de resultaten van 18 vrouwen en 14 mannen, met een gemiddelde leeftijd van 53 jaar (sd 16,1). Ze hadden op het moment van inclusie gemiddeld 6,5 weken (sd 3,6) klachten met in fase 0 (baseline) een gemiddelde klachtscore (VOC) van 24,92 mm (95%-BI 21,70 tot 28,13) en een gemiddelde score voor ervaren beperkingen (VOD) van 16,11 mm (95%-BI 13,09 tot 19,13). De [tabel] vat de uitkomsten van de analyse samen. Het verschil in VOC na zes weken behandeling was 1,84 mm (95%-BI -6,67 tot 2,99 mm; p = 0,44) in het voordeel van nifedipine. Het verschil in VOD na zes weken behandeling was 0,56 mm (95%-BI -2,97 tot 4,09 mm, p = 0,75) in het voordeel van placebo. Na zes weken was er een verschil in VOC van 3,43 mm (95%-BI -6,08 tot 12,93 mm, p = 0,47) in het voordeel van arm 2 (nifedipine eerst). Het verschil in VOD na zes weken behandeling was 1,17 mm (95%-BI -3,72 tot 6,05 mm; p = 0,63) in het voordeel van arm 2 (nifedipine eerst). De verschillen zijn statistisch niet significant en wijzen niet op een voordeel van nifedipine boven placebo of een verstorend carry-over-effect. De verschillen in de gemiddelde omgevingstemperatuur tijdens de onderzoeken waren in de verschillende armen statistisch niet significant. De gemiddelde systolische bloeddruk was na zes weken nifedipinegebruik 13,1 mmHg (95%-BI -24,1 tot -2,0 mmHg; p = 0,022) lager dan na zes weken placebogebruik. Dit verschil is statistisch significant. Oedeem kwam ook meer voor tijdens nifedipinegebruik. Het gemiddeld verschil van 9,6 mm VAS

(95%-BI 1,1 tot 18,1 mm VAS, p = 0,028) is ook statistisch significant. Er waren geen verschillen tussen nifedipine- en placebogebruik voor hoofdpijn en duizeligheid.

BESCHOUWING

We vonden geen statistisch significante of klinisch relevante verschillen in het voordeel van nifedipine in vergelijking met placebobehandeling. De systolische bloeddruk was echter wel lager en oedeem zagen we ook vaker tijdens nifedipinegebruik. Onze resultaten weerspreken de uitkomsten van het onderzoek dat door Rustin et al. is gepubliceerd, maar ook die van de niet-placebogecontroleerde onderzoeken.⁶⁻⁸ We hebben zo veel mogelijk de opzet van de oorspronkelijke RCT van Rustin et al. gevolgd. We hebben echter driemaal zo veel deelnemers geïncludeerd en bovendien rekening gehouden met een eventueel carry-over-effect en de invloed van de omgevingstemperatuur als verstorende factoren.^{3,19,20} De door ons gebruikte visueel-analoge schaal is gevalideerd en wordt veel gebruikt voor het vastleggen van pijn, jeuk en beperkingen.²¹⁻²³ De compliantie van de deelnemers was goed. Vanwege de wijze van rekruteren zijn we van mening dat de resultaten algemeen geldig zijn voor patiënten met chronische perniones in de eerste lijn. Bij ongeveer de helft van de deelnemers was ook sprake van het fenomeen van Raynaud. Omdat dit zich klinisch eenvoudig laat onderscheiden van chronische perniones en omdat nifedipine en andere calciumkanaalblokkerende middelen juist wel werkzaam zijn bij deze aandoening, is het onwaarschijnlijk dat onze resultaten beïnvloed zijn door het in het onderzoek opnemen van deelnemers met beide diagnoses.²⁴⁻²⁷ Opmerkelijk is verder de reductie van klachten gedurende de placebobehandeling. Daarvoor zou het placebo-effect verantwoordelijk kunnen zijn. Daarnaast blijkt dat bijna alle effectonderzoeken over chronische perniones rapporteren dat 60 tot 70% van de deelnemers in de loop van het onderzoek minder klachten ervaart. We hebben niet gevraagd naar maatregelen of behandeling van eerdere episodes. De deelnemers hebben we ook niet gevraagd om hun gewoonten tijdens de onderzoeksperiode niet te veranderen. Daarmee is een verstorend effect van eerder effectief gebleken maatregelen en het Hawthorne-effect – een verstorend effect dat ontstaat doordat deelnemers hun gewoonten veranderen als gevolg van deelname aan een onderzoek – niet uitgesloten.^{3,28,29} Dit alles overziend zijn wij van mening dat de vermindering van de klachten gedurende de placebobehandeling het gevolg is van het placebo-effect en het natuurlijk beloop van de aandoening.



Foto: Margot Scheerder

Minder klachten door winterhanden of -voeten is het gevolg van het placebo-effect en het natuurlijk beloop.

CONCLUSIE

We konden geen bevestiging vinden voor de werkzaamheid van nifedipine bij chronische perniones, maar zagen wel bijwerkingen. Daarom heeft nifedipine geen plaats bij de behandeling van winterhanden en -voeten. ■

LITERATUUR

1. Souwer IH, Lagro-Janssen ALM. Chronic chilblains. BMJ 2011;342:d2708.
2. Souwer IH, Robins LJH, Lagro-Janssen ALM. Chilblains from the patient's perspective. Eur J Gen Pract 2007;13:159-60.
3. Souwer IH, Lagro-Janssen ALM. De behandeling van perniones. Een literatuuronderzoek. Huisarts Wet 2004;47:561-2.

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

Souwer IH, Bor JHJ, Smits P, Lagro-Janssen ALM. Nifedipine helpt niet bij chronische perniones. Huisarts Wet 2018;61(2):33-5. DOI: 10.1007/s12445-018-0004-8. Radboud Universitair Medisch Centrum, Afdeling eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: dr. I.H. Souwer, huisarts, i.souwer@wxs.nl; J.H.J. Bor, statisticus; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts. Radboud Universitair Medisch Centrum, Afdeling farmacologie en Toxicologie, Nijmegen: prof.dr. P. Smits, internist. Mogelijke belangenverstrengeling: de auteurs hebben financiële steun gekregen via het ZonMw-programma Alledaagse ziekten

Dit artikel is een vertaalde en bewerkte versie van Souwer IH, Bor JHJ, Smits P, Lagro-Janssen ALM. Nifedipine vs placebo for treatment of chronic chilblains: a randomized controlled trial. Ann Fam Med 2016;14:453-9.

Spoedzorg in de huisartsenpraktijk

Josan van der Maas, Martijn Rutten, Marleen Smits, Kees van Boven, Paul Giesen

- Inleiding

Huisartsen zijn verantwoordelijk voor de spoedzorg, op de huisartsenpost (HAP) maar ook in hun eigen praktijk. Hoeveel spoedzorgcontacten ze hebben in de dagpraktijk is echter niet bekend. We onderzochten de frequentie van die spoedzorgcontacten en om welke patiënten en zorgverlening het ging. Ook gingen we na hoeveel patiënten zich tijdens kantooruren op de Spoedeisende Hulp (SEH) melden buiten hun huisarts om.
- Methode

Retrospectief transversaal onderzoek waarin we in zeven huisartsenpraktijken verspreid over Nederland alle patiëntcontacten analyseerden die in week 42 van 2016 geregistreerd werden. Bij de contacten die naar voren kwamen als spoedcontacten beoordeelden we de kenmerken van de patiënt en de verleende zorg. Daarnaast analyseerden we alle SEH-brieven die de praktijken tijdens de onderzoekswEEK hadden ontvangen.
- Resultaten

Van de 2520 patiëntcontacten waren er 108 [4,3%] urgent. Van de 108 spoedcontacten was 74% een praktijkconsult en 23% een visite. Respiratoire klachten kwamen het meest voor [29%]. Bij 23% van de contacten werd aanvullend onderzoek verricht, bij 48% werd medicatie voorgeschreven; slechts eenmaal [1%] was spoedmedicatie noodzakelijk. In 18% werd de patiënt verwezen naar het ziekenhuis. Dertien patiënten bezochten de SEH op eigen initiatief of na een 112-melding, drie van hen kwamen daar per ambulance, bij twee was er geen noodzaak voor specialistische zorg.
- Conclusie

Spoedcontacten vormen slechts 4 à 5% van alle contacten in de huisartsenpraktijk, maar met 2,9 miljoen spoedcontacten per jaar hebben de huisartsenpraktijken een zeer groot aandeel in de spoedzorg in Nederland. Het aantal zelfverwijzers naar de SEH is tijdens kantooruren verhoudingsgewijs gering.

INLEIDING

De huisarts verleent zeven dagen per week en 24 uur per dag spoedzorg, binnen kantoor tijden via de huisartsenpraktijk en buiten kantoor tijden via de huisartsenpost (HAP). Het NHG-Standpunt Huisarts en spoedzorg definieert spoedzorg als zorg bij een vraag ‘die vanuit de beleving van de patiënt acuut is’.¹ Bij de triage moet dan worden bepaald of de zorgvraag ook vanuit medisch perspectief zo urgent is dat er zo snel mogelijk (U1), binnen een uur (U2) of binnen enkele uren (U3) actie moet worden ondernomen.² Op de HAP is ruim de helft van de contacten daadwerkelijk urgent (voor U1, U2 en U3 respectievelijk 2,3%, 14,7% en 37,6%).³ In de huisartsenpraktijk is het percentage spoedcontacten waarschijnlijk geringer. Exacte cijfers ontbreken, maar volgens schattingen van huisartsen komt het aandeel spoed in de huisartsenpraktijk ongeveer op 3% (voor U1, U2 en U3 respectievelijk 0,3%, 0,7% en 2%). Dat is verklaarbaar, want de HAP is bedoeld voor spoedhulp terwijl de huisartsenpraktijk vooral reguliere zorg verleent.^{4,5} Het NHG huldigt het standpunt dat binnen kantoor tijden de huisartsenpraktijk de aangewezen toegang is tot spoedzorg.

WAT IS NIEUW?

- Slechts 4,3% van de praktijkcontacten is een spoedcontact, het gaat dan om 170 spoedcontacten per 1000 patiënten per jaar.
- Op het geheel van de spoedzorg spelen huisartsenpraktijken een grote rol, met 2,9 miljoen spoedcontacten per jaar.
- Het aantal zelfverwijzers overdag is gering; slechts 21 per 1000 patiënten per jaar bezoeken tijdens kantooruren de SEH buiten de eigen huisarts om.

WAT IS BEKEND?

- De toegang tot spoedzorg tijdens kantooruren is de huisartsenpraktijk, buiten kantoor tijden de huisartsenpost [HAP].
- Patiënten kunnen overdag ook zelf naar de Spoedeisende Hulp [SEH] gaan of het alarmnummer 112 bellen.
- Ongeveer de helft van de zorgvragen op de HAP is daadwerkelijk urgent [U0-U3].

Niet alleen vanwege de korte afstand tussen patiënt en praktijk en de doelmatigheid en continuïteit van de zorg, maar zeker ook vanwege de (dossier)kennis van de huisarts over de eigen patiënten. Door te anticiperen op eventuele acute ontregelingen kan de huisarts voorkomen dat de patiënt zijn toevlucht neemt tot een HAP, een afdeling Spoedeisende Hulp (SEH) of alarmnummer 112.¹

Patiënten zien dat wellicht anders. Zo blijkt dat 51 tot 80% van de zelfverwijzers op de SEH door de eigen huisarts behandeld had kunnen worden.⁶⁻⁸ Hetzelfde geldt voor een aanzienlijk deel (42%) van de ambulanceritten – binnen kantoor tijden (49%) nog meer dan buiten kantoor tijden (39%).⁹ Op HAP's is veel onderzoek gedaan naar spoedzorg, in huisartsenpraktijken bijna niet. Met dit inventariserende onderzoek hebben wij de frequentie van spoedzorg in de huisartsenpraktijk, de patiëntkenmerken en de zorgkenmerken in kaart gebracht. Ook gingen we na hoeveel patiënten zich tot de SEH wenden op tijden dat de praktijk van hun eigen huisarts open is.

METHODE

Gegevens en deelnemers

In dit retrospectieve transversale onderzoek analyseerden we de registraties van alle zeven huisartsenpraktijken die aangesloten zijn bij het Family Medicine Network (FaMe-net), een fusie van het Transitieproject en de Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen.¹⁰ De praktijken liggen verspreid over Nederland, hun graad van stedelijkheid en praktijkgrootte variëren [tabel 1]. De leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie is te vergelijken met die in de algemene bevolking.¹¹ We excludeerden contacten in de avond-, nacht- en weekenduren (ANW), administratieve verrichtingen, griepvaccinaties en geplande contacten met praktijkondersteuners.

PROCEDURE

Een ervaren triagist (JvdM) bestudeerde alle patiëntcontacten uit week 42 van 2016; het ging om in totaal 2520 patiëntcontacten voor 2970 verschillende medische problemen (deelcontacten). In de S-regel en de triagenotitie van de assistente ging de beoordelaar na, met behulp van de NHG-TriageWijzer (versie 2016) of er al dan niet sprake was van spoed (U1-U3).¹² De urgentie werd zo nodig bijgesteld als er een of meer urgentieverhogende of -verlagende contextfactoren aanwezig waren die in de NHG-TriageWijzer genoemd worden. Als er meerdere ingangsklachten waren, werd de ingangsklacht gekozen die de hoogste urgentie opleverde. Om te bepalen of het oordeel van de eerste beoordelaar betrouwbaar was, beoordeelde een huisarts met expertise op het gebied van spoedzorg en triage (MR) een aselechte steekproef van 353 patiënten met in totaal 614 contacten nogmaals. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was 96,9% (kappa 0,64).¹³ Vervolgens bepaalden beide onderzoekers onafhankelijk

Tabel 1

Kenmerken van de zeven huisartsenpraktijken aangesloten bij het FaMe-net

Kenmerk	n*	Spreading
Praktijkkenmerken		
• stedelijk	57,1%	–
• platteland	28,6%	–
• verstedelijkt platteland	14,3%	–
• Praktijkgrootte gemiddeld	4735	1441-9018
Leeftijdsoopbouw		
• 0-4 jaar	6,0%	3,0-10,7%
• 5-19 jaar	18,7%	11,7-27,3%
• 20-44 jaar	32,7%	25,4-46,9%
• 45-64 jaar	27,1%	22,3-31,5%
• 65-79 jaar	11,2%	7,1-15,1%
• > 80 jaar	4,3%	0,9-10,0%
Geslacht man	48,7%	47,6-50,1%
Contacten in de registratieweek, gemiddeld	360 [76%]	75-704
Deelcontacten in de registratieweek, gemiddeld	424 [90%]	90-806

* Tenzij anders aangegeven.

van elkaar de urgentie van de 118 contacten die JvdM als spoedcontact geïdentificeerd had. Voor 45 contacten weken de urgentiebepalingen onderling af. In de consensusbespreking die volgde, bereikten de onderzoekers overeenstemming over alle contacten; tien contacten bleken uiteindelijk geen spoedcontact (U4-U5). De 108 spoedcontacten (U1-U3) werden nader geanalyseerd op patiëntkenmerken (leeftijd en geslacht) en zorgkenmerken (ICPC-code, primaire actie, soort interventie, vervolgactie, wel of geen eerder contact). Naast de rechtstreekse spoedcontacten met patiënten onderzochten we ook alle brieven naar aanleiding van een SEH-contact die de huisartsenpraktijken tijdens de onderzoekswEEK ontvingen. Zo konden we een schatting maken van het aantal zelfverwijzers dat contact had opgenomen met de SEH.

Statistische analyse

Onze primaire uitkomstmaat was het percentage spoedcontacten en het aantal spoedcontacten per duizend patiënten per jaar. De resultaten zijn in kaart gebracht met beschrijvende statistiek en geanalyseerd met SPSS 22.

RESULTATEN

Prevalentiecijfers

Op een totaal van 2520 contacten vonden wij 108 spoedcontacten (4,3%; 95%-BI 3,5 tot 5,1%), wat overeenkomt met 170 spoedcontacten per 1000 patiënten per jaar. We registreerden

geen enkel U1-contact (0%), 19 U2-contacten (0,8% van het totaal) en 89 U3-contacten (3,5% van het totaal). De meeste spoedzorgvragen werden behandeld op het spreekuur (74%), of bij de patiënt thuis (23%); slechts 3 spoedconsulten (3%) vonden telefonisch plaats. ’s Maandags waren de meeste spoedcontacten (24%), op donderdag de minste (18%). In stedelijke praktijken waren er relatief minder spoedcontacten (3,9%) dan op het verstedelijk platteland (4,6%) en het platteland (4,8%) [online tabel 2].

Klachten en beleid

Het merendeel van de spoedcontacten (79%) had betrekking op een nieuwe klacht, de overige 21% betrof een herhaald contact wegens een bestaande klacht. De drie meest voorkomende diagnoses waren respiratoire klachten (29%), klachten van het bewegingsapparaat (15%) en gastro-intestinale klachten (11%) [online tabel 2].

Hoeveel spoedzorg een huisartsenpraktijk precies verleent, is nooit uitgerekend

Bij 10% van de spoedcontacten had de patiënt vooraf contact opgenomen met de eigen huisarts, geen enkele patiënt had vooraf contact opgenomen met de SEH. Bij een kwart van de spoedcontacten (23%) werd aanvullende diagnostiek ingezet in de vorm van ecg, bloed-, urine- of röntgenonderzoek. Bij ongeveer de helft (48%) werd medicatie voorgeschreven. Bij één contact (1%) was spoedmedicatie noodzakelijk. Een vijfde van de spoedcontacten (18%) resulteerde in een verwijzing naar de tweede lijn, in 4% werd de specialist alleen geconsulteerd.

Spoedzorg buiten de huisartsenpraktijk

Bij de brieven van SEH en specialisten troffen we dertien beoordelingen van zelfverwijzers aan, wat neerkomt op 21 zelfverwijzers per 1000 patiënten per jaar. Tien van de dertien waren ingeschreven bij een stedelijke praktijk. Elf van hen hadden een duidelijke indicatie om rechtstreeks naar de SEH te gaan (U1-U3), bij twee patiënten ging het om niet-noodzakelijke specialistische zorg (U4). Vijf patiënten die zich naar de SEH begaven, waren al onder specialistische behandeling voor de klacht. Bij zeven contacten ging het om problemen als gevolg van een trauma. Drie patiënten kwamen met de ambulance naar de SEH.

BESCHOUWING

Blijkens ons onderzoek heeft ongeveer een op de twintig contacten in de huisartsenpraktijk een spoedeisend karakter. Omgerekend zijn dit 170 spoedcontacten per 1000 patiënten per jaar, op het platteland iets meer, in de stad iets minder. De

prevalentie van zelfverwijzingen overdag was met 21 per 1000 patiënten per jaar zeer gering, de spoedzorgvragen waren in overgrote meerderheid gerechtvaardigd en regelmatig betrof het patiënten die al in specialistische zorg waren. Bij de gevonden prevalentie maakt elke individuele huisartsenpraktijk tijdens kantooruren slechts een beperkt aantal spoedcontacten mee. Maar in de Nederlandse huisartsenpraktijken staan 17 miljoen patiënten ingeschreven, dus bij elkaar hebben zij 2,9 miljoen spoedcontacten per jaar.¹⁴ In 2015 hadden de HAP's 2,3 miljoen spoedcontacten (U0-U3), dat is 135 spoedcontacten per 1000 patiënten per jaar.³ De ambulancedienst werd dat jaar 0,9 miljoen keer ingezet met hoge urgentie (A1-A2), dat zijn 57 spoedritten per 1000 patiënten per jaar.¹⁵ En de SEH's hadden 0,3 miljoen zelfverwijzers (17,4% van het totaal aantal contacten, oftewel 20 per 1000 patiënten per jaar).¹⁶ Op macroniveau hebben Nederlandse huisartsen dan ook een belangrijk aandeel in de spoedzorg!

Sterke en zwakke punten

Ons onderzoek is het eerste dat inzicht geeft in de prevalentie van spoedzorg in de Nederlandse huisartsenpraktijk. De dubbele en onafhankelijke beoordeling van groot aantal patiëntcontacten uit zeven huisartsenpraktijken, verspreid over Nederland en gevarieerd in grootte en stedelijkheid, maakt onze resultaten betrouwbaar en representatief voor de totale huisartsenzorg in Nederland. Een beperking van ons onderzoek is dat onze gegevens slechts op één week betrekking hadden. Weekvariatie en seizoensinvloeden kunnen we dus niet uitsluiten. Onze registratieweek viel in het najaar, met relatief veel respiratoire klachten. Op de HAP vindt bij elk contact triage plaats en worden de uitkomsten genoteerd in een dossier. In huisartsenpraktijken daarentegen is triage niet standaard en wordt die ook niet genoteerd in het dossier. Daarom moesten de onderzoekers achteraf de urgentie bepalen op basis van gegevens uit het HIS. Dat, en het ontbreken van direct contact met de patiënt, vergroot de onzekerheid van de urgentiebepaling. Een derde beperking is dat de urgentiecijfers niet optimaal vergelijkbaar zijn. Spoedcontacten in de huisartsenpraktijk zijn, net als op de HAP, doorgaans laag-urgent (U3). Contacten op de SEH en de ambulance zijn veel vaker hoog-urgent. Van de zelfverwijzers die met de ambulance naar de SEH kwamen, zijn alleen diegenen gedocumenteerd die daadwerkelijk zijn vervoerd. Patiënten die wel 112 belden maar niet vervoerd werden, hebben we gemist (bekend is dat in ongeveer 36% van alle ambulanceritten de patiënt ter plaatse behandeld wordt).⁹ Een laatste beperking is dat we alle specialistenbrieven uit week 42 hebben geanalyseerd in week 44-52. We kunnen er dus niet zeker van zijn dat onze registratie volledig was: in geval van vertraging bij het ziekenhuis kunnen we berichtgeving gemist hebben.

Consequenties voor de praktijk

Spoedzorg komt in elke afzonderlijke huisartsenpraktijk niet

zo heel vaak voor. Dat roept de vraag op of de organisatie niet beter en (kosten)effectiever zou kunnen. Het percentage spoedvragen op de HAP is vele malen groter dan in de praktijk overdag en de huisartsen daar zijn goed geëquipeerd met volledige spoeduitrusting en personele ondersteuning. In de praktijken is die expertise ook wel aanwezig, maar middelen als AED en zuurstof worden weinig gebruikt. Spoedmedicatie, die duur en beperkt houdbaar is, blijkt zelden noodzakelijk. Om de discussie te bevorderen, zullen we in een komend themanummer over spoedzorg diverse scenario's schetsen. Je zou ook de spoedzorg overdag zo kunnen organiseren dat personeel en middelen efficiënter worden ingezet. Wij denken

Praktijken handelen bij elkaar 2,9 miljoen spoedcontacten per jaar af; HAP's 2,3 miljoen

dat het goed zou zijn de kwaliteitsnormen van de NHG-praktijkaccreditering en de farmacotherapeutische richtlijn bij te stellen in de richting van een minder uitgebreide ampullenlijst.¹⁷⁻¹⁹

Abstract

Van der Maas J, Rutten M, Smits M, Van Boven K, Giesen P. Emergency care in general practice. Huisarts Wet 2018;61(2):36-43. DOI: 10.1007/s12445--018-0003-9. Background General practitioners are responsible for providing emergency care, be it at an out-of-hours service or in their own practice; however, it is not known how many practice visits are for emergency care. We investigated the frequency of emergency care visits, for which patients, and the care provided. We also investigated the number of patients who went to an accident and emergency (A&E) department, without GP referral, during office hours. Method In this retrospective, transverse study, we analysed all patient contacts in seven general practices spread throughout the Netherlands in week 42 in 2016. The type of patient and care provided were assessed for patients requiring emergency care. The number of letters received from A&E departments was also counted. Results Of 2520 patient contacts, 108 (4.3%) were for emergency care. Of these, 74% occurred during a practice visit and 23% during a home visit. Respiratory disorders were the most common problem (29%). In 23% of the cases additional investigations were ordered, in 48% medicine was prescribed; in only 1% was emergency medication required. Overall, in 18% of cases the patient was referred to hospital. Thirteen patients visited an A&E department on their own initiative or after phoning 112; 3 came by ambulance and 2 did not require specialist care. Conclusion Although emergency care contacts accounted for only 4-5% of all patient contacts in general practice, with 2.9 million of such contacts annually general practice provides a substantial amount of emergency care in the Netherlands. Relatively few people go to an A&E department on their own initiative during office hours.



Foto: iStock

In Nederland hebben huisartsenpraktijken een zeer groot aandeel in de spoedzorg.

Tot slot lijkt het ons zinvol nader te kijken naar de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de spoedzorg die huisartsen leveren. Onderzoek naar de follow-up van spoedcontacten is de aangewezen methode.

CONCLUSIE

In individuele praktijken is het percentage spoedcontacten gering, maar bij elkaar hebben de Nederlandse huisartsenpraktijken een zeer groot aandeel in de Nederlandse spoedzorg. De organisatie, professionalisering en waardering van de geboden spoedzorg door de huisartsenpraktijk is derhalve relevant voor professionals, ketenpartners en politiek. Het aantal zelfverwijzers naar de SEH tijdens kantooruren is verhoudingsgewijs klein. ■

LITERATUUR

- 1. NHG-Standpunt Huisarts en spoedzorg. Utrecht: NHG, 2013. www.nhg.org, geraadpleegd november 2017.
- 2. Nederlandse Triage Standaard [internet]. Utrecht: Stichting NTS, 2014. <http://de-nts.nl>, geraadpleegd november 2017.
- 3. Benchmarkbulletin huisartsenposten 2015. Utrecht: Ineen, 2016.

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

Van der Maas J, Rutten M, Smits M, Van Boven K, Giesen P. Spoedzorg in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2018;61(2):36-43. DOI:10.1007/s12445-018-0003-9. Radboudumc, IQ Healthcare, Nijmegen: J. van der Maas, Msc, arts [thans poortarts Spoedeisende Hulp]; M. Rutten, huisarts, medior-onderzoeker [tevens Universitair Gezondheidscentrum Heyendaal, Nijmegen], martijn.rutten@radboudumc.nl; dr. M. Smits, postdoc-onderzoeker; dr. P. Giesen, huisarts, senior-onderzoeker. Radboudumc, Afdeling Eerstelijns Geneeskunde, Nijmegen: dr. K. van Boven, niet-praktiserend huisarts, senior-onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Herhalen ggz-medicatie lithium en clozapine

Mariëlle van Avendonk, Monique Verduijn



Het is belangrijk om op de hoogte te zijn van bijwerkingen, interacties en complicaties van gespecialiseerde ggz-medicatie.

Foto: iStock

De huisarts herhaalt geen gespecialiseerde ggz-medicatie voor patiënten met een chronische psychiatrische aandoening tenzij hij zich daartoe voldoende bekwaam acht, een overdracht met [controle]instructie van de behandelend psychiater ontvangt en de mogelijkheid heeft om op korte termijn laagdrempelig te overleggen en terug te verwijzen.

Het NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie, met bijlagen over lithium en clozapine, is opgesteld in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Sinds de ggz-stelselwijziging worden mensen met een chronische psychiatrische aandoening steeds vaker en sneller verwezen van de gespecialiseerde ggz naar de huisartsenpraktijk, ook voor herhaalmedicatie. De gestelde voorwaarden voor herhalen van medicatie door de huisarts uit de gespecialiseerde ggz zijn:

- De huisarts is expliciet, op grond van voldoende bekwaamheid, akkoord met de overname.
- De patiënt moet akkoord gaan met controle en begeleiding door de huisarts.
- De patiënt is minimaal twee jaar stabiel en heeft voldoende ziekte-inzicht.
- De huisarts ontvangt een adequate overdracht van de psychiater met te verwachten beloop, omgaan met de medicatie en het signalerings- en crisisplan met een behandeladvies voor situaties waarin de patiënt niet stabiel is.
- De huisarts moet laagdrempelig en zo nodig direct kunnen overleggen met of terugverwijzen naar een psychiater.

ORGANISATIE

Huisartsen zijn niet verplicht gespecialiseerde medicatie te herhalen. Huisartsen die medicatie herhalen van specialisten zijn verantwoordelijk voor de medi-

camenteuze behandeling en de bijbehorende noodzakelijke controles. De aanwezigheid van een oproepsysteem, zodat de huisarts kan toezien op de noodzakelijke controles, is een voorwaarde voor het herhalen van gespecialiseerde ggz-medicatie.

Huisartsen zijn niet verplicht gespecialiseerde ggz-medicatie te herhalen

CLOZAPINE

Voorzorgen bij patiënten die clozapine gebruiken:

- Vraag de patiënt actief naar veranderingen in het defecatiepatroon en mogelijke klachten van obstipatie. Obstipatie is een bijwerking die bij ongeveer een kwart van de clozapine-

gebruikers optreedt. De obstipatie kan dermate ernstig zijn dat die – indien onopgemerkt – kan leiden tot levensbedreigende paralytische ileus en colonperforatie (mortaliteit rond de 25%). Preventie en vroege signalering van obstipatie is potentieel levensreddend.

- Wees alert op intoxicatieverschijnselen (door stijging van de clozapinespiegel) bij stoppen met roken, relevante toename van coffeïnegebruik en bij infecties of ontstekingen. Beginnende intoxicatie is te herkennen aan extreme speekselvloed, gestoorde slikreflex, dysartrie, evenwichtsstoornissen, ataxie, sufheid, aandachtstoornis en tachycardie.
- Wees alert op koorts, keelpijn en/of andere griepachtige verschijnselen vanwege kans op leukopenie en agranulocytose en stijging van de clozapinespiegel.

Bij herhalen van clozapine door de huisarts:

- Bepaal jaarlijks het cardiovasculair risicoprofiel.
- Controleer volgens schema leukocyten/differentiatie- en clozapinespiegels.
- Wijs patiënten op de noodzaak van de laboratoriumcontroles. Vertel de patiënt dat hij bij voorkeur ook zelf zijn streefwaarden en zijn laatste spiegel en de controlefrequentie kent, en dat hij gebruik van clozapine meldt bij artsbezoek.

LITHIUM

Voorzorgen bij patiënten die lithium gebruiken:

- Wees alert op verschijnselen van verminderde eetlust/drinken, misselijkheid, braken, diarree, spierzwakte, tremor, spierschokken of slaperigheid omdat dit tekenen van lithiumintoxicatie kunnen zijn. Ga bij een vermoeden van een intoxicatie onmiddellijk tot actie over, de kans op overlijden aan een lithiumintoxicatie is 4,5%.

De aanwezigheid van een oproepsysteem is een voorwaarde

- Risicofactoren voor lithiumintoxicatie zijn verslechtering van de nierfunctie, te hoge dosering, zoutarm dieet, koorts, hevig transpireren, dehydratie, gebruik van comedicatie zoals NSAID's, diuretica, RAS-remmers en metronidazol. Vermijd deze comedicatie of overleg met de psychiater als combinatie met bovenstaande middelen noodzakelijk is.

Bij herhalen van lithium door de huisarts:

- Bepaal minimaal twee keer per jaar de lithiumspiegels en nierfunctie en minimaal een keer per jaar TSH en calcium.

- Wijs patiënten op de noodzaak van de laboratoriumcontroles. Vertel de patiënt dat hij bij voorkeur ook zelf zijn streefwaarden en zijn laatste spiegel en de controlefrequentie kent, en dat hij gebruik van lithium meldt bij artsbezoek.

De huisarts herhaalt geen gespecialiseerde ggz-medicatie voor patiënten met een chronische psychiatrische aandoening tenzij aan een aantal voorwaarden is voldaan. Kennis over bijwerkingen, interacties en complicaties van medicatie voorgeschreven in de gespecialiseerde ggz is voor alle huisartsen van belang, zodat hij weet wanneer hij patiënten (met spoed) naar de psychiater moet verwijzen. ■

Van Avendonk MJP, Verduijn MM. Herhalen ggz-medicatie lithium en clozapine. Huisarts Wet 2018;61(2):44-5. DOI: 10.1007/s12445-018-0015-5. NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap: M.J.P. Van Avendonk, huisarts niet praktiserend en senior wetenschappelijk medewerker, m.vanavendonk@nhg.org; M.M. Verduijn, apotheker en senior wetenschappelijk medewerker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit is een samenvatting van het NHG-Standpunt Herhalen gespecialiseerde ggz-medicatie. Zie voor de volledige versie www.nhg.org.

Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde

Adviesgroep Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde

Tijdens de ontwikkeling van de NHG-Standaarden en NHG-Behandelrichtlijnen worden lacunes in kennis zichtbaar. Ook de voortgaande ontwikkeling van wetenschap en gezondheidszorg vraagt telkens weer om nieuw onderzoek. Daarom nam het NHG, met steun van de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde, het initiatief om een Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde op te stellen. De Adviesgroep Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde, onder leiding van prof. dr. André Knottnerus, verzorgde de voorbereiding. De onderzoeksagenda is inmiddels vastgesteld door het NHG-bestuur en is bedoeld als ruggensteun voor onderzoekers, onderzoeksfinciers, beleidmakers en patiëntenorganisaties.

Het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde nam de laatste twintig jaar een hoge vlucht. De bijdrage van Nederlandse onderzoekers is groot en staat internationaal hoog aangeschreven. De onderzoeksbevindingen worden vertaald naar aanbevelingen voor de praktijk via de NHG-Standaarden en NHG-Behandelrichtlijnen. Deze bestrijken 70 tot 80% van de problemen die de huisarts dagelijks ziet.

STAKEHOLDERS

Om zoveel mogelijk blinde vlekken en nieuwe ideeën op het spoor te komen en de maatschappelijke relevantie en bruikbaarheid van het onderzoek te vergroten, hebben we vanaf het begin een grote groep stakeholders (circa 100) bij het proces betrokken. De stakeholders waren onder andere huisartsen, NHG-expertgroepen, eerste- en tweedelijns samenwerkingspartners, onderzoeksinstellingen, Patiëntenfederatie Nederland en (mogelijke) financiers van huisartsgeneeskundig onderzoek.



Stakeholders prioriteren de onderzoeksvragen voor de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. Foto: Margot Scheerder

AANPAK

Bij de voorbereiding van de onderzoeksagenda is voor een systematische aanpak gekozen. De kennislacunes die in het kader van het NHG-standaardenbeleid zijn geformuleerd, vormden het uitgangspunt. We vulden deze aan met onderwerpen die naar voren kwamen uit een enquête onder de stakeholders.

RESULTAAT

Deze inventarisatie resulteerde in 787 kennislacunes en -vragen, deze zijn praktijkgericht en reflecteren de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. Alle kennislacunes en -vragen zijn ingedeeld in medische deelgebieden (volgens de International Classification of Primary Care) en in bredere, ICPC-hoofdstukoverstijgende thema's, zoals alledaagse aandoeningen, ouderen/kwetsbare patiënten/multimorbiditeit, Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK) en oncolo-

gie. Daarbinnen zijn ze vervolgens nader geprioriteerd, met gebruik van een web-survey onder huisartsen en de inbreng vanuit de prioriteringsbijeenkomst met de diverse stakeholders op 10 oktober 2017. Op basis van deze input heeft de Adviesgroep de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde opgesteld, die vervolgens is vastgesteld door het NHG-bestuur. De onderzoeksagenda bevat de geprioriteerde onderwerpen per ICPC-hoofdstuk en per thema en geeft via een link toegang tot de volledige lijst met alle 787 items.

OMGAAN MET DE AGENDA

De Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde is bedoeld als ruggensteun voor onderzoekers, onderzoeksfinciers, beleidmakers en belangrijke maatschappelijke stakeholders zoals patiëntenorganisaties. Iedereen die huisartsgeneeskundig onderzoek wil doen, kan inspiratie halen uit de onderzoeksagenda bij het kiezen van een onderwerp.

Voor onderzoekers kan de onderzoeksagenda tevens behulpzaam zijn bij de onderbouwing van subsidieaanvragen. Onderzoeksfinciers kunnen de vragen en onderwerpen benutten bij het ontwikkelen van onderzoeksprogramma's die in de agenda naar voren komen en bij het afwegen van de praktische relevantie van ingediende voorstellen. Verder kan de onderzoeksagenda het beleid van onderzoeksinstellingen en de overheid ondersteunen. Ten slotte kunnen patiëntenorganisaties gebruikmaken van de onderzoeksagenda wanneer zij meedenken met onderzoeksfonds, de overheid of adviesorganen over het belang van bepaalde vragen en onderwerpen, en als zij betrokken worden in de besluitvorming over onderzoeksprogramma's of -projecten.

LEVEND HOUDEN

De onderwerpen die in de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde staan vermeld, vergen nadrukkelijk nader onderzoek. De wetenschap en de gezondheidszorg blijven echter onophoudelijk in beweging. Het is daarom van groot belang dat de onderzoeksagenda zich ontwikkelt als breed gedragen, levend document. Een continue bron van relevante onderzoeksvragen en inspiratie, die voortdurend wordt aangevuld vanuit de wetenschap, praktijk en samenleving. ■

Adviesgroep Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2018;61(2):46-7. DOI:10.1007/s12445-018-0018-2. Correspondentie: j. wittenberg@nhg.org Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Voor het gehele rapport, zie: www.nhg.org/nationaleonderzoeksagendahuisartsgeneeskunde.



4.4.2 OUDEREN – KWETSBARE PATIËNTEN - MULTIMORBIDITEIT

Resultaat prioritering	
Onderzoeksvraag / lacune	ID
Hoe bevorderen we passend medicatiegebruik bij ouderen (met polyfarmacie/multimorbiditeit)?	174
Welke interventies vanuit de huisartsenpraktijk leveren een bijdrage aan functioneren, zelfredzaamheid en behoud van kwaliteit van leven van (kwetsbare) ouderen?	171 755
Wat is het effect van stoppen met cardiovasculaire medicatie bij 80-plussers en in welke opzichten verschilt dit van dat bij jongere patiënten?	99 753
Wat zijn prognostische criteria waarop je beter kunt besluiten de oudere patiënt niet meer in te sturen vanwege een hoog risico op overlijden in het ziekenhuis?	101
Wat is het effect van starten met medicatie voor cardiovasculair risicomanagement bij 80-plussers?	100
Is protocollaire/programmatische ouderenzorg uitgevoerd door de huisartsenpraktijk kosten-effectief?	742
Wat is de effectiviteit van medicamenteuze symptoombestrijding van een delier (dosering (criteria startdosering), wanneer effect te verwachten, duur, veiligheid)?	290
Wat is de doelmatigheid van farmacotherapeutische optimalisatie bij polyfarmacie in de eerste lijn?	102
Welke (oudere) personen hebben baat bij proactieve zorgcoördinatie? Wanneer is 'disease management' nog afdoende en wanneer moet patiëntgerichte zorg worden ingezet?	170
Hoe kan de medische zorg voor de thuiswonende patiënt met multimorbiditeit optimaal persoonsgericht worden ingericht?	146 733 212

Voorbeeld geprioriteerde onderzoeksvragen.

Samenstelling Adviesgroep

- De heer prof. dr. J.A. Knottnerus, voorzitter van de Adviesgroep. Tot april 2017 voorzitter van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde.
- De heer dr. F. Dekker, huisarts te Purmerend, lid NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek [CWO].
- Mevrouw dr. F.P. Hohmann, huisarts te Rotterdam, lid NHG-Verenigingsraad.
- Mevrouw D. Leereveld MSc, adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.
- Mevrouw dr. S.A. Ligthart [Suzanne], voormalig arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker [aiotho] en lid landelijke organisatie van aspirant huisartsen [LOVAH] tot juli 2016. Vanaf augustus 2016 huisarts te Amersfoort en vanaf oktober 2016 postdoc AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde.
- De heer J.A. Mulder, beleidsmedewerker Patiëntenfederatie Nederland.
- De heer prof. dr. G.E.H.M. Rutten, huisarts te Beuningen [tot 2014], Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht, afdeling Huisartsgeneeskunde, lid werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde [IOH-R].
- De heer dr. J.C. van der Wouden, socioloog/epidemioloog, VUmc, Amsterdam Public Health research institute, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, lid werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde [IOH-R].
- Mevrouw J.A.M. van Balen, huisarts te Nieuwegein, teamleider NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap, projectleider Adviesgroep.
- Mevrouw dr. D.G. Keuken, wetenschappelijk medewerker NHG, secretaris van de Adviesgroep [tot april 2017].
- Mevrouw J. Wittenberg, wetenschappelijk medewerker NHG, secretaris van de Adviesgroep [vanaf april 2017].

Met dank aan prof. dr. J.S. Burgers, strategisch medisch adviseur, NHG.

Verantwoord offlabel voorschrijven

NHG-Standpunt Offlabel voorschrijven in de huisartsenpraktijk herzien

Monique Verduijn

Offlabel voorschrijven vloeit voort uit de professionele verantwoordelijkheid van de arts om de patiënt de beste behandeling te geven. Voor offlabel voorschriften conform een NHG-richtlijn en NHG-Formularium gelden minder regels dan voor offlabel voorschriften die niet in de richtlijnen staan.

Offlabel voorschrijven is het voorschrijven van een geneesmiddel voor een andere indicatie, bij een andere patiëntencategorie of in een andere dosering dan de officiële productinformatie vermeldt. Het herziene NHG-Standpunt, opgesteld in samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten, beschrijft de wettelijke regels waaronder offlabel voorschrijven is toegestaan.

In de praktijk komt verantwoord offlabelgebruik vaak voor, bijvoorbeeld bij kinderen, zwangeren of kwetsbare ouderen. Andere voorbeelden zijn amitriptyline bij neuropatische pijn, bètablokkers bij examenvrees, orale anticonceptiva bij ernstige acne en nortriptyline bij stoppen met roken. De middelen zijn voor deze indicaties niet geregistreerd, maar de effectiviteit is in onderzoek aangetoond en er is een afweging gemaakt op basis van ernst van de aandoening, beschikbaarheid van andere middelen voor deze indicatie en ervaring van het middel bij andere indicaties. Offlabelgebruik van een geneesmiddel is verantwoord als het voor de patiënt op dat moment de beste behandeling is.

WET EN RICHTLIJNEN

Als een arts offlabel voorschrijft, heeft hij volgens de wet de plicht om de patiënt daarover te informeren. Het is raadzaam om de verkregen informed consent te vermelden in het dossier (verzwaarde informatieplicht). De regis-

tratieautoriteiten hebben namelijk geen zorgvuldige afweging gemaakt tussen therapeutisch effect en bijwerkingen in een bepaalde patiëntenpopulatie, en bij de desbetreffende indicatie. De wet doet geen uitspraak over het offlabel voorschrijven conform een (inter)nationale en door een wetenschappelijke vereniging geratificeerde richtlijn.

Bij het ontwikkelen van de richtlijnen maakt het NHG de afweging tussen therapeutisch effect en mogelijke bijwerkingen. Offlabel voorschriften komen in de NHG-richtlijnen op grond van gepubliceerd onderzoek of op grond van de ernst van de aandoening, beschikbaarheid van andere middelen voor deze indicatie en ervaring van het middel bij andere indicaties. De beoordelingscriteria zijn daarbij effectiviteit, veiligheid, tolerantie, toepasbaarheid en gebruiksgemak. Feitelijk is er sprake van een ‘user label’ bij offlabel voorschrijven volgens richtlijnen en stellen we samen met de Federatie van Medisch specialisten dat er in die gevallen geen verzwaarde informatieplicht bestaat. Op grond daar spreken we van een ‘user label’ aanvullend (maar niet gelijk) aan het bestaande ‘originator label’, zoals is opgenomen in de officiële productinformatie.

VERANTWOORD VOORSCHRIJVEN

Bij offlabel voorschriften die niet in NHG-richtlijnen staan, is de huisarts wettelijk verplicht te overleggen met de apotheker en de patiënt te informeren. Dan is het raadzaam om de informed consent te vermelden in het dossier. Bij offlabel voorschrijven conform een NHG-richtlijn en volgens het NHG-Formularium, is de huisarts niet verplicht om de patiënt en apotheker te informeren en is statusvermelding niet nodig. Wel is het raadzaam om de patiënt



Het is wettelijk verplicht de patiënt te informeren bij offlabel voorschrijven. Foto: Hollandse Hoogte

uitleg te geven over het offlabel karakter wanneer de indicatie niet in de bijsluiter tekst staat en vermoede bijwerkingen te melden bij het Nederlands bijwerkingencentrum Lareb.

Er is sprake van verantwoord offlabel voorschrijven als dat gebeurt op basis van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen zoals NHG-Standaarden, NHG-Behandelrichtlijnen en het NHG-Formularium. Verantwoord medisch handelen berust op een integratie van resultaten uit wetenschappelijk onderzoek en klinische ervaring met de professionele afweging en vertaling naar de individuele patiënt. ■

LITERATUUR

1. Egual T, Buckridge DL, Winslade NE, Benedetti A, Hanley JA, Tamblyn R. Drug, patient and physician characteristics associated with off-label prescribing in primary care. Arch Intern Med 2012;172:781-8.
2. Verduijn MM. Risicofactoren bij off label voorschrijven. Huisarts en Wetenschap 2013;56:90.

Orgaandonatie na euthanasie

Tim van Smaalen, Annelieke Hof-van Smaalen, Monique van Smaalen-Croes, Wim de Jongh, Jan Bollen, Ernest van Heurn, Walther van Mook

Sinds 2012 kunnen in Nederland organen en weefsels na euthanasie gedoneerd worden. Huisartsen doen het leeuwendeel van de euthanasiemeldingen; zij zijn ook bij uitstek in de positie om potentiële orgaandonoren te identificeren. Dat stelt hen geregeld voor de keuze of zij dit ingewikkelde traject, waarvan de uitkomst onzeker is, willen ingaan. Euthanasie en orgaandonatie blijven strikt gescheiden procedures en een euthanasiewens mag nooit voortkomen uit de wens een orgaan te doneren. Slechts 10% van de euthanasiepatiënten is geschikt als orgaandonor en de donatieprocedure is intensief; toch kan het zinvol zijn het gesprek hierover aan te gaan.

Sinds 2012 kunnen in Nederland organen en weefsels na euthanasie gedoneerd worden. Het aantal donaties na euthanasie is nog relatief klein (23 tussen 2012 en 2017), maar de publieke bewustwording neemt toe.¹⁻⁸ Het MUMC en Erasmus MC namen begin 2016 het initiatief tot een *Handreiking orgaandonatie na euthanasie* en op 8 maart 2017 beschreef de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) de praktische, maatschappelijke, ethische, juridische en organisatorische aspecten van de gecombineerde procedure in de *Richtlijn orgaandonatie na euthanasie*. Deze richtlijnen zijn van belang voor huisartsen en specialisten Ouderengeneeskunde, omdat zij veelvuldig betrokken zijn bij de uitvoering van euthanasie.

DE KERN

- Sinds 2012 kunnen na euthanasie weefsels en organen zoals longen, lever, nieren en pancreas gedoneerd worden; in 2017 is de procedure in een richtlijn beschreven.
- Als de patiënt de mogelijkheid van orgaandonatie ter sprake brengt, kan de huisarts laagdrempelig de Nederlandse Transplantatie Stichting [NTS] consulteren.
- De NTS beheert het Donorregister en kan de huisarts in contact brengen met een transplantatiecoördinator.
- Orgaandonatie is een intensief traject voor de patiënt, diens naasten én de arts; patiënten kunnen te allen tijde hun toestemming intrekken
- Bij orgaandonatie na euthanasie moet de hele procedure plaatsvinden in een ziekenhuis.

Van de 6091 meldingen ‘levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding’ die in 2016 bij de regionale toetsingscommissies werden gedaan, waren er 5383 (88%) afkomstig van een huisarts of van een specialist Ouderengeneeskunde.¹⁰ In termen van overleving, levensverwachting en kwaliteit van leven heeft orgaantransplantatie grote voordelen boven orgaanfunctievervangende therapieën.¹¹⁻¹³ Er is echter een permanent tekort aan geschikte donororganen en men zoekt naar manieren om dit tekort te verminderen.¹⁴⁻¹⁶ In 2016 waren er in Nederland 235 postmortale donoren en stonden er bijna 1100 mensen op de wachtlijst voor een donororgaan.^{17,18} Uit recent onderzoek blijkt dat ongeveer 10% van de patiënten na euthanasie medisch geschikt is voor orgaandonatie; dit kan het donoraanbod dus aanzienlijk vergroten.¹⁹ Deze nascholing beschrijft wat orgaandonatie na euthanasie zal betekenen voor huisartsen en biedt handvatten voor de praktijk. Het artikel bevat achtergrondinformatie en een stappenplan voor het initiëren van de procedure en het verstrekken van de juiste informatie. De maatschappelijke, ethische en juridische dilemma’s omtrent euthanasie en orgaandonatie, hoe belangrijk ook, blijven buiten beschouwing. Informatie hierover kunt u vinden in de eerdergenoemde richtlijn en in twee recente publicaties.^{9,20, 21}

WENS TOT EUTHANASIE EN WENS TOT ORGAANDONATIE

Een verzoek tot levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding wordt alleen gehonoreerd indien voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen zoals bepaald in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.²² Als de patiënt tevens organen wenst te doneren dan kan dat, maar de twee procedures blijven strikt gescheiden. Eén van de kernaanbevelingen van de huidige richtlijn is dat de patiënt in de palliatieve fase zelf de wens tot orgaandonatie moet aangeven. Die wens kan ter tafel komen voor- of nadat de zorgvuldigheidseisen rond euthanasie zijn getoetst. Gebeurt het voordat de zorgvuldigheidseisen zijn getoetst, dan hoort de arts de patiënt te vertellen dat eerst aan die eisen moet zijn voldaan alvorens de donatieprocedure kan worden opgestart. Deel 1 van de richtlijn (p. 13-15) bevat patiëntinformatie over de procedure en de vereisten.⁹ De arts, en later ook de SCEN-arts, zal moeten beoordelen of de wens tot euthanasie voortkomt uit de wens tot orgaandonatie. Bij een wens tot orgaandonatie is het zinvol als de arts het Donorregister raadpleegt om een eventuele eerder vastgelegde bezwaarregistratie ongedaan te kunnen maken en te vervan-

gen door een nieuwe schriftelijke verklaring. Het Donorregister kan telefonisch worden geraadpleegd via de NTS (071-5795795). Op dit moment beveelt de richtlijn niet aan dat de arts het initiatief neemt om orgaandonatie na euthanasie te bespreken. Maar het lijkt ons niet ondenkbaar dat de arts de patiënt over die mogelijkheid informeert, zeker als deze positief geregistreerd is. Het is aan de arts om in te schatten of de mogelijkheid tot donatie bespreekbaar is.

Het is aan de arts om in te schatten of de mogelijkheid tot donatie bespreekbaar is

WAT ER GEDONEERD KAN WORDEN

Omdat er een onderscheid is tussen orgaandonatie en weefseldonatie, wordt weefseldonatie apart besproken. Er zijn verschillende typen postmortale donoren; de [figuur] geeft een overzicht. Orgaandonoren na euthanasie behoren tot de donoren na circulatiestilstand (DCD) uit categorie III van de Maastricht-classificatie. Als de organen medisch geschikt bevonden zijn, komen longen, lever, pancreas (zowel voor orgaantransplantatie als transplantatie van de geïsoleerde eilandjes van Langerhans) en nieren in aanmerking voor donatie na euthanasie. Orgaandonoren na euthanasie zijn vergelijkbaar met donoren met een infauste prognose bij wie de intensiverebehandeling op een gecontroleerde manier gestaakt wordt.²³ De behande-

lend arts stelt dan de dood vast op basis van een circulatiestilstand en neemt daarbij een observatieperiode van vijf minuten in acht, de zogeheten *no touch*-tijd.²⁴ Bij euthanasie is er geen sprake van het staken van een behandeling en stelt de arts de dood vast op basis van polsloosheid, bewusteloosheid en afwezigheid van ademhaling. Dit tijdstip kan dus verschillen van het officiële tijdstip van overlijden zoals geregistreerd door de forensisch arts na de *no touch*-tijd.²⁴

STAPPENPLAN EN BELANGRIJKE OVERWEGINGEN VOOR DE HUISARTS

Deel 1 van de *Richtlijn orgaandonatie na euthanasie* bevat een stappenplan voor het doorlopen van een gecombineerde procedure.⁹ Hieronder beschrijven wij de belangrijkste onderdelen.

Stap 1: aanmelding van de donor

Nadat het onderwerp orgaandonatie na euthanasie ter sprake is gekomen, informeert de behandelend arts de patiënt zodat deze een weloverwogen keuze kan maken. De arts neemt contact op met de NTS, raadpleegt eventueel het Donorregister en verzoekt een transplantatiecoördinator contact op te nemen. De transplantatiecoördinator en de contactspecialist (een intensivist of andere aangewezen medisch specialist) assisteren bij de voorlichting aan de patiënt. Als de patiënt dit wenst, start de transplantatiecoördinator de procedure. Als eerste wordt beoordeeld of donatie mogelijk is en zo ja onder welke voorwaarden. De contactspecialist en de transplantatiecoördinator zullen alle volgende stappen begeleiden en coördineren, in samenspraak met de patiënt en de behandelend arts.

Stap 2: beoordeling medische geschiktheid van de donor

Een patiënt is medisch geschikt om te doneren indien de organen die verkregen kunnen worden van acceptabele kwaliteit zijn en het verwachte succes van de transplantatie opweegt tegen de belasting en de risico's voor de ontvanger. Uit de leeftijdscriteria voor orgaandonatie die de NTS heeft opgesteld volgt dat orgaandonoren na euthanasie niet ouder mogen zijn dan ongeveer 75 jaar [tabel 1].

Na de leeftijdscreening wordt het huidige ziektebeeld en de medische voorgeschiedenis beoordeeld. Overdraagbare ziekten die een onaanvaardbaar risico vormen voor de ontvanger, zoals actieve sepsis en de meeste (actieve) maligniteiten, worden als contra-indicatie beschouwd. Een curatief behandelde maligniteit hoeft niet altijd een contra-indicatie te zijn. [Online tabel 2] geeft weer hoeveel donoren in 2016 na levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding mogelijk medisch geschikt waren voor orgaandonatie. Naar verwachting zal het merendeel van de medisch geschikte donoren na euthanasie een neurodegeneratieve aandoening hebben zoals amyotrofische laterale sclerose of de ziekte van Huntington. Stap 3: beoordeling van de te doneren organen Als de donor medisch geschikt lijkt, zal de transplantatiecoördinator de functies beoordelen van alle potentieel te doneren organen. Daarvoor is in elk geval bloed- en urineonderzoek noodzakelijk. Transplantatiecoördinator, transplantatiespecialist, huisarts en patiënt bepalen in overleg of aanvullend (beeldvormend) onderzoek nodig is; voor dit onderzoek zal in de dagen voor donatie een extra ziekenhuisopname noodzakelijk zijn. Enkele onderzoeken kunnen desgewenst eerder gedaan worden, maar het kan nodig zijn tijdens de opname voor donatie na euthanasie het bloed- en urineonderzoek te herhalen om de kwaliteit van de organen te beoordelen. Dan nog blijft het mogelijk dat organen op de dag van overlijden niet geaccepteerd worden voor transplantatie. Deze onzekerheid is belastend voor de patiënt. Bovendien vormen de diverse onderzoeken een grote, soms onacceptabele belasting.

Tabel 1

De leeftijdscriteria in Nederland voor orgaandonatie na hersendood en circulatiestilstand

Orgaan	Hersendood	Circulatiestilstand
Hart	tot circa 65 jaar	niet mogelijk
Longen	tot circa 75 jaar	tot circa 75 jaar
Lever	geen beperking	1 maand tot circa 60 jaar
Pancreas: geheel orgaan	tot circa 60 jaar	5 tot circa 50 jaar
Pancreas: Eilandjes van Langerhans	tot circa 75 jaar	tot circa 75 jaar
Nieren	geen beperking	5 tot circa 75 jaar
Dunne darm	1 tot circa 50 jaar	niet mogelijk

Bron: Criteria en contra-indicaties orgaandonatie 2017.²⁵



Orgaandonatie na euthanasie is een traject met een onzekere uitkomst, dat veel extra gesprekken nodig maakt en allerlei organisatorische consequenties heeft.

Foto: Getty Images

In gezamenlijk overleg moet besloten worden welke onderzoeken uitvoerbaar zijn en welke organen dan in aanmerking kunnen komen voor donatie. De kosten voor alle diagnostiek zijn niet voor rekening van de patiënt.

Stap 4: ziekenhuisopname

Orgaandonatie moet in een ziekenhuis uitgevoerd worden omdat organen zo snel mogelijk na het overlijden beschermd moeten worden tegen ischemische schade. De noodzaak van een ziekenhuisopname en de noodzaak een dag te kiezen waarop zowel de euthanasie als de orgaandonatie kunnen plaatsvinden, maken het zoeken naar een datum lastiger dan bij euthanasie

Orgaandonatie en euthanasie zijn strikt gescheiden

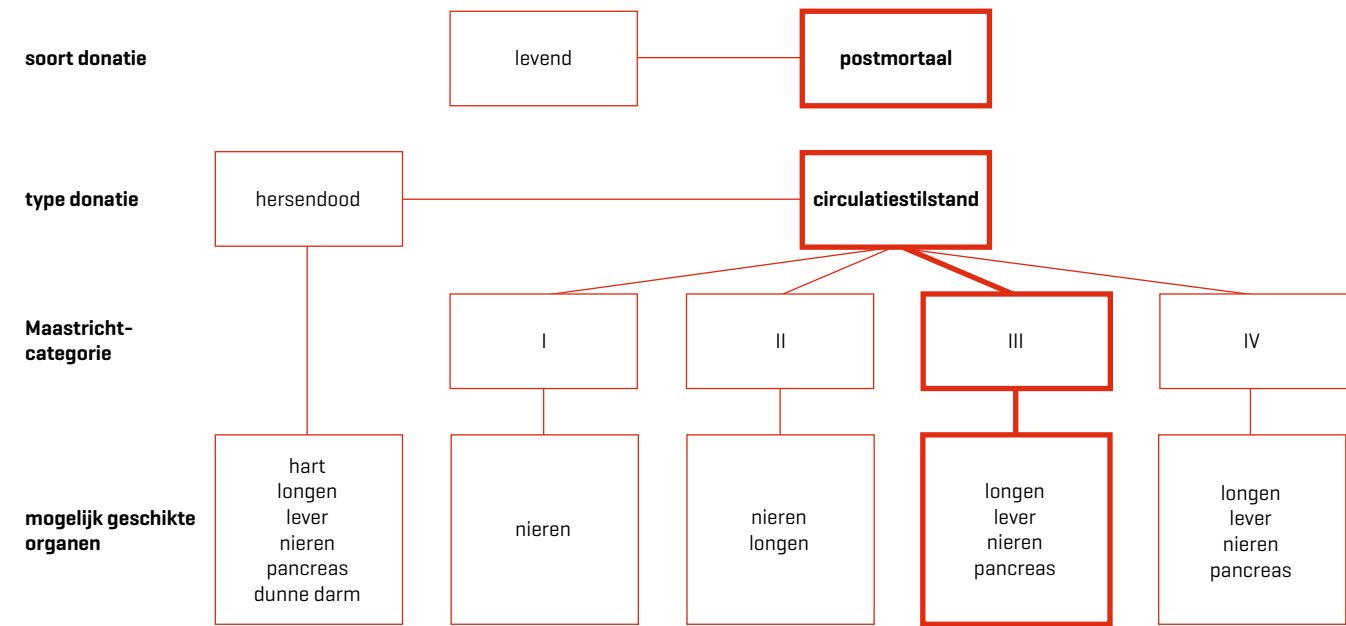
in de thuissituatie. De contactspecialist en transplantatiecoördinator zullen proberen de door de patiënt gewenste datum te faciliteren. Als er geen contra-indicaties bestaan en orgaandonatie mogelijk is, wordt de patiënt opgenomen op de dag van de euthanasie. Als dat nodig is, kunnen tijdens deze opname in overleg met de patiënt nog diagnostische tests plaatsvinden.

Stap 5: uitvoering van de euthanasie en orgaandonatie

In het ziekenhuis kan de euthanasie worden uitgevoerd door de betrokken huisarts. De richtlijn van KNMP en KNMG schrijft voor dat de (ziekenhuis)apotheker de euthanatica direct aan de uitvoerende arts overhandigt.²⁶ Men streeft ernaar de euthanasie uit te voeren op soortgelijke wijze als in de thuissituatie, in een aparte kamer voor patiënt, naasten en huisarts met zo veel mogelijk privacy. Ander (para)medisch

Figuur

Typen orgaandonoren en mogelijk te doneren organen na overlijden in Nederland



Organendonoren na euthanasie vallen binnen de geaccentueerde lijnen.

personeel is er in principe niet bij aanwezig. De familie kan tot het moment van overlijden bij de patiënt blijven. Een belangrijk verschil met euthanasie in de thuissituatie is de periode nadat de huisarts het overlijden heeft vastgesteld. Tijdens de *no touch*-tijd van vijf minuten kan de familie afscheid nemen, daarna wordt de donor zo snel mogelijk naar de operatiekamer gebracht om ischemische schade aan de organen te beperken. In de praktijk is gebleken dat familie goed kan omgaan met deze situatie als zij hierover van tevoren duidelijk is voorgelicht. Het gaat per slot van rekening om de laatste wens van de patiënt zelf. Na terugkomst van de donor uit de operatiekamer kan men nogmaals afscheid nemen; daarna wordt de overledene naar het mortuarium gebracht en neemt de begrafenisondernemer de zorg over. De overledene kan eventueel thuis worden opgebaard.

FORENSISCH ONDERZOEK

Overlijden na euthanasie is een niet-natuurlijk overlijden. De huisarts of de transplantatiecoördinator zal de forensisch arts op voorhand informeren over de geplande procedure en de forensisch arts en officier van justitie vragen het lichaam vrij te geven voor orgaandonatie. Na het overlijden en na de orgaan-uitname zal de forensisch arts een schouwing komen doen.

Longen, lever, pancreas en nieren kunnen gedoneerd worden

WEEFSELDONATIE

Het doneren van hartkleppen, thoracale aorta, oogweefsel, huid en bot-, kraakbeen- en peesweefsel wordt beschouwd als weefseldonatie. Hiervoor gelden aparte leeftijdscriteria en contra-indicaties.²⁷ Ziekten waarvan de etiologie onbekend is, zoals amyotrofische laterale sclerose en multipele sclerose, zijn momenteel een contra-indicatie. Hartkleppen en thoracale aorta kunnen worden uitgenomen tijdens de orgaandonatie; overige weefsels worden na afloop van de orgaandonatieprocedure afgenomen door een speciaal opgeleid team.²⁸

OVERWEGINGEN VOOR DE HUISARTS

In de uitgebreide gesprekken die de huisarts voert met zijn patiënt met een neurodegeneratieve aandoening over diens levenseinde is doorgaans voldoende tijd beschikbaar. Betreft het een euthanasiewens als bepaalde grenzen zijn bereikt voor de patiënt en dit is goed uitgesproken tussen patiënt en behandelend arts, dan is er ook ruimte om, op initiatief van de patiënt, een gesprek over orgaandonatie te voeren. In situaties zoals hierboven beschreven is, na consulteren van het Donatieregister, wellicht ook een gesprek op initiatief van de arts mogelijk om de patiënt optimaal te informeren. Zaken die belastend zijn voor patiënt, zoals de onderzoeken, het verblijf en de procedure in het ziekenhuis en de belasting voor de familie, moeten goed worden besproken. De procedure is ook lastig voor de behandelend arts, die moet

Tabel 2

Aantal meldingen van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding in Nederland in 2016 en verwachte geschiktheid voor orgaandonatie op basis van de gemelde aandoeningen

Aandoening	Aantal	Medische geschiktheid
Maligniteiten	4137	ongeschikt
Aandoeningen van het zenuwstelsel	411	mogelijk geschikt
Overige aandoeningen	104	waarschijnlijk ongeschikt
Multipele ouderdomsaandoeningen	244	waarschijnlijk ongeschikt
Hart- en vaataandoeningen	315	waarschijnlijk ongeschikt
Longaandoeningen	214	waarschijnlijk ongeschikt
Dementie	141	mogelijk geschikt
Psychiatrische aandoeningen	60	mogelijk geschikt
Combinatie van aandoeningen	465	waarschijnlijk ongeschikt
Totaal	6091	

Bij de gegeven aantallen is geen rekening gehouden met leeftijd en met daadwerkelijke geschiktheid voor orgaandonatie. Bron: Regionale toetsingscommissies euthanasie 2017, p. 13.¹⁰

nagaan of de wens tot euthanasie geheel losstaat van de wens tot donatie en vervolgens de regie voor een deel uit handen moet geven. Orgaandonatie na euthanasie is een traject met een onzekere uitkomst, dat veel extra gesprekken nodig maakt en allerlei organisatorische consequenties heeft. De huisarts zal dit alles laten meewegen in de beslissing om het traject met een patiënt in te gaan, in de wetenschap dat die patiënt te allen tijde van donatie kan afzien zonder dat daarbij vraagtekens worden geplaatst. ■

LITERATUUR

- De Vries B. Orgaandonatie na euthanasie makkelijker [internet]. NOS, 22 november 2014.
- Redactioneel: RadboudUMC weigert orgaandonatie na euthanasie. De Volkskrant, 6 februari 2015
- Jinek: Ziekenhuis weigert gezonde donor. KRO-NCRV, 6 februari 2015.

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

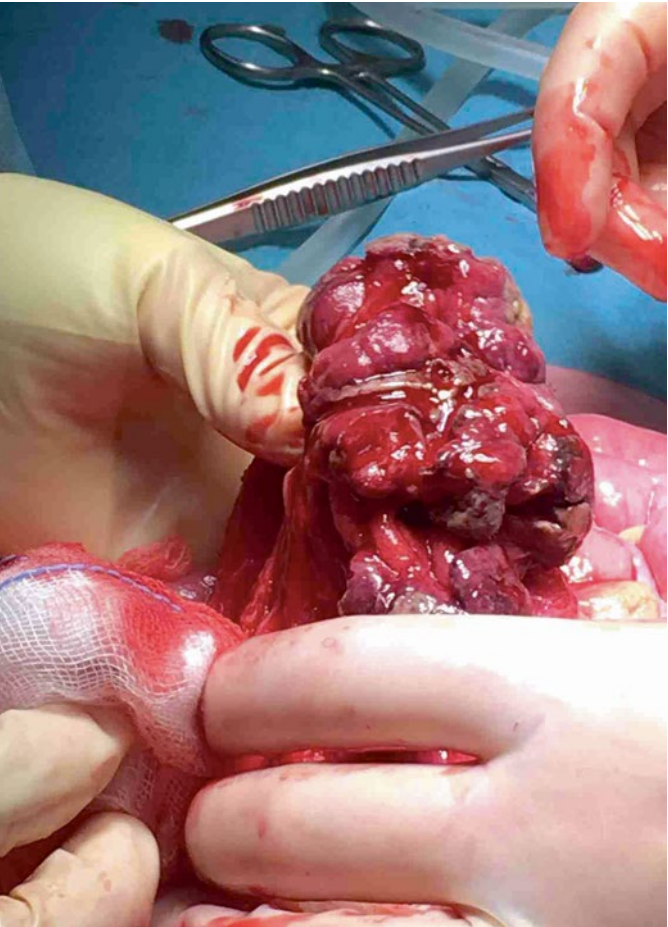
Van Smaalen TC, Hof-van Smaalen AS, Van Smaalen-Croes MM, De Jongh W, Bollen JA, Van Heurn LW, Van Mook WN. Orgaandonatie na euthanasie. Huisarts Wet 2018;61[2]:49-52. DOI:10.1007/s12445-017-1014-7. Erasmus MC, afdeling Chirurgie, Rotterdam: T.C. van Smaalen, aios chirurgie [voorheen transplantatiecoördinator Maastricht UMC], vansmaalen@gmail.com. A.S. Hof-van Smaalen, waarnemend huisarts. M.M. van Smaalen-Croes, huisarts n.p. en SCEN-arts. Maastricht UMC: W. de Jongh, transplantatiecoördinator; J.A.M. Bollen, aios anesthesie, postgraduaat Gezondheidsrecht en gezondheidsethiek; prof.dr. W.N.K.A. van Mook, hoogleraar Professionele ontwikkeling en regionaal coördinerend donatie-intensivist. AMC/VUmc, afdeling Chirurgie, Amsterdam: prof.dr. L.W.E. van Heurn, hoogleraar Kinderchirurgie en transplantatiechirurg [lid werkgroep richtlijn Orgaandonatie na euthanasie]. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casuïstiek

Let op alarmsymptomen bij kinderen met buikpijn

Lisette Leeuwen, Jacqueline van Holten, Jan Loeffen, Amerik de Mol, Claudia Keyzer-Dekker

Chronische buikpijn is een van de meest voorkomende klachten bij kinderen. Bij negen van de tien kinderen met acute of chronische buikpijn vinden huisartsen geen somatische oorzaak en volgt de diagnose functionele buikpijn. Toch is het van groot belang om bij een kind met acute of chronische buikklachten altijd alarmsymptomen uit te vragen. Samen met afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek maken die spoedoverleg met de kinderarts of chirurg en mogelijk een spoedverwijzing noodzakelijk.



Figuur

Peroperatief beeld van de abdominale tumor die de chirurg bij de patiënt aantrof

CASUS

Een 6-jarige jongen met blanco voorgeschiedenis komt op het spreekuur vanwege buikpijn waar hij al ruim twee maanden last van heeft. Eén week geleden was de huisarts al gestart met macrogol in verband met buikpijn-klachten in combinatie met een verminderde defecatiefrequentie en dunne- re, pijnlijke ontlasting. Daarna was een vervolgspraak voor over twee weken gemaakt. Nu komt de patiënt eerder terug op het spreekuur omdat de buik- pijn verergerd is, hij last heeft van bijkomende klachten en zijn moeder zich zorgen maakt. De buikpijn was sinds de vorige afspraak langzaam verergerd, is nu duidelijk gelokaliseerd linksonder in de buik en continu aanwezig. Er is geen sprake van vervoerspijn. Gedurende twee maanden is de ontlasting veranderd en er is sprake van een verminderde defecatiefrequentie en een moeizamere dunnere, pijnlijke ontlasting met geregeld een loze aandrang. De behandeling met macrogol heeft geen verbetering gegeven en er is sinds vandaag ook rectaal bloed- en slijmverlies. De patiënt braakt niet. Hij heeft een verminderde eetlust en er is sprake van gewichtsverlies [onduidelijk is hoeveel]. Vanochtend voelde de patiënt volgens zijn moeder warm aan, maar ze had de temperatuur niet gemeten. De overige tractusanamnese is niet afwijkend. De familieanamnese vermeldt dat moeder onlangs de diagnose de ziekte van Crohn heeft gekregen. Binnen de familie komen geen gevallen van kanker op kinder- of jongvolwassen leeftijd voor. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een heldere, wat bleke jongen die geen ernstig zieke indruk maakt, maar erg stil is. Zijn lengte is 116 cm, hij weegt 21 kg [hij is in twee maanden 4 kg afgevallen [-16% van het lichaamsgewicht]] en hij heeft een temperatuur van 39,6 °C. Hij heeft een slanke buik, waarin spaarzame peristaltiek te horen is, en bij palpatie is er een drukpijnlijke weerstand linksonder in de buik, zonder tekenen van peritoneale prikkeling. Vanwege de anamnese met alarmsymptomen en de afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek zijn er genoeg aanwijzingen om te denken aan een ernstig somatisch probleem. Na overleg met de kinderarts stuurt de huisarts de patiënt door naar de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH). De differentiële diagnose daar luidt: de ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, infectieuze colitis, dan wel een invaginatie. Op de SEH doet de dienstdoende arts verder aanvullend bloed- en beeld- vormend onderzoek. Uit het laboratoriumonderzoek blijkt het volgende: een hemoglobine van 5,2 mmol/l [normaal: 6,3-8,4 mmol/l], leukocyten van 7,3 x 10⁹/l [normaal: 4,3-11,4 x 10⁹/l], trombocyten van 471 x 10⁹/l [normaal: 200-370 x 10⁹/l] en een CRP van 12 mg/l [normaal: < 10 mg/l]. Bij aanvul- lende echografie van de buik is het beeld van een invaginatie zichtbaar. Hier- op verwijst de arts de patiënt door naar een kinderchirurgisch centrum voor nadere diagnostiek en behandeling van de invaginatie. Daar blijkt dat het om een colocolische invaginatie gaat, die met een coloninloopprocedure slechts partieel is op te heffen. Als volgende stap kiest de kinderchirurg voor chirur- gische behandeling. Daarbij blijkt dat de invaginatie op een tumor berust. De chirurg besluit tot resectie van het darmgedeelte met tumor van in totaal 20 cm [figuur], die zij instuurt voor pathologisch onderzoek. Hieruit volgt de diagnose diffuus grootcellig B-cellymfoom. De eerder gevonden anemie bij deze patiënt is dan ook het meest waarschijnlijk multifactorieel van aard en wordt veroorzaakt door de maligniteit, de al langer bestaande verminderde intake en het rectale bloedverlies. Het verdere postoperatieve beloop is ongecompliceerd en de patiënt gaat voor oncologische behandeling naar de afdeling kinderoncologie. Daar krijgt hij verschillende kuren chemotherapie, waarmee het B-cellymfoom met succes wordt behandeld.

Chronische buikpijn is een van de meest voorkomende klachten bij kinderen, waarbij de huisarts in de meeste gevallen geen somatische oorzaak vindt. In de casus komt een zesjarige jongen op het spreekuur met chronische buikpijnklaften met alarmsymptomen. Ondanks de chroniciteit van de buikklachten heeft deze patiënt een ernstige onderliggende aandoening, een colocolische invaginatie, die blijkt te berusten op een diffuus grootcellig B-cellymfoom. Deze casus laat zien dat het essentieel is om bij zowel acute als chronische buikpijnklaften goed te letten op alarmsymptomen, zoals beschreven in de NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. De Standaard noemt de volgende alarmsymptomen: hevige buikpijn, een ernstig zieke indruk, bloed/gallig braken, sufheid, rectaal bloedverlies, koorts en aanhoudend braken.¹ De richtlijn Functionele buikpijn van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) vermeldt daarnaast de volgende anamnesticke alarm-symptomen: ongewild gewichtsverlies, chronische diarree (≥ drie keer per dag waterige ontlasting, langer dan twee weken),



Het uitvragen van alarmsymptomen is essentieel bij kinderen die met acute of chronische buikpijn op het spreekuur komen. Foto: iStock

DE KERN

- Het blijft essentieel om alarmsymptomen uit te vragen bij kinderen die op het spreekuur komen met acute of chronische buikpijnklaften.
- De aanwezigheid van alarmsymptomen in combinatie met afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek vormt een indicatie voor spoedoverleg met de kinderarts of chirurg, met zo nodig spoedverwijzing.
- Een invaginatie bij kinderen buiten de typische leeftijdsgroep [drie maanden tot en met twee jaar] of een ongebruikelijke locatie van de invaginatie zijn redenen om te denken aan een onderliggende oorzaak van de invaginatie.

gewrichtsklaften en een positieve familieanamnese voor inflammatoire darmziekten, coeliakie of familiale mediterrane koorts,² die ook de NHG-Standaard noemt als aanwijzingen voor een somatische oorzaak van buikpijn.¹

BESCHOUWING

De prevalentie van chronische buikpijn bij kinderen van twee tot en met achttien jaar varieert van 0,3 tot 19%, afhankelijk van de gehanteerde definitie.³ Bij 90% van de kinderen met chronische buikpijn vindt men geen somatische oorzaak en stelt de arts de diagnose functionele buikpijn.⁴ De aanwezigheid van alarmsymptomen vormt echter een belangrijke aanwijzing voor een somatische oorzaak. In de casus kan de lokalisatie van de pijn linksonder in de buik op obstipatie wijzen. De patiënt had echter eveneens meerdere symptomen die kunnen wijzen op een onderliggende somatische aandoening:

Bij 90% van de kinderen met chronische buikpijn vindt men geen somatische oorzaak

ning: rectaal bloedverlies, koorts, ongewild gewichtsverlies en een positieve familieanamnese voor inflammatoire darmziekten. Daarnaast vindt de huisarts bij lichamelijk onderzoek een palpabele massa linksonder in de buik. Wij denken dat de aanwezigheid van alarmsymptomen in combinatie met afwijkende bevindingen na lichamelijk onderzoek bij een kind met buikpijn altijd een reden moet zijn tot spoedoverleg met de kinderarts of chirurg, waarna u de patiënt zo nodig met spoed moet verwijzen. Een ileocaecale invaginatie is de meest voorkomende oorzaak van intestinale obstructie bij jonge kinderen, die voornamelijk optreedt wanneer kinderen tussen de drie maanden en twee jaar oud zijn.^{5,6} In het grootste gedeelte van de gevallen betreft het een idiopathische invaginatie, maar in ongeveer 6% van

de gevallen vindt men een pathologisch *leading point*.^{5,7} Een colocolische invaginatie zien we slechts bij 1% van de kinderen met een invaginatie en heeft vaak een onderliggende oorzaak.^{6,8,9} Uit literatuur blijkt dat een juveniele poliep het meest frequent als onderliggende oorzaak voorkomt,^{8,9} maar verschillende case reports beschrijven ook een maligniteit.⁹ Echografisch onderzoek is het meest aangewezen aanvullende onderzoek voor de diagnose invaginatie. Wanneer er geen contra-indicaties zijn, zoals verschijnselen van peritonitis,

Alarmsymptomen zijn: hevige buikpijn, een ernstig zieke indruk, bloed/gallig braken, sufheid, rectaal bloedverlies en aanhoudend braken

probeert de radioloog met een coloninlooppcedure de invaginatie te reponeren. Bij aanwezigheid van een onderliggende oorzaak is de coloninlooppcedure echter vaak niet succesvol, en moet chirurgische behandeling plaatsvinden.^{5,7,8} Omdat het risico op een onderliggende oorzaak groter is, moet men na behandeling bij kinderen met een leeftijd onder de drie maanden of boven de twee jaar, of bij een ongebruikelijke locatie van de invaginatie, altijd aanvullend onderzoek naar een eventueel onderliggende oorzaak verrichten.

CONCLUSIE

De casus illustreert dat het essentieel is om altijd alarmsymptomen uit te vragen bij kinderen die met acute of chronische buikpijnklaften op uw spreekuur komen. De aanwezigheid

van alarmsymptomen in combinatie met afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek maakt spoedoverleg met de kinderarts of chirurg noodzakelijk, zo nodig gevolgd door spoedverwijzing. Daarnaast laat deze casus zien dat u bij een invaginatie bij kinderen buiten de typische leeftijdsgroep of een ongebruikelijke locatie, extra alert moet zijn op onderliggende pathologie. ■

DANKBETUIGING

Wij bedanken Marjon Evera-Preesman en Marieke Gieteling voor hun hulp bij het schrijven van dit artikel.

LITERATUUR

1. Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. Utrecht: NHG, 2012. www.nhg.org
2. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Richtlijn: Functionele buikpijn. Utrecht: NVK, 2015.
3. Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NJ. The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1868-75.

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

Leeuwen L, Van Holten J, Loeffen JL, De Mol AC, Keyzer-Dekker CM. Let op alarmsymptomen bij kinderen met buikpijn. *Huisarts Wet* 2018;61(2):53-5. DOI:10.1007/s12445-017-1043-2. Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling kinderchirurgie, Rotterdam: L. Leeuwen, anias kinderchirurgie, l.leeuwen1@gmail.com; dr. C.M.G. Keyzer-Dekker, kinderchirurg. Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling radiologie, Rotterdam: J. van Holten, radioloog. Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling kinderoncologie, Rotterdam: dr. J.L.C.M. Loeffen, kinderoncoloog. Albert Schweitzer Ziekenhuis, Afdeling kindergeneeskunde, Dordrecht: dr. A.C. de Mol, kinderarts-neonatalog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Ziektevrees

Errez Bar, Patrick Dielissen

In de huisartsenpraktijk melden zich regelmatig patiënten die gepreoccupeerd zijn met lichamelijke klachten. Sommigen zijn bang dat ze een ernstige ziekte hebben, maar huisartsen zien dat onderliggende probleem vaak over het hoofd en blijven dan steken in symptomatisch beleid. Een belangrijk onderscheid met andere klinische beelden waarbij de patiënt in beslag genomen wordt door lichamelijke klachten, zoals SOLK, is dat niet de belemmeringen vooropstaan, maar de angst voor ziekte. Om die angst te adresseren moet de huisarts niet alleen lef tonen, maar ook de juiste communicatietechnieken gebruiken. Met goede adviezen, cognitieve gedragstherapie en eventueel medicatie kan de patiënt belangrijke stappen zetten.

Ziektevrees, oftewel hypochondrie, is een sterke preoccupatie met of angst voor een ernstige ziekte zoals kanker, die in de regel voortkomt uit een verkeerde interpretatie van lichamelijke klachten.¹ In de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5) is de diagnose ‘hypochondrie’ vervangen door ‘ziekteangststoornis’.² Er is niet veel goed epidemiologisch onderzoek naar gedaan, maar de prevalentie in de huisartspraktijk ligt ergens tussen de 4 en 9%.^{1,3} Iemand die een ziekteangststoornis heeft, lijdt vaak erg onder de angst, en de omgeving ook. De stoornis kan aanzienlijke comorbiditeit (depressie) met zich meebrengen en leidt soms ook tot overmatige zorgconsumptie, maar is goed te behandelen met psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en eventueel medicatie.¹ Deze nascholing leert de huisarts hoe het ziektebeeld te herkennen bij patiënten die gepreoccupeerd zijn met lichamelijke klachten. Met gericht doorvragen en het effectief inzetten van

DE KERN

- Patiënten met ziektevrees (hypochondrie) lijden onder de voortdurende angst dat ze een ernstige ziekte hebben.
- Sommige patiënten met ziektevrees gaan vaak naar de huisarts, anderen mijden de dokter juist.
- Ziektevrees is goed te behandelen met psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en eventueel medicatie.
- Voordat de diagnose ‘ziekteangststoornis’ wordt gesteld, moet de patiënt adequaat medisch onderzocht zijn.

communicatietechnieken is het mogelijk tijdens het consult na te gaan of ziektevrees een rol speelt en vervolgens de focus te verleggen van de lichamelijke klachten naar het kernsymptoom: angst.

DIAGNOSE EN DIFFERENTIAALDIAGNOSE

‘Ziekteangststoornis’ is in de DSM-5 een van de diagnoses in groep ‘somatisch-symptoomstoornis en aanverwante stoornissen’.² De criteria (zie [tabel 1]) overlappen gedeeltelijk met die van andere stonissen waarin preoccupatie met lichamelijke klachten een rol speelt, zoals de paniekstoornis of somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). De

Ziektevrees vraagt om een andere aanpak dan SOLK

kern van de ziekteangststoornis is de angst voor een ernstige ziekte en de behoefte aan geruststelling. Het verschil met de paniekstoornis is dat daarbij de angst aanvalsgewijs optreedt en niet bijna continu aanwezig is. Het verschil met SOLK is dat daarbij de hinder van de klachten en het ontbreken van een goede verklaring vooropstaan. Huisartsen hebben de neiging om patiënten met ziektevrees op dezelfde wijze te benaderen als patiënten met SOLK. Op het eerste oog lijkt dat logisch, maar de problemen vragen om een verschillende aanpak (zie [tabel 2]). Hypochondrie is daarom ook opgenomen in de NHG-Standaard Angst en niet in de NHG-Standaard SOLK. SOLK vraagt een benadering die zich richt op het leren omgaan met lichamelijke klachten die door de huisarts niet lichamelijk verklaard kunnen worden. Bij ziektevrees moet de onderliggende angst centraal gesteld worden. Overigens kent een ziekteangststoornis een aanzienlijke comorbiditeit zoals depressie en andere angststoornissen wat de diagnostiek in de spreekkamer lastig kan maken.⁴

VERMIJDING VERSUS GERUSTSTELLING

Men kan patiënten met ziektevrees opdelen in twee categorieën, naar de wijze waarop zij omgaan met hun angst. Vermijders zijn geneigd alle prikkels buiten te sluiten die hen aan ziekte herinneren: zij vermijden programma’s, krantenartikelen en gesprekken over medische onderwerpen en gaan ook niet op bezoek naar een ziekenhuis. Soms mijden ze zelfs

Tabel 1 Criteria voor ziekteangststoornis volgens DSM-5²

- | | |
|---|--|
| 1 | Preoccupatie met het hebben of krijgen van een ernstige ziekte. |
| 2 | Lichamelijke klachten zijn niet aanwezig of als dit wel het geval is, slechts in lichte mate. Als er een somatische aandoening aanwezig is of een hoog risico om een somatische aandoening te ontwikkelen, is de preoccupatie duidelijk excessief of disproportioneel. |
| 3 | Er is een grote mate van angst over de gezondheid en de betrokkene is snel verontrust over de eigen gezondheidstoestand. |
| 4 | De betrokkene vertoont excessief gezondheidsgerelateerd gedrag (controleert bijvoorbeeld herhaaldelijk het lichaam op tekenen van ziekte) of maladaptieve vermijding (vermijdt bijvoorbeeld doktersafspraken). |
| 5 | De preoccupatie met ziekte is minstens zes maanden aanwezig, maar de specifieke ziekte waarop de angst gericht is, kan in die periode veranderen. |
| 6 | De ziektegerelateerde preoccupatie kan niet beter worden verklaard door een andere psychische stoornis. |

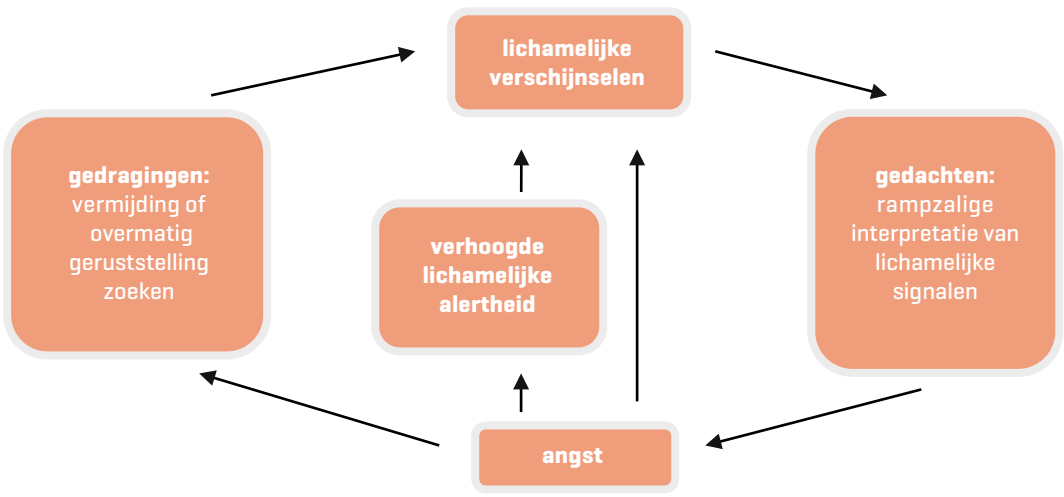
doktersbezoek als ze lichamelijke klachten hebben, uit angst dat deze klachten inderdaad op een ernstige ziekte duiden. Tegenover deze vermijders staan degenen die geruststelling zoeken. Deze patiënten proberen hun angst te verminderen door actief te zoeken naar de bevestiging dat ze niet ziek zijn. Dat kan bijvoorbeeld door de huisarts bij herhaling expliciet om geruststelling te vragen voor een lichamelijke klacht of voor de kans ziek te worden. Anderen zijn onafgebroken bezig het eigen lichaam op onregelmatigheden te controleren, op het internet naar verklaringen voor hun lichamelijke symptomen te zoeken of mensen in hun eigen omgeving om geruststelling te vragen. Als die laatste strategie tot irritatie en afwijzende reacties leidt, maken patiënten de vraag om geruststelling op den duur vaak impliciet om negatieve reacties te voorkomen. De patiënt noemt dan bijvoorbeeld subtiel een lichamelijke klacht tegen de partner om te zien of deze gealarmeerd raakt; als die reactie uitblijft, wordt dat geïnterpreteerd als een impliciete geruststelling. Patiënten gebruiken die subtiel strategieën ook in de spreekkamer, waardoor de onderliggende angst nooit helemaal op tafel zal komen als de huisarts die niet exploreert. Ondanks de verschillen in omgangsstijl hebben de vermijders en degenen die geruststelling zoeken wel iets gemeen, namelijk een verhoogde alertheid op lichamelijke signalen. Zij neigen ernaar hun lichaam steeds in de gaten te houden om het signaal van een gevreesde ziekte tijdig op te pikken.

VICIEUZE CIRKEL

De ziektevrees kan zichzelf in stand houden doordat het gedrag van vermijding of geruststelling zoeken en de verhoogde lichamelijke alertheid een vicieuze cirkel gaan vormen (zie de [figuur]).⁵ De patiënt interpreteert lichamelijke verschijnselen als tekenen van een ernstige ziekte, de angst voor een ernstige ziekte leidt tot selectieve aandacht voor de meest angstaanjagende symptomen. Op de korte termijn verhoogt dit het

Verhoogde lichamelijke alertheid houdt een vicieuze cirkel in stand

gevoel van controle omdat ze ‘er op tijd bij zijn’, maar op de lange duur gaat die verhoogde waakzaamheid zich ook richten op signalen die een gezond lichaam weleens afgeeft en wordt de angst voor de ziekte juist versterkt. Vermijdende patiënten voelen zich tijdelijk beter als ze prikkels buitensluiten die hen herinneren aan de ziekte. Zo ontlopen ze de confrontatie met hun angst, maar ze leren niet hoe die angst te verdragen of zichzelf gerust te stellen en daardoor zijn ze genoodzaakt de vermijdingsstrategie te blijven gebruiken. Patiënten die overmatig geruststelling zoeken, zijn in het begin vaak daadwerkelijk gerustgesteld als de huisarts niets



Figuur

Vicieuze cirkel van ziekteangst⁵



Goede communicatietechnieken zijn belangrijk bij patiënten met ziektevrees.

Foto: iStock

vindt. De ervaring leert echter dat die geruststelling tijdelijk is en steeds korter duurt. Er treedt gewenning op en er is steeds meer geruststelling nodig om het gewenste effect te bereiken. In die zin kan ziektevrees kenmerken krijgen van een verslaving.

EFFECTIEVE COMMUNICATIE

Bij patiënten met een ziekteangststoornis is het de belangrijkste taak van de huisarts een paradigmaverschuiving te realiseren van de lichamelijke preoccupatie naar het omgaan met de angst. Dat is een communicatieve uitdaging die veel geduld, empathisch vermogen en vasthoudendheid vergt. De eerste stap is met rust en vertrouwen naar de patiënt te luisteren, in te gaan op wat deze inbrengt en de last te erkennen die deze rapporteert. *‘Ik hoor u zeggen dat u de laatste twee weken herhaaldelijk last heeft van buikpijn. Ik wil het er graag wat uitgebreider over hebben.’*

Tabel 2 Ziekteangststoornis, SOLK en paniekstoornis vergeleken

	Ziekteangststoornis	SOLK	Paniekstoornis
Angst	per definitie aanwezig	niet noodzakelijk	per definitie aanwezig
Lichamelijke klachten	mogelijk, maar niet noodzakelijk aanwezig	per definitie aanwezig	per definitie aanwezig, maar alleen tijdens aanvallen
Hulpvraag	geruststelling	verklaring voor klachten	geruststelling
Preoccupatie	vrees voor ziekte	hinder van de klachten, beperkingen	vrees voor een volgende aanval (angst voor de angst)
Gedrag	lichaam controleren en geruststelling zoeken	herhaaldelijk zoeken naar een verklaring	situaties vermijden
Geruststelling	kortdurend of weinig effectief	is niet wat de patiënt zoekt	kortdurend of weinig effectief tijdens een aanval
Prognose	goed	goed	zeer goed
Benadering	focus op behandeling van angst door cognitie gedragstherapie	exploratie van cognities, rationeel uitleggen	focus op behandeling van angst door cognitieve gedragstherapie

Dit ‘meeveren’ is essentieel. Pas als de patiënt voelt dat de somatisch gerichte hulpvraag serieus genomen wordt, kan hij zich openstellen voor een benadering van de emotionele lijdenslast. Een volgende stap is de emotie te benoemen die bij de patiënt wordt waargenomen. *‘Ik zie aan de wijze waarop u me over uw klachten vertelt, dat dit voor u gepaard gaat met de nodige spanning. Klopt dat?’* Deze vraag geeft de eerste aanzet om de angst achter de hulpvraag centraal te stellen. De huisarts vergewist zich ervan of zijn interpretatie van de waargenomen spanning correct is en creëert een ingang om met de patiënt te kijken naar een onderliggende angst. Als de patiënt deze interpretatie bevestigt, kan de huisarts toestemming vragen daar verder op in te gaan. *‘Zojuist heb ik u laten weten dat ik me geen zorgen maak dat uw klachten worden veroorzaakt door een lichamelijke ziekte. Vindt u het goed dat we wat uitgebreider spreken over die spanning die u voelt?’*

De huisarts valideert de lijdenslast van de patiënt en denkt met hem mee. Dat is een eerste stap op weg naar een gezamenlijke formulering van het probleem – angst voor ziekte – en het beleid – hoe met deze angst om te gaan. Voor het behandelplan zijn er verschillende opties. De huisarts kan de patiënt zelf begeleiden in een kortdurend traject met psycho-educatie of medicatie, of doorverwijzen naar een poh-ggz of gz-psycholoog voor cognitieve gedragstherapie. De duur van het hierboven geschetste proces, herkenning van een preoccupatie met lichamelijke klachten, vragen aan de patiënt of angst een rol speelt, gezamenlijk het probleem definiëren en tot slot een behandelplan opstellen, kan per patiënt zeer verschillen.

BESCHOUWING

Voordat überhaupt de diagnose ‘ziekteangststoornis’ gesteld kan worden, moet er een adequaat medisch onderzoek zijn uitgevoerd waarin somatische oorzaken zijn uitgesloten. Deze stap kan in de praktijk voor zowel de patiënt als de huisarts lastig zijn. Bij diagnostische onzekerheid kan bij beiden de angst spelen dat men iets over het hoofd heeft gezien of dat het toch om een zeldzame aandoening gaat. Het vraagt dan moed van de huisarts om te beseffen dat geruststelling niet werkt bij patiënten met ziektevrees en dat nieuwe onderzoeken of verwijzingen de angst eerder zullen versterken dan verminderen. Huisartsen voelen zich niet zelden machteloos tegenover patiënten die om geruststelling blijven vragen. Essentieel is het moment in het diagnostisch denken waarop men de klachten niet meer als een medisch probleem ziet maar als een angstprobleem. [Tabel 3] toont de werkzame interventies. In de huisartsenpraktijk kan de basis gelegd worden voor een geleidelijke vermindering van de angst en het vermijdingsgedrag. De huisarts kan zelf stappen zetten zoals psycho-educatie – uitleggen dat ziekteangststoornis bestaat en wat die inhoudt, uitleggen hoe de preoccupatie met lichamelijke signalen de angst voedt. In de behandeling is samenwerking met een poh-ggz of gz-psy-

Sommige patiënten blijven ook na behandeling frequent om geruststelling vragen

choloog sterk aan te bevelen. Psychologische behandeling, psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie en stressmanagement zijn het effectiefst (gemiddelde effectgrootte d = 0,86), SSRI's zijn ook effectief (paroxetine is het best onderzocht: d = 0,56).

PRAKTISCHE ADVIEZEN

Laat merken dat je de patiënt serieus neemt in diens somatische hulpvraag. Verleg de focus pas naar de onderliggende angst na zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek. Laat vervolgens merken dat je de patiënt serieus neemt in

Tabel 3 Werkzame interventies bij ziektevrees¹

Psycho-educatie	informatie over ziektevrees bespreken van de rol van cognities en angst
Cognitieve gedragstherapie	onderzoeken van irrationele gedachten toetsen van irrationele gedachten en vervangen door alternatieven gedragsexperimenten voor het verminderen van vermijdingsgedrag gedragsexperimenten voor het verminderen van geruststellingsbehoefte
Stressmanagement	relaxatietraining, probleemoplossing en assertiviteitstraining
Medicatie	paroxetine 20-60 mg per dag

diens psychisch lijden door toestemming te vragen dit lijden tot onderwerp van gesprek te maken. Creëer veiligheid: stel de patiënt gerust over diens klachten en geef een duidelijke instructie wat te doen als de klachten veranderen.

De diagnose kan pas gesteld worden als somatische oorzaken zijn uitgesloten

Bespreek de diagnose ‘ziekteangststoornis’ met de patiënt, geef aan dat deze te behandelen is en wat de huisarts zelf, de poh-ggz of de gz-psycholoog daaraan kunnen bijdragen. Houd contact en vraag proactief of de patiënt je over enige tijd wil informeren over het beloop. Als een patiënt ook later frequent om geruststelling blijft vragen, bespreek dan hoe dit de ziektevrees in stand houdt en spreek af onder welke voorwaarden de patiënt om geruststelling mag komen vragen. ■

LITERATUUR

- 1. Multidisciplinaire richtlijn somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- 2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington (VA): APA, 2013. [Nederlandse vertaling: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5. Amsterdam: Boom, 2014.]
- 3. Kellner R. Somatization and hypochondriasis. New York: Praeger, 1986.

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

Bar E, Dielissen PW. Ziektevrees. Huisarts Wet 2018;61(2):56-9. DOI: 10.1007/s12445-018-0011-9. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: E. Bar, GZ-psycholoog en gedragwetenschappelijk docent; dr. P.W. Dielissen, huisarts-onderzoeker, Patrick.Dielissen@radboudumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Serie therapie van alledaagse klachten

Behandeling van aspecifieke nekpijn

Tjeerd de Jongh, Arianne Verhagen

Er zijn verschillende behandelingen voor aspecifieke nekpijn zonder uitstraling.

Foto: iStock

**Nekpijn komt veel voor. De huisarts kan dit op verschillen-
de manieren behandelen. Dit artikel zet de behandelmetho-
den van aspecifieke nekpijn zonder uitstraling op een rijtje.
Hieronder vallen ook aan whiplash gerelateerde aandoe-
ningen (WAD), cervicale artrose en discopathie. Bij deze
aandoeningen is er weinig verband tussen de afwijkingen
op de röntgenfoto of MRI-scan en de klachten.**

Huisartsen in Nederland passen de volgende behandelingen
het meest toe (combinaties mogelijk): fysiotherapie (51%) me-
dicatie (42%), afwachten (23%), en adviezen over houdings-
verbetering (22%), actief blijven (22%), rust houden (18%) of
oefeningen (9%).¹

SCALA AAN ADVIEZEN

Het is zinvol om de patiënt met adviezen te activeren
en werkverzuim te voorkomen.³ De adviezen omvatten
houdingsadviezen (geen tassen dragen, juiste zithouding,
armondersteuning, niet te lang dezelfde houding) en *slaapposi-
tie* (op de rug met een klein kussentje). Deze adviezen zijn
gebaseerd op ervaring, er is weinig bewijs voor de effectiviteit
ervan.^{4,5}

Hulpmiddelen

Standaardgebruik van een *nekkraag* (hard, semihard of zacht)
moet niet worden gestimuleerd. De effecten zijn waarschijnlijk

CASUS DE HEER JANSEN

De heer Jansen is een 25-jarige man met een blanco voorgeschiedenis.
Tien dagen geleden kreeg hij een auto-ongeluk, waarbij hij van achteren
is aangereden. Eerst had hij alleen last van pijn en stijfheid. Nu heeft
nog zeer hinderlijke pijn in de nek. De heer Jansen denkt dat hij een
whiplash heeft en vraagt om behandeling. Bij onderzoek vindt de huis-
arts pijnlijke, stijve nekspieren maar verder geen bewegingsbeperking
of andere (neurologische) afwijkingen.

zeer beperkt en er kan, zeker bij chronische klachten, afhanke-
lijkheid optreden.^{3,6,7}

Oefentherapie

Bij chronische nekpijn zijn activerende en functiegerichte be-
handelingen zinvol, deze geven een betere prognose dan rust
en immobilisatie.^{3,4,8,9}

Massage

Massage is mogelijk zinvol (bewijs van laag niveau), vooral in
combinatie met andere behandelvormen.^{3,10} Het effect is van
korte duur.

Manipulatie en mobilisatie

Cervicale *mobilisatietechnieken* zijn effectiever dan tractie,
maar niet effectiever dan andere behandelingen (acupunctuur,
ultrageluid, massage, oefentherapie) bij subacute en chroni-
sche nekklasten (bewijs van erg laag niveau)^{3,11} Onderzoe-

Schema met behandel mogelijkheden bij aspecifieke nekpijn²

Interventie	Opmerkingen	Winst	Bewijs
Sterke aanbeveling Houdingsadviezen	Houdingen vermijden die pijn geven	substantieel	expertpanel
Matige/zwakke aanbeveling Oefentherapie	Bij langer durende pijn, stimulerende spierversterkende oefeningen	gemiddeld	matig
Mobilisatie/manipulatie	Vele mobilisatie- en manipulatietechnieken	gemiddeld	matig
Acupunctuur	Kortdurend effect	klein	goed
Tape	Kinesiotape bij klachten die samenhangen met acuut trauma	klein	matig
Cognitieve gedragstherapie		klein	matig
Pijnstillers	Om activiteit te bevorderen	klein	expertpanel
Lokaal anestheticum (lidocaine)	Lokale injectie in pijnpunt (intramusculair)	gemiddeld	matig
Negatieve aanbeveling Nekkraag	Geeft mogelijk afhankelijkheid	negatief	matig
Dry needling		geen	goed
Tractie		geen	matig
Spierontspanner (diazepam)		geen	matig
Geen aanbeveling, effect onbekend Massage		onduidelijk	laag
Warmte-/koudebehandeling		onduidelijk	laag
Elektrotherapie (TENS)		onduidelijk	matig
Laserbehandeling		onduidelijk	laag
Ultrageluid		onduidelijk	laag
Antidepressiva		onduidelijk	matig

kers vonden geen verschillen in effectiviteit tussen de verschil-
lende mobilisatietechnieken.^{3,11} Mobilisatie lijkt vooral zinvol
bij ouderen en/of mensen die veel pijn hebben.¹²
Manipulatie van de thoracale en/of cervicale wervelkolom
is effectief bij patiënten met acute en chronische nekpijn in
combinatie met oefentherapie (bewijs van matige kwaliteit).^{3,11}
Er is twijfel of er bij krachtige, hoogcervicale manipulaties een
heel klein risico is op zeer ernstige complicaties.^{3,11,13}

Tractie

Tractie wordt gegeven door trekkracht uit te oefenen op de
nek, dit kan continu of intermitterend zijn. Er is matig bewijs
dat tractie niet effectiever is dan placebobehandelingen.^{3,4,14}

Elektrotherapie

Er zijn vele vormen van elektrotherapie, in Nederland wordt
Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) het
meest gebruikt. Bij onderzoek zijn de resultaten zeer wisse-
lend,¹⁵ maar in het algemeen is er geen verschil in effect ten
opzichte van placebo of geen behandeling (bewijs van erg laag
niveau).³

Acupunctuur

Er is bewijs van laag niveau dat acupunctuur op korte termijn
effectiever is dan placeboprikken bij chronische nekpijn.⁴

Lasertherapie/ultrageluid/shockwave

Er is bewijs van (zeer) laag niveau dat deze behandelingen
effectiever zijn dan placebobehandelingen.^{3,16}

Dry needling

Er is bewijs van goed niveau dat dry needling niet effectiever
is dan placebo.^{3,17}

Tape

Elastische therapeutische tape (kinesiotape) kan zinvol zijn bij
de behandeling van nekpijn die samenhangt met acuut trauma
(matige niveau van bewijs).^{3,18-20}

Warmte-/koudeapplicaties

In onderzoek kon niet worden aangetoond dat warmte-/koude-
applicaties zinvoller zijn dan placebo bij chronische nekpijn.^{3,4,17}

PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES

Cognitieve gedragstherapie. Er is enig bewijs dat cognitieve
gedragstherapie effectiever is dan geen behandeling wat betreft
pijnreductie en psychologische belasting.^{3,21}

Medicamenteuze behandeling

Er is weinig goed onderzoek gedaan naar medicatie bij de
behandeling van aspecifieke nekpijn.

Diagnostische vertraging longembolie

1. Hendriksen et al. analyseerden alle patiëntcontacten drie maanden voorafgaand aan de diagnose longembolie. Het aantal dagen tussen het eerste relevante patiëntencontact en de diagnose longembolie was de tijd die de huisarts nodig had om de diagnose te stellen. Hoe definieerden zij het eerste relevante patiëntencontact?

a. met risicofactoren voor longembolie.

b. waarbij de huisarts een longembolie overwoog.

c. met symptomen die passen bij longembolie.
2. Anamnese en lichamelijk onderzoek hebben slechts een beperkte voorspellende waarde voor het stellen van de diagnose longembolie. De NHG-Standaard geeft daarom de klinische beslislregel als hulpmiddel. Hoe helpt de beslislregel de huisarts?

a. Hiermee kan een longembolie worden uitgesloten, maar niet aangetoond.

b. Hiermee kan een longembolie worden aangetoond en uitgesloten.

c. De beslislregel maakt onderscheid maken tussen laag- en hoogrisicopatiënten.

d. De beslislregel berekent de kans op een longembolie.
3. Geïsoleerde kuitvenetrombose is gelokaliseerd onder de knie. Het bloedstolsel ontstaat in de distale kuitvenen. Het risico op uitbreiding van het bloedstolsel bij geïsoleerde kuitvenetrombose is gering en de kans op het ontstaan van een longembolie is klein. Het merendeel van stolsels lost vanzelf op. De behandeling is of medicamenteus of echografisch vervolgen. Welke behandeling adviseert de NHG-Standaard?

a. Echografisch vervolgen, pas bij aangroei behandelen.

b. Medicamenteus, anticoagulantia.

c. Geen voorkeur.
4. Een vertraagd gestelde diagnose longembolie in de huisartsenpraktijk heeft volgens Hendriksen et al. te maken met een hogere leeftijd en een presentatie waarbij thoracale klachten (POB en pijn bij de ademhaling) afwezig zijn. Wat is nog meer geassocieerd met een vertraagd gestelde diagnose?

a. Actieve maligniteit.

b. Recente luchtweginfectie.

c. Recente operatie.

d. Recente registratie ‘borstkassymptomen’ in het dossier.
5. Mevrouw Gerards (45 jaar) komt bij de huisarts met plotseling ontstane benauwdheidsklachten sinds een dag en pijn rechts op de borst bij diep zuchten. De voorgeschiedenis is blanco. De huisarts vindt bij lichamelijk onderzoek geen afwijkingen (hart, longen, kuit) en overweegt een longembolie. Hij gebruikt de beslislregel longembolie en komt tot 0 punten. Wat is het correcte vervolgbeleid?

a. Expectatief.

b. D-dimeer bepalen.

c. X-thorax laten maken.

d. Direct verwijzen naar de longarts.
6. Mevrouw Vermeer (28 jaar) is zeven dagen geleden bevallen. Sinds enkele dagen is zij kortademig en heeft pijn aan de linker thoraxhelft bij ademhaling. De huisarts overweegt een longembolie. Wat is het aangewezen beleid?

a. Bepalen van de risicoscore volgens de beslislregel longembolie (Wells regel).

b. Bepalen van de D-dimeer.

c. Verwijzen naar de specialist.
7. De heer Wessel, 48 jaar, heeft een verstandelijke beperking. Zijn begeleidster belt naar de praktijk. Zij vindt hem hevig kortademig en met een dik, rood been. Hij is niet bekend met longklachten of hartklachten. Onbekend is hoe lang de klachten al bestaan. Met welke urgentie moet de heer Wessel gezien worden?

a. U1 Levensbedreigend.

b. U2 Spoed.

c. U3 Dringend.

d. Afhankelijk van pijn bij ademhaling.
8. De heer Verdijk (57 jaar) komt bij de huisarts vanwege benauwdheidsklachten en een prikkelhoest sinds een dag. Doorzuchten geeft pijn rechts in de thorax. De ademfrequentie is 24/minuut, SaO2 94%. De pols is 120/min en temperatuur 37,3°C. Overig lichamelijk onderzoek (hart, longen, kuit): geen afwijkingen. De kuit is slank. De huisarts gebruikt de beslislregel longembolie om te bepalen of er een verhoogd risico is op een longembolie. Welk gegeven draagt bij aan verhoging van de risicoscore?

a. De hartfrequentie 120/minuut.

b. De pijn bij doorzuchten.

c. De SaO2 94%.

d. Mannelijk geslacht.

De antwoorden staan op pagina 74.

VERVOLG CASUS DE HEER JANSEN

Leg de heer Jansen uit dat de behandeling van door whiplash veroorzaakte nekpijn in principe dezelfde is als die van andere specifieke nekpijn. Adviseer de informatie na te lezen op www.thuisarts.nl/ikhebnekpijn. Stimuleer de patiënt zoveel mogelijk gewoon te blijven bewegen op geleide van de pijn en eventueel diclofenacgel te smeren of pijnstillers (paracetamol) te nemen als de pijn te hinderlijk wordt. Geef zonodig ook houdings- en bewegingsadviezen. Maak een controleafspraak na twee weken. Indien dan geen verbetering is opgetreden, is het zinvol fysiotherapie te adviseren.

- *Pijnstillers* (paracetamol, NSAID's) worden vaak oraal gebruikt, maar de effectiviteit is in onderzoek zeer wisselend en is bij nekpijn niet overtuigend bewezen.^{22,23} Waarschijnlijk zijn zij vooral zinvol als het normaal functioneren hierdoor wordt bevorderd. Diclofenacgel is bij acute nekpijn het meest zinvol.²⁴
- *Spierontspanners* (benzodiazepines) worden vaak 's nachts gebruikt. Er is echter geen bewijs voor de werkzaamheid, er zijn wel veel bijwerkingen en een risico op verslaving.²³
- *Antidepressiva*. Bij chronische nekpijn is er tegenstrijdige informatie over de effectiviteit van antidepressiva (tricyclisch of SSRI).²²

Een lokale intramusculaire injectie met lidocaïne in pijnpunten geeft (vergeleken met een placebo-injectie) een verbetering van de pijn gedurende enkele weken.²² ■

LITERATUUR

1. Vos CJ, Verhagen AP, Hermans GPH. Nekpijn. In: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, Knottnerus BJ (redactie). Diagnostiek van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
2. De Jongh TOH, Verhagen AP. Nekpijn. In: De Jongh TOH, De Vries H (redactie). Therapie van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
3. KNGF-richtlijn Nekpijn. Amersfoort: KNGF, 2016. www.kngfrichtlijnen.nl.

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

De Jongh TO, Verhagen AP. Behandeling van specifieke nekpijn. Huisarts Wet 2018;61(2):62-4. DOI: 10.1007/s12445-018-0008-4. LUMC, Leiden: T.O.H. de Jongh, ex-huisarts-docent, tohdejongh@tel-fort.nl. Erasmus MC, Rotterdam: dr A.P. Verhagen, senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

Blaren op handrug en knokkels

Uw diagnose



Foto: Marloes van den Sigtenhorst, waarnemend huisarts

Een 27-jarige vrouw bezoekt het spreekuur in verband met blaren op de handrug en knokkels. Ze gebruikt regelmatig alcohol en recent een furadantinekuur. De blaren verdrogen spontaan en laten harde gerstekorrels achter. Ze klaagt over jeuk. De klachten bestaan nu enkele maanden, ondanks het gebruik van klasse-4-corticosteroïden.

Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?

1. Epidermolysis bullosa acquisita
2. Porphyria cutanea tarda
3. Parapemfigus
4. Toxicodermie

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

Foto's gezocht

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

Bevorderen therapietrouw bij lipidenverlagers

Suzanne Marchal, Monika Hollander

Een te hoog cholesterol is een grote risicofactor voor hart- en vaatziekten. Lipidenverlagende medicatie verlaagt dat risico maar meer dan de helft van de patiënten behaalt de behandel­doelen niet, bijvoorbeeld door verminderde therapie­trouw. De auteurs van een Cochrane-review gingen daarom na wat het effect is van interventies om therapietrouw te bevorderen. Sommige interventies blijken effectief te zijn, al is het bewijs daarvoor niet waterdicht.

De auteurs vergeleken het effect van interventies op therapie­trouw bij lipidenverlagende medicatie met de gebruikelijke zorg. Effectieve interventies zouden de therapietrouw kunnen verbeteren. Dit vergt samenwerking in een team met onder andere de huisarts.

INTENSIEVERE PATIËNTENZORG

De auteurs selecteerden 35 gerandomiseerde trials (in totaal 92.5171 patiënten, met 30 tot 86.1894 patiënten per onder­zoek, gemiddelde leeftijd 49 tot 77 jaar).¹ De uitkomst was therapietrouw en werd gemeten door zelfrapportage, tellen van pillen of herhaalrecepten. De interventies waren gericht op intensievere patiëntenzorg (reminders voor inname van medicatie, multidisciplinaire pa­tiënteducatie, interventie door apothekers). Zij waren zowel op korte termijn (< 6 maanden) als op lange termijn (> 6 maan­den) effectiever dan de gebruikelijke zorg in het verbeteren van de therapietrouw bij lipidenverlagende medicatie (respec­tie­velijk OR 1,93; 95%-BI 1,29 tot 2,88 en OR 2,87; 95%-BI 1,91 tot 4,29), het verlagen van het totaal cholesterol (gemiddelde daling op korte termijn 0,44 mmol/L; 95%-BI 0,03 tot 0,86 en op lange termijn 0,45 mmol/L; 95%-BI 0,39 tot 0,52) en het verlagen van het LDL-cholesterol (gemiddelde daling op korte termijn 0,50 mmol/L; 95%-BI 0,22 tot 0,79). Interventies als een vereenvoudigd medicatieregime, complexe gedragsbene­dering en administratieve verbeteringen (overzicht voor arts van medicijngebruik en eigen bijdrage van patiënt) hadden geen effect. De meeste onderzoeken waren van voldoende tot hoge kwaliteit en toonden vergelijkbare uitkomsten. Er was grote variatie in type deelnemers, setting, interventies en uitkomst­maten. In de analyse werd daarmee rekening gehouden.

FOCUS OP THERAPIETROUW

De onderzoekers maten therapietrouw indirect (pillen tellen, aflevergegevens apotheek), subjectief (vragenlijsten) of aan de hand van fysiologische parameters (LDL-cholesterol). Geen van deze methodes is volledig betrouwbaar en het is dan ook de vraag hoe valide de gemeten uitkomsten zijn.² Bij gebrek aan een gouden standaard voor het meten van therapietrouw moeten we het met de huidige bewijslast doen. De focus op

therapietrouw is van belang gezien de ontwikkeling van dure alternatieven als ‘oplossing’ voor het probleem, zoals PCSK-9-remmers. Voor patiënten die bij drie of meer statines bijwer­kingen hebben, kunnen PCSK9-remmers een goed alternatief zijn.³ PCSK9-remmers zijn echter geen middel om therapie­trouw op zichzelf te bevorderen. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) adviseert om de therapietrouw te evalueren als de behandel­doelen niet worden gehaald én jaarlijks na het behalen van de streefwaarde. De redenen waarom patiënten stoppen zijn een negatieve perceptie over het middel, bij­werkingen (spierpijn), te hoge doseringsfrequentie, polyfar­macie en beperkte medicatievergoeding.^{4,5} Ook depressie en cognitieve stoornissen kunnen een rol spelen. In geval van therapie­ontrouw helpen patiëntenvoorlichting en -motivatie waarschijnlijk. De richtlijn gaat niet in op andere therapie­trouwbevorderende interventies. In de CVRM-populatie is therapietrouw niet alleen een pro­bleem bij statines, maar ook bij antihypertensiva en anticoa­gulantia. Het probleem verdient dan ook een brede aanpak en deze past goed binnen de programmatische CVRM-zorg. De interventies in de Cochrane-review komen gedeeltelijk terug in deze programmatische zorg: transmurale samenwerking tussen huisarts en apotheker en tussen eerste en tweede lijn, adequate voorlichting aan de patiënt en het actief betrekken van de patiënt bij de eigen gezondheid. Het verband tussen deze elementen van programmatische CVRM-zorg en thera­pietrouw is nog niet wetenschappelijk onderzocht. ■

LITERATUUR

1. Van Driel ML, Morledge MD, Ulep R, Shaffer JP, Davies P, Deichmann R. Interventions to improve adherence to lipid-lowering medication. Cochrane Database Syst Rev 2016;12:CD004371.
2. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005;353:487-97.
3. Stroes E, Colquhoun D, Sullivan D, Civeira F, Rosenson RS, Watts GF, et al. Anti-PCSK9 antibody effectively lowers cholesterol in patients with statin intolerance: The GAUSS-2 randomized, placebo-controlled phase 3 clinical trial of evolocumab. J Am Coll Cardiol 2014;63:2541-8.
4. Mauskop A, Borden WB. Predictors of statin adherence. Curr Cardiol Rep 2011;13:553-8.
5. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. www.nhg.org.

Marchal S, Hollander M. Bevorderen therapietrouw bij lipidenverlagers. Huisarts Wet 2018;61[2]:66. DOI:10.1007/s12445-018-0017-3. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde: S. Marchal, aiotho; M. Hollander, kaderhuisarts hart- en vaatziek­ten en onderzoeker, s.marchal@umcutrecht.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld. Deze bijdrage is een PEARLS, bruikbare wetenschap op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Minder antibiotica bij luchtweginfecties

Eefje de Bont

CRP- en procalcitoninetests en gezamenlijke besluitvorming leiden tot een kwart minder antibioticavoorschriften van huisartsen voor patiënten met luchtweginfecties. Dat is de conclusie van deze Cochrane-review, het eerste systematisch vergelijkend overzicht van deze interventies. Dit is belang­rijk want om antibioticaresistentie tegen te gaan, moeten (huis)artsen minder antibiotica voorschrijven. Als u morgen uw voorschrijfgedrag bij luchtweginfecties wilt verbeteren, dan laat dit onderzoek zien dat praten en prikken helpt. Patiënten zijn hierdoor niet minder tevreden en komen niet vaker terug.

VOORSCHRIJFGEDRAG

De auteurs voerden een Cochrane-review uit waarbij zij alle systematische literatuuronderzoeken includeerden die waren gericht op interventies bij luchtweginfecties in de huisart­senpraktijk.¹ De interventies waren in dit geval allemaal gericht op de voorschrijver. Acht reviews van in totaal 44 gerandomiseerde onderzoeken werden meegenomen. De resultaten waren van gemiddelde kwaliteit en toonden dat CRP-tests (RR 0,78; 95%-BI 0,66 tot 0,92; 3284 patiënten, 6 trials), gezamenlijke besluitvorming (RR 0,44; 95%-BI 0,26 tot 0,75; 3274 patiënten, 3 trials) en procalcitoninetests (OR 0,10; 95%-BI 0,07 tot 0,14; 1008 patiënten, 2 trials) leiden tot minder voorschriften door huisartsen. Het absolute effect van de gevonden interventies was volgens de auteurs niet groot, gemiddeld ongeveer 25% minder antibioticavoorschriften, maar wel klinisch relevant. Zij vonden weinig tot geen verschil in vervolgsconsulten en patiënttevredenheid. Interventies die waren gericht op verbeteren van kennis onder artsen en keuzemodellen waren te verschillend en van dusdanig matige kwaliteit dat deze niet vergelijkbaar waren. De auteurs konden evenmin uitspraken doen over de kosteneffectiviteit. Er is in Nederland geen sneltest beschikbaar voor procalcito­nine en gemiddelde voorschrijfpercentages liggen in een deel van de onderzochte landen hoger dan in Nederland. Doordat het een review van reviews is werden onafhankelijke, goed uitgevoerde onderzoeken helaas niet meegenomen. De onderzoeken in deze Cochrane-review zijn goed toepas­baar op de Nederlandse praktijk. Op basis van de bevindingen over patiënttevredenheid en reconsultatie kan in positieve zin geconcludeerd worden dat minder voorschriften in ieder geval niet leiden tot een lagere tevredenheid of meer consulten.

NAAR PRAKTISCHE ONDERZOEKEN

De auteurs stellen terecht dat voorschrijfgedrag van artsen complex is en dat beïnvloeding daarvan zich niet op een bepaald mechanisme moeten richten. De vraag is dan ook of voorschrijfgedrag met een type interventie verbeterd kan



Verschiedende interventies binnen een onderzoek betrouwbaar vergelij­ken is complex.

Foto: iStock

of moet worden. De conclusie dat 25% minder voorschriften weinig is, strookt hier niet volledig mee. Dit onderzoek laat zien dat het valide en betrouwbaar vergelijken van verschil­lende interventies binnen een onderzoek ook complex is. Bovendien lijkt het nog belangrijker dat zogenoemde mul­tifacetinterventies slecht tot niet toepasbaar zijn in de dage­lijkse praktijk. De vraag is eerder of we onze methoden van onderzoek in de huisartsenpraktijk niet kritisch onder de loep moeten nemen. Veel van de gebruikte interventies vallen min of meer onder de gebruikelijke zorg. Regels voor dit type onderzoek zouden in dit geval soepeler en minder complex moeten zijn. De huisarts kan daardoor met minder tot geen papierwerk en minimale moeite meedoen aan praktische on­derzoeken. Hierdoor kan de toepasbaarheid van de interven­ties in de praktijk meteen onderzocht worden en kunnen we ‘echte’ spreekkamerresultaten onderzoeken. ■

LITERATUUR

Tonkin-Crine SK, Tan PS, Van Hecke O, Wang K, Roberts NW, McCullough A, et al. Clinician-targeted interventions to influence antibiotic prescribing behaviour for acute respiratory infections in primary care: an overview of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2017;9:CD012252.

De Bont E. Minder antibiotica bij luchtweginfecties. Huisarts Wet 2018;61[2]:67. DOI:10.1007/s12445-018-0009-3. Maastricht University, afdeling Huisartsgeneeskunde: E. de Bont, arts-onder­zoeker, eefje.debont@maastrichtuniversity.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld. Dit is een Import: relevant nieuws uit buitenlandse bladen, vertaald naar de Nederlandse praktijk.

Weekdoos verbetert therapietrouw bij ouderen

Marieke Verlaan-Snieders

Zorgverleners signaleren regelmatig dat ouderen vergeten hun medicijnen in te nemen. Zij gebruiken vaak verschillen- de medicijnen, missen het overzicht en het kortetermijnge- heugen laat hen in de steek. Een weekdoos met medicijnen kan de therapietrouw verbeteren.

Het gebruik van een weekdoos leidt tot een toename in de therapietrouw onder ouderen in vergelijking met medicatie zonder herinneringsverpakking. Het is dus zinnig om dit ou- deren aan te raden. Baxterverpakkingen zijn een goed, maar duurder alternatief. Bij ernstige cognitieve problemen is het effect van herinneringsverpakkingen minder.

HERINNERINGSVERPAKKING WERKT

Een zoekopdracht in PubMed toonde dertig resultaten. De zoektermen waren: ‘drug packaging’ [Mesh] AND ‘medication adherence’ [Mesh], de limits: article types clinical trial en review. Bestuderen van de abstracts leverde vier relevante literatuuron- derzoeken op, waaronder een Cochrane-review uit 2011.¹ Nadien zijn nog twee relevante literatuuronderzoeken verschenen.^{2,3} Het vierde onderzoek is buiten beschouwing gelaten, omdat alle besproken artikelen ook in de andere onderzoeken terugkomen of een andere patiëntenpopulatie betreffen (psychiatrische pati- enten).⁴

De Cochrane-review includeerde twaalf onderzoeken met verschillende methoden van herinneringsverpakkingen (baxter, weekdoos), waaronder twee meta-analyses: over het effect op bloeddrukdaling bij antihypertensiva en over HbA1c-metingen bij orale antidiabetica. Beide uitkomstmaten verbeterden met een herinneringsverpakking, maar de auteurs maakten geen onder- scheid in de methode van verpakken. In vier van de geïnclu- deerde onderzoeken is een weekdoos gebruikt als interventie, bij slechts een onderzoek werd specifiek gekeken naar ouderen.⁵ Winland-Brown et al. keken naar ouderen met tekenen van thera- pieontrouw. Daarin vergeleken zij het gebruik van een weekdoos met inname zonder herinneringsmiddel. Resultaat: er was een significant verschil in het aantal vergeten medicamenten na een maand, drie en zes maanden.

Boeni et al. includeerden dertig onderzoeken over het effect van herinneringsverpakkingen op therapietrouw. Geen van deze onderzoeken is gepubliceerd na het verschijnen van de Cochrane-review. Exclusiecriteria waren minder stringent, zo zijn er ook cohortonderzoeken meegenomen. In deze onderzoeken werd opnieuw geen onderscheid gemaakt tussen de algemene en oude- re populatie of tussen de methodes van herinneringsverpakking. Deze review toonde een positief effect op zowel de therapietrouw als de klinische uitkomstmaten, maar de auteurs zetten zelf vraag- tekens bij de zwakke onderzoekskwaliteit en het ontbreken van bijvoorbeeld economische en veiligheidsuitkomstmaten.



Raad ouderen het gebruik van een weekdoos aan.

Foto: iStock

Zedler et al. voerden een meta-analyse uit met elf onderzoeken. De meta-analyse beperkt zich niet tot ouderen. Alle onderzoe- ken met psychiatrische patiënten zijn geëxcludeerd, en alleen onderzoeken met adequate effect sizes geïnccludeerd. Het aantal geïnccludeerde onderzoeken in deze meta-analyse is daarom kleiner. De therapietrouw nam significant toe. In een subgroep- analyse is het effect van weekdozen vergeleken met baxterver- pakkingen. Het effect van baxterverpakkingen bleek significant hoger, evenals de kosten in deze groep. Een andere subgroep- analyse liet zien dat het effect bij patiënten met cognitieve problematiek minder positief is.

DE WEEKDOOS WERKT

In de meta-analyses zijn heterogene patiëntengroepen ge- poold, dit bemoeilijkt een specifieke uitspraak over ouderen. De onderzoeken naar het effect van herinneringsverpakkin- gen onder ouderen tonen unaniem een positief effect. Alle reviews die gedaan zijn naar het effect van herinneringsver- pakkingen in vergelijking met inname van medicatie zonder herinneringsverpakking tonen een positief effect. Het enige onderzoek dat baxterverpakkingen vergelijkt met weekdozen, toont een gunstiger resultaat voor baxters. De kosten liggen met deze methode echter hoger. ■

LITERATUUR

De literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Verlaan-Snieders M. Weekdoos verbetert therapietrouw bij ouderen. Huisarts Wet 2018;61(2):68. DOI:10.1007/s12445-018-0012-8. Huisartsenpraktijk Verlaan, Haarlem: M.N.E. Verlaan-Snieders, kaderhuisarts ouderengeneeskunde. mverlaan@kcoetz.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld. Dit is een CAT, critically appraised topic, waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

Kennis vergroten van patiënten met nierschade

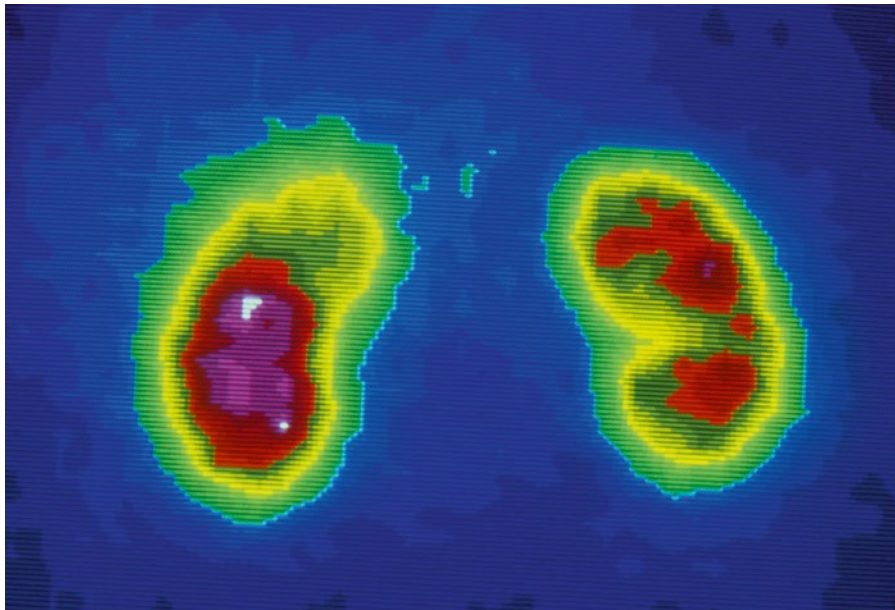
Carola van Dipten

Wat weten patiënten met nierschade zelf over hun aandoening? Als de huisarts hier- van op de hoogte is, kan hij zijn informatie daarop afstemmen. Een Nijmeegse onder- zoeksgroep zoekt het uit. De resultaten van hun onderzoek worden verwacht in het voorjaar van 2018.

Meer inzicht in wat patiënten met milde tot matige nierschade weten en denken over nierschade, kan ervoor zorgen dat huisartsen beter kunnen aansluiten bij deze patiëntengroep. Een kwalitatief onderzoek hiernaar start met de onderzoeksvragen: Welke kennis hebben deze patiënten over hun aandoening en wat vinden zij van de informatievoorziening door de huisarts? De meeste patiënten met nierschade krijgen zorg van de huisarts. Deze zorg staat in de Landelijke Transmurale Afspraak Chroni- sche Nierschade (LTA-CNS) en binnenkort in de nieuwe NHG-Standaard Chronische Nierschade.¹ De LESA biedt adviezen over leefstijlaanpassingen, nefrotoxische medicatie en preventie van acute nierfunctiestoornissen. Het is onbekend wat patiënten met milde tot matige chronische nierschade zelf weten over hun aandoening en het manage- ment ervan.

LEEFSTIJLAANPASSINGEN

Door vergrijzing en toename van diabetes mellitus en hyper- tensie is de prevalentie van nierschade hoog (schatting 11%). Meer dan 90% heeft milde tot matige nierschade (eGFR 30 tot 60 ml/min/1,73m², zonder ernstige albuminurie) en wordt door de huisarts behandeld en gecontroleerd.¹ Het effect van nierschade op het cardiovasculaire risico van patiënten is ver- gelijkbaar met dat van diabetes mellitus.² Leefstijlaanpassingen zijn onderdeel van de behandeling. De huisarts kan voorlich- ting geven, maar de patiënt moet het zelf doen. Kennis en motivatie kunnen hierbij aan bijdragen. Uit een uitgebreid literatuuroverzicht blijkt dat er veel bekend over de kennis en ervaringen van patiënten met ernstige nierschade, maar veel minder over patiënten met milde tot matige nierschade.³ Een onderzoek met vragenlijsten laat zien dat 41% van de patiënten met nierschade in stadium 3 (eGFR 30 tot 60 ml/min/1,73m²) niet weet dat hij/zij een vermin- derde nierfunctie heeft. Bij cardiovasculaire risicofactoren of gebruik van nefrotoxische medicatie zijn patiënten zich hier niet bewuster van.⁴ Uit het onderzoek van Costantini et al. blijkt dat patiënten met milde nierschade behoefte hebben aan



Veel patiënten met een nierschade weten niet dat zij een verminderde nierfunctie hebben.

Foto: Getty Images

scholing over medicatiemanagement, symptoomherkenning en goede informatiebronnen.⁵ Op dit punt valt er nog veel winst te boeken. ■

LITERATUUR

1. De Grauw WJC, Kaasjager HAH, Bilo HJG, Faber EF, Flikweert S, Gaillard CAJM. Landelijke transmurale afspraak chronische nierschade. Huisarts Wet 2009;52:586-97.
2. Matsushita K, Coresh J, Sang Y, Chalmers J, Fox C, Guallar E, et al. Estimated glomerular filtration rate and albuminuria for prediction of cardiovascular outcomes: a collaborative meta-an- alysis of individual participant data. Lancet Diabetes Endocrinol 2015;3:514-25.
3. Narva AS, Norton JM, Boulware LE. Educating Patients about CKD. The path to self-management and patient-centered care. Clin J Am Soc Nephrol 2016;11:694-703.
4. McIntyre NJ, Fluck R, McIntyre C, Taal M. Treatment needs and diagnosis awareness in primary care patients with chronic kidney disease. Br J Gen Pract 2012;62:e227-32.
5. Costantini L, Beanlands H, McCay E, Cattran D, Hladune- wicz M, Francis D. The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. Nephrol Nurs J 2008;35:147-55.

Van Dipten C. Kennis vergroten van patiënten met nierschade. Huisarts Wet 2018;61(2):71. DOI: 10.1007/s12445-018-0014-6. Radboudumc, afdeling Primary and Community care, Nijmegen: C. van Dipten, aiotho, carola.vandipten@radboudumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld. Deze bijdrage is een Stand van zaken over onderzoek van artsen-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker.

Onduidelijk effect van diuretica bij enkeloedeem

Henri Spaan, Martine Dam-Rehorst

Het is onduidelijk of diuretica effectief zijn bij enkeloedeem door chronische veneuze insufficiëntie (CVI). De richtlijnen missen daadwerkelijke onderbouwing. De auteurs pleiten voor nader onderzoek naar de effectiviteit.

De NHG-Standaarden Ulcus cruris venosum en Varices stellen dat diuretica niet zinvol zijn bij statisch oedeem door CVI. Er wordt verwezen naar het *Farmacotherapeutisch Kompas* (FK) en een enquête onder huisartsen waarin 60% geen diuretica geeft bij CVI.¹ Dit artikel geeft geen informatie over de effectiviteit, maar wijst diuretica wel af met het FK als bron. Het FK verwijst echter weer naar de NHG-Standaarden. Verdere onderbouwing ontbreekt.

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

We zochten op 7 december 2016 in PubMed met de zoektermen: ('Venous Insufficiency'[mh] OR Venous Insufficiën*[-tiab] OR peripheral edem*[-tiab] OR peripheral oedem*[-tiab] OR ankle edem* [-tiab] OR ankle oedem*[-tiab] OR leg edem* [-tiab] OR leg oedem* [-tiab]) AND (diuret*[mh] OR Diuret*[-tiab] OR Diuret*[pa]). Van de 322 gevonden artikelen, bleven na screening op titel en abstract geen artikelen over die de onderzoeksvraag beantwoorden. Wel waren er twee onderzoeken naar het effect van staken van diuretica op (onder andere) enkeloedeem door CVI.^{2,3}

De Jonge includeerde in de eerste lijn, via een enquête en klinische beoordeling, 63 patiënten die diuretica gebruikten voor enkeloedeem. Vierendertig patiënten stakten diuretica, waarna in controle en interventiegroep oedeemmeting plaatsvond op vooraf vastgestelde tijden. Van de interventiegroep viel 24% uit, onder andere door toename van enkeloedeem. De resterende patiënten werden meegenomen in de resultaten, zij hadden na drie weken een toename van de berekende oedeemindex van 3,5%. De uitkomst verschilde significant tussen de groepen, maar na zes weken niet meer. De waarde op zes weken is alleen weergegeven in een grafiek en niet af te lezen.

Burr includeerde op geriatrie afdelingen 106 patiënten die in elk geval niet leden aan hartfalen, hypertensie, nefrotisch syndroom of glaucoom en minstens een maand diuretica gebruikten.

De artsen continueerden de medicatie bij 41 patiënten, de andere patiënten kregen placebotabletten. De uitval in de behandelgroep was 8%, tegen 24% in de placebogroep. De resterende patiënten werden meegenomen in de beoordeling van enkeloedeem door een verpleegkundige die een *slight increase* van oedeem constateerde in de placebogroep. Dit werd niet nader gespecificeerd.



Bij chronische veneuze insufficiëntie is het beter om elastische kousen aan te raden dan diuretica. Foto: iStock

GEBREK AAN BEWIJS

Helaas hebben beide onderzoeken tekortkomingen. Beide onderzoekers hebben mogelijk niet alleen patiënten met CVI geïnccludeerd. Het eerste onderzoek hanteert geen blinding van patiënten, en vermeldt geen blinding van behandelaars en effectbeoordelaars. Er lijkt sprake te zijn van een selectieve loss to follow-up en de onderzoekers voerden geen intention-to-treatanalyse uit. Er lijkt geen verschil te zijn na zes weken in enkeloedeem, maar gezien de beperkte informatie en kritische punten op validiteit is dit niet te interpreteren. Het tweede onderzoek geeft een duidelijke beschrijving van genoemde blinding, maar laat eveneens een selectieve loss to follow-up zien en hanteert geen intention-to-treatanalyse. Daarnaast is de beoordeling van enkeloedeem niet gevalideerd en kan er sprake zijn van inter-observatorvariatie. Deze CAT laat zien dat er geen bewijzen zijn om diuretica ter bestrijding van enkeloedeem bij CVI af te wijzen dan wel te adviseren. Gezien de potentieel ernstige bijwerkingen van diuretica moeten minder risicovolle alternatieven zoals elastische kousen sterk overwogen worden. ■

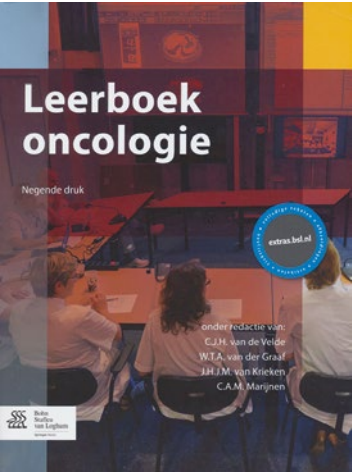
LITERATUUR

1. De Jonge JW, Van Zutphen WM, De Bruijne GA, Knottnerus JA. De behandeling van enkeloedeem bij ouderen in de huisartspraktijk; wanneer en hoe vaak worden diuretica gebruikt? Ned Tijdschr Geneesk 1990;134:1702-5.
2. De Jonge JW, Knottnerus JA, Van Zutphen WM, De Bruijne GA, Struijker Boudier HA. Short term effect of withdrawal of diuretic drugs prescribed for ankle oedema. BMJ 1994;308:511-13.
3. Burr ML, King S, Davies HE, Pathy MS. The effects of discontinuing long-term diuretic therapy in the elderly. Age Ageing 1977;6:38-45.

Spaan H, Dam-Rehorst M. Onduidelijk effect van diuretica bij enkeloedeem. Huisarts Wet 2018;61(2):72. DOI: 10.1007/s12445-018-0010-x. Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: D.H. Spaan, aios huisartsgeneeskunde; M.J. Dam-Rehorst, docent wetenschap, kaderhuisarts wetenschappelijke vorming, M.dam-rehorst@erasmusmc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld. Dit is een CAT, critically appraised topic, waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

LEERBOEK ONCOLOGIE

CJH van de Velde, et al. Leerboek oncologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017. 743 pagina's. € 57,95. ISBN 978-90-368-0441-7.



Kanker is doodsoorzaak nummer 1 en speelt op enigerlei wijze een belangrijke rol in het dagelijkse huisartsenwerk. Het lijvige 'leerboek oncologie' geeft met dwarsdoorsnede door het oncologisch spectrum een grote hoeveelheid achtergrondinformatie. Als naslagwerk geschikt voor de geïnteresseerde huisarts die zijn kennis wil updaten.

Dit boek is geschreven

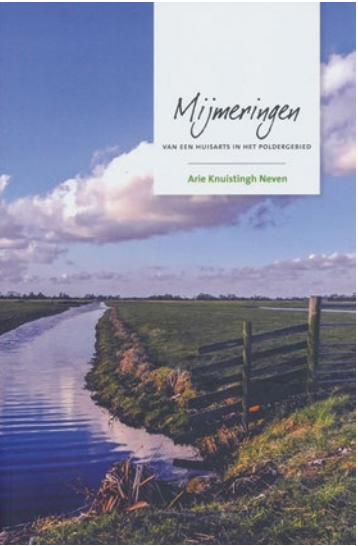
als leerboek voor studenten geneeskunde en verpleegkunde. Het is goed leesbaar en bevat duidelijke illustraties. Het eerste deel gaat in op algemene aspecten van kanker zoals klinische genetica, epidemiologie en algemene principes van behandeling. De laatste jaren zijn met name de immunotherapie en 'targeted' therapie zeer in ontwikkeling. Deze vormen van therapie stonden tijdens de opleiding van veel huisartsen nog in de kinderschoenen en de hoofdstukken over dit onderwerp bieden een mooi overzicht. Het hoofdstuk over spoedeisende oncologie gaat in op algemene problemen zoals hypercalciemie, infectie, ascites en vena cava superior syndroom waar ook de huisarts frequent mee te maken krijgt. Het tweede deel van het boek gaat in op de speciële oncologie van verschillende tumoren. Van hoofd-halstumoren tot endocriene tumoren worden alle tumorsoorten meer of minder uitgebreid beschreven, waarbij de hematologische maligniteiten er met twee hoofdstukken wat mager van af komen. In dit deel kunt u bijvoorbeeld nazoeken waarom adjuvante chemotherapie bij uw longkankerpatiënt tot de behandeling behoort, of wat de achtergrond is van een meer zeldzame maligne bottumor. Het derde en laatste deel van dit leerboek gaat tenslotte in op begeleiding, verpleging en palliatie bij patiënten met kanker. Dit zijn aspecten die die bij uitstek horen tot het dagelijks huisartsenwerk. Over deze onderwerpen zijn andere boeken geschreven die meer geschikt zijn voor de praktiserend huisarts. Elk naslagwerk, maar zeker een op oncologisch gebied, heeft als nadeel dat het reeds gedateerd is op het moment van verschijnen. De keus tussen het raadplegen van een tastbaar boek en digitale richtlijnen is persoonlijk. ■

Linda Bröker

WAARDERING: ●●●●●●

MIJMERINGEN VAN EEN HUISARTS

Arie Knuistingh Neven. Mijmeringen van een huisarts in het poldergebied. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communications, 2017. 172 pagina's. € 15,-. ISBN: 978-90-8523-232-2.



Een boek met belevenissen van een oud-huisarts in Krimpen aan de Lek, beschreven in 75 korte 'mijmeringen' over uiteenlopende situaties met bijbehorend associaties. Belevissen die soms typisch tijdsgebonden en soms weer van alle tijden zijn. Tevens komt de ontwikkeling van huisartsgeneeskunde voorbij. De beginnende huisarts zal verrast zijn hoeveel er in korte tijd in het huisartsenvak is veranderd op

zowel inhoudelijk als organisatorisch vlak.

In het boek koppelt oud-huisarts Arie Knuistingh Neven uitspraken van zijn patiënten en bijzondere momenten aan citaten uit boeken, muziek of geschiedenis. Iedere 'mijmering' staat op zich en het is leuk om er af en toe een paar te lezen. Als echte dorpsdokter is hij zeer goed op de hoogte van de achtergrond van zijn patiënten en zijn betrokkenheid reikt ver. Zo geeft hij geregeld hulpverlening in de plaatselijke voetbalclub waar hij zelf ook speelt. Ook beschrijft hij een situatie waarbij een gezin dat al jaren uit zijn praktijk is, bij hem aanklopt met een bijzonder verzoek. Het boek geeft niet alleen een kijkje in zijn belevenissen als huisarts. Je leert hem ook kennen in zijn voorkeuren en vrijetijdsbesteding, zoals hobby's en reizen. Daardoor is het boek bijna een autobiografie of memoires. Zijn schrijfstijl is pakkend en leest gemakkelijk, waarbij de goed verwoorde 'mijmeringen' steeds eindigen met een verrassende of bijzondere twist. Het boek is interessant voor zowel artsen als leken. Nog een bijzondere bijkomstigheid: de opbrengst van het boek is bestemd voor onderzoek en behandeling van de ziekte van Duchenne. ■

Loes Wouters

WAARDERING: ●●●●●●

DE BOODSCHAP VAN ‘PROBLEEMGEDRAG’ BIJ DEMENTIE

Hans Siepel. Stemmen van de ziel – vergeten waarheid van de- mentie. Leeuwarden: Elikser, 2016. 193 pagina's. Prijs: € 17,-. ISBN 978-90-8954-001-0.



Een aangrijpend waarge- beurd verhaal over een vrouw die tijdens haar dementieproces meer en meer probleemgedrag ontwikkelt, gebaseerd op herbelevingen van een jeugdtrauma. Het benadrukt de patiënt met dementie serieus te blij- ven nemen en te luisteren naar de betekenis achter uitlatingen en gedrag. Beslist een aanrader voor iedere (huis)arts die werkt met dementiepatiënten.

Politicoloog Hans Siepel beschrijft in zijn boek het laatste le- vensjaar van zijn moeder. Haar dementie veroorzaakt gaande- weg steeds meer moeilijk gedrag variërend van huilbuien tot woede-uitbarstingen en psychoses. Getriggerd door signalen passend bij een onverwerkt trauma, besluiten Siepel en zijn vader haar bij te staan in haar proces van verwerking en verge- ving. Stukje bij beetje komt een verhaal van seksueel misbruik naar boven en lijkt Siepels moeder haar opgekropte emoties te kunnen uiten. Zelfs als ze uiteindelijk wordt opgenomen in een verpleeghuis en uitzonderlijk hoge doseringen medi- catie krijgt, laat ze haar mond niet snoeren. Dagenlang blijft

ze dezelfde twee woorden herhalen, tot aan een climax die de mantelzorgers in de verste verte niet hadden voorzien. *Stemmen van de ziel* is een emotioneel beschreven en persoon- lijk verhaal, maar met een algemene strekking. Het laat tref- fend zien dat een persoon met dementie soms niet langer in staat is om onderdrukte (traumatische) gevoelens met bewuste denk- en wilskracht te verbergen. Het hele leven zorgvul- dig afgedekt, komen deze gevoelens soms in de nevelen van dementie alsnog aan het oppervlakte. ‘De ziel spreekt’ zoals Siepel het omschrijft. Hoewel Siepel soms wat hard van leer trekt tegen medici, die volgens hem ‘alleen maar pillen aanreiken’, schuilt in zijn boek een leerzaam punt voor ons huisartsen. Dementiepatiënten ‘hallucineren’ of ‘hebben probleemgedrag’, daarmee is vaak het probleem gedefinieerd en de kous af. Laten we blijven obser- veren, proberen probleemgedrag te begrijpen en oog hebben voor de leventhema's die erin verborgen liggen. ■

Pim Keurlings

WAARDERING: ●●●●●

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

De kennistoets is gebaseerd op: Hendriksen JM, Koster-van Ree M, Morgenstein MJ, Oudega R, Schutgens REG. Diagnosti- sche vertraging bij longembolie. Huisarts Wet 2018;61(2):29-32. DOI: 10.1007/s12445-018-0006-6. En: NHG-werkgroep Diepe veneuze trombose en longembo- lie. NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie [Tweede partiële herziening]. www.nhg.org

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

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. Abonnementsprijs: (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



bohn
stafleu
van loghum

mvw
media voor vak
& wetenschap



Kernwaarden

Een collega vertelt dat zijn maten niet meer voor spoedgevallen voor hem willen waarnemen na een nachtdienst. Daarvoor moet hij maar een waarnemer inhuren. Sommige kaderhuisartsen zien patiënten van collega's, met specifieke problemen. Vanwege de grote parttimefactor kan niet iedereen beloven dat elke patiënt maxi- maal twee huisartsen ziet. Het zijn drie voorbeelden die duidelijk maken dat in de praktijk onze kernwaarden van continue en persoonsgerichte generalistische zorg onder druk staan. Deze kernwaarden zijn de basis van onze *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022* uit

2012, zie www.tkv2022.nl. We zijn nu halverwege de looptijd van die toekomst- visie. Intussen verandert de maatschappij, maar ook de huisarts. Zo is de praktijk- ondersteuner-ggz in onze praktijk gekomen. En we zien steeds oudere patiënten met complexere problemen met meerdere zorgverleners om zich heen, wat een te grote druk geeft op onze agenda's bij de huidige praktijkgrootte. Laten we daarom bezien of de manier waarop we uiting aan onze kernwaarden geven, ook aan verandering toe is. Als huisartsen leren we wat de maat- schappij nodig heeft, maar we denken ook na over hoe we ons vak de komende jaren willen vormgeven. Als vakorganisatie gaan we dat oppakken met alle relevante partijen en vooral ook met het oog op

de toekomst, dus samen met de jonge huisartsen en huisartsen in opleiding. Het zal leiden tot een herijkte toekomstvisie. Wat mij betreft blijft waarnemen voor elkaar uit collectieve verantwoordelijkheid bestaan. Maar laat vooral horen wat u zelf vindt: bij bijeenkomsten, of direct via HAweb Ledenforum. ■

Rob Dijkstra



Bevolkingsonderzoek darmkanker

Per 1 januari 2018 ontvangt u als huis- arts niet meer automatisch bericht over een ongunstige uitslag. Het antwoord- formulier bij de ontlastingstest van het bevolkingsonderzoek darmkanker is afgeschaft. Cliënten hoeven slechts de ontlastingstest te doen en naar het laboratorium te sturen in de bijgeleverde retourenvelop.

Omdat het contact met de huisarts bij een ongunstige uitslag waardevol is, geven de screeningsorganisaties de cliënt in de uitslagbrief nadrukkelijk het advies om contact te zoeken met de huisarts. Deze wijziging is verwerkt in de verschillende materialen voor de huisartsenpraktijk:

- NHG-Praktijkhandleiding BVO Darmkanker
- Programma Individuele Nascholing (PIN) Bevolkingsonderzoek darm- kanker: een update (20/extra)
- patiënteninformatie op Thuisarts.nl: ‘Ik wil meer weten over het bevolkingsonderzoek darmkanker’



Foto: RIVM

Offlabel- en ggz-medicatie

Het NHG heeft twee nieuwe standpunten gepubliceerd: over offlabel voorschrijven en over herhalen van de gespecialiseerde-ggz-medicatie lithium en clozapine. Zie de artike- len elders in dit blad voor een samenvatting, en voor de volledige teksten van de stand- punten: www.nhg.org/standpunten.

SYMPOSIUM MEDISCH LEIDERSCHAP

23 MAART 2018

MELD U NU AAN



Ziekenhuis- en ggz-informatie toegevoegd Informatie tweede lijn op Thuisarts.nl



Ton Drenthen, wetenschappelijk medewerker preventie & patiëntenvoorlichting NHG

‘Wat voor behandelingen kan ik krijgen, wat kan ik verwachten?’ Bij verwijzing naar de tweede lijn hield de patiënten-informatie van de huisarts vaak op. Inmiddels hebben medisch specialisten, het NHG en later Netwerk Kwaliteits-ontwikkeling GGZ de handen ineen-geslagen en informatie over de tweede lijn op Thuisarts.nl gezet. Dat vergde intensieve samenwerking, vertelt Ton Drenthen van het NHG.

In 2015, het jaar van de transparantie, besloot de overheid dat patiënten moeten kunnen kiezen uit ziekenhuizen,

verzekeraars en behandelingen. Een voorwaarde daarvoor is uiteraard goede patiënteninformatie. VWS stelde prioriteiten, zoals borstkanker en cataract, om als eerste transparant te maken voor patiënten, en vroeg de Federatie Medisch Specialist (FMS) om deze klus samen met het NHG en Patiëntenfederatie Nederland te klaren. De FMS koos als medium Thuisarts.nl om versnippering van informatie over de vele specialisten-websites te voorkomen. Bovendien was de FMS zeer te spreken over de kwaliteit van Thuisarts.nl.

OM DE TAFEL

In 2016 verschenen de eerste onderwerpen op Thuisarts.nl. Ton Drenthen, projectleider: ‘Bij het NHG hebben we korte lijnen: Thuisarts-medewerkers overleggen rechtstreeks met de makers van richtlijnen. Maar bij de specialisten zitten per onderwerp meerdere specialistenverenigingen plus meerdere patiëntenverenigingen om de tafel, met even zo vele goedkeuringsrondes.’ Bovendien horen bij de 29 medisch-specialistische webpagina’s weer subpagina’s, zoals bij Borstkanker, van ‘Ik heb borstkanker; hoe kies ik mijn behandeling?’ tot: ‘Ik heb uitgezaaide borstkanker.’ Bij elkaar ging het om veel webpagina’s. Drenthen: ‘Thuisarts heeft met de Federatie Medisch Specialist extra redacteurs geselecteerd en getraind om de nieuwe pagina’s te maken.’ Bij de ggz-onderwerpen kwam er bijvoorbeeld nieuwe informatie bij Psy-

chose, in samenwerking met patiëntenvereniging Anoksis. Er staan nu meer niet-medicamenteuze adviezen, zoals over psycho-educatie voor patiënten, signaleringsplannen om voortekenen te signaleren, de crisiskaart (wie doet wat bij crisis; wie te bellen?) en dagstructuur.

WAAROM ZIEKENHUISINFORMATIE

Wat is de meerwaarde van ziekenhuisinformatie op website van huisartsen? Drenthen: ‘Het zijn onderwerpen die in de spreekkamer aan bod komen: wat voor behandeling kun je krijgen in de tweede lijn? En als je iemand voor een staaroperatie verwees, moest je voorheen zeggen: “Je gaat nu naar het ziekenhuis, kijk maar op hun website.” Nu kunnen huisartsen verwijzen naar één website. Dat zorgt voor toegankelijkheid van goede informatie.’

BRITSE BEWONDERING

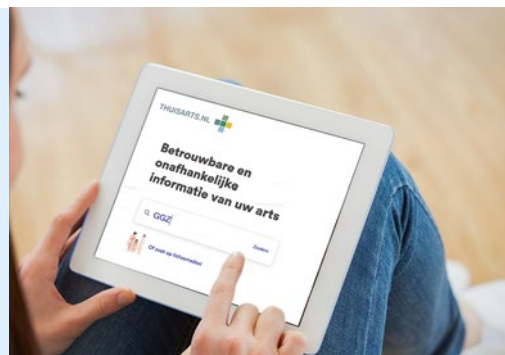
Drenthen: ‘De Britse National Health Service (NHS) reageerde waardierend op ons BMJ Open-artikel over Thuisarts (zie kader, red.). De NHS heeft wel een publiekswaardering, maar de NHS is een overheidsorganisatie. Nederlandse huisartsen beschouwen Thuisarts.nl als hun eigen site; bij de Britse huisartsen is dat niet het geval met de NHS-website.’ Ondanks alle lof gaan Drenthen en collega’s niet op hun lauweren rusten: ‘We zijn begonnen met enkele prioriteiten, maar onze wens is doorgaan tot we alle medisch-specialistische en ggz-onderwerpen op Thuisarts.nl hebben staan.’ ■

OVERZICHT NIEUWE ONDERWERPEN

- Overzicht nieuwe medisch-specialistische onderwerpen: thuisarts.nl/ziekenhuis.
- Overzicht ggz-onderwerpen: Thuisarts.nl, Nieuws, ‘Psychische aandoeningen uitgebreid op Thuisarts.nl’.

VAKBLADEN OVER THUISARTS.NL

- BMJ Open 2016;6:e013166; vertaling in:
- Huisarts Wet 2017;60:260-3.



Uitgelichte post HAwed Ledenforum Sneller behandelen bij hemangiomen

Huisarts dr. Ans Tiessen plaatst op het HAwed Ledenforum een post naar aanleiding van een ervaring met haar eigen zoon: ‘Kinderen met kleine hemangiomen sneller doorverwijzen voor bètablokkerzalf’. Afwachten is het gebruikelijke beleid, maar daar is discussie over.



Ans Tiessen

Foto: Huisartsenpraktijk J. de Waard

Ans Tiessen, hida in Kollum en coach-docent geneeskunde Rijksuniversiteit Groningen, ziet een jaar geleden een hemangioom bij haar zoon, dan een paar maanden oud. Het hemangioom zit op een niet-gevaarlijke plek. Volgens het dan gebruikelijke beleid besluiten Tiessen en haar man af te wachten. Maar na ruim een halfjaar blijkt door voortschrijdend inzicht dat cosmetisch storende niet-risicovolle hemangiomen te behandelen zijn met een lokale bètablokker. Vooral in de in de groeifase, in de eerste maanden, is dit effectief, zonder de bijwerkingen van de systemische bètablokkers voor risicovollere hemangiomen. De Tiessens kiezen, na verwijzing naar de kinderarts, voor behandeling met propranolol 1% in lanettecrème driemaal daags. ‘We waren er wat laat bij, maar het hemangioom lijkt na enkele weken te slinken. Dat kan uiteraard ook het natuurlijke beloop zijn’, zegt Tiessen. ‘Ik houd niet van medicaliseren, maar als je kind een ontsierende plek in het gelaat heeft, is dit een waarschijnlijk effectieve, weinig belastende en vrij goedkope oplossing (€ 30 per 100 gram), ook voor mijn patiënten.’ ■



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



Dank voor de informatie. Treffend hoe eigen privé-ervaringen je soms de ogen kunnen openen. En goed om te weten voor eventuele casussen in de toekomst.

Waarnemend huisarts te Nijmegen



Dank voor deze update! Is er een reden waarom dit door de kinderarts gestart moet worden, met deze propranolol in lanettecrème 1% als de diagnose duidelijk is? Is er een minimumleeftijd om ermee te starten?

Huisarts te Rijswijk



Een afwachtend beleid is niet meer van deze tijd bij hemangiomen. Voor een recente casus heb ik overlegd met een dermatoloog. De behandeling met bètabokkers is vooral effectief in de groeifase, dus vóór de leeftijd van 4-6 maanden. Een hemangioom herstelt slechts in een minderheid van de gevallen restloos. Consultatie van een arts met ervaring op dit gebied kan in principe ook door teleconsultatie.

Huisarts te Nijmegen



Geen sector is zo goed in staat om zichzelf onmisbaar te houden als de gezondheidszorg. Elke poging tot kostenbeheersing houden wij zelf tegen door nieuwe indicaties en behandelmethode te bedenken. Zo ook de dermatologie. Waarom ‘tijdig verwijzen’? Omdat het een tijd kan duren voor hemangioom vanzelf geneest? Omdat de baby niet 100% mooi, glad en roze is?

Huisarts te Rotterdam

[Reactie van Ans Tiessen:] *Leuk, een beetje discussie. Als het weinig stoort en op een ongevaarlijke plek zit, zijn uitleg en geruststelling prima. Anders geldt een afweging van kosten, bijwerkingen, effectiviteit en belasting voor de patiënt.*

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



Markus Kruyswijk is sinds 1995 huisarts in Amsterdam en in 2012 begon hij bij het NHG als wetenschappelijk medewerker, met als portefeuille spoedzorg. Samen met partners bewaakt hij de kwaliteit van de spoedzorg, zoals met brancheorganisatie van huisartsenposten InEen, en de LHV.

INTERVIEW

met Markus Kruyswijk, NHG'er spoedzorg en huisarts

'Ik neem vaak beslissingen waarvan de uitkomst onzeker is'

NHG-medewerkers zijn vaak ook praktiserend huisarts. Hoe combineren ze twee banen, en waarom werken ze bij het NHG? Markus Kruyswijk is drie dagen per week huisarts en anderhalve dag wetenschappelijk medewerker bij het NHG met als specialisme spoedzorg.

Wat doe je bij het NHG?

Markus Kruyswijk: 'Het is mijn uitdaging om binnen en buiten het NHG de eerstelijns spoedzorg zichtbaar te maken. Spoedzorg is niet alleen zwaailichtenwerk, het is ook de ongeruste ouder die buiten kantooruren belt over een kindje met koorts. De patiënt denkt dat het niet kan wachten: dat bepaalt wat spoed is. Dus zijn er bij huisartsenposten ruim vier miljoen zorgvragen per jaar, tienduizend per dag. Ik zit veel bij InEen, de brancheorganisatie van huisartsenposten, naast de LHV mijn natuurlijke sparring partner. We hebben samen net drie jaar op initiatief van Zorginstituut Nederland met een flinke groep andere organisaties hard gewerkt aan een landelijk Kwaliteitskader Spoedzorg. De patiënt heeft in spoedzorgsituaties geen keus en weet bovendien vaak niet hoe te kiezen, hoe je kwaliteit moet beoordelen. Daarom moeten wij met zijn allen zelf zorgen dat de kwaliteit goed op orde is. Dat kan alleen als je op één lijn zit met je zusterorganisaties.'

Wat doe je voor de huisartsenposten?

'Samen met InEen kijk ik vooral naar de inhoudelijke kanten van de eerstelijns spoedzorg. Vaak hebben we het over de triage in de huisartsenposten; de laatste jaren wordt het steeds drukker met hoogurgente zorgtoewijzingen. In het project Grip op Triage zoeken we naar de oorzaken daarvan, en proberen we oplossingsrichtingen te benoemen. We trekken samen op bij bijvoorbeeld de ontwikkeling van richtlijnen door derden, zoals twee jaar geleden de richtlijn voor het herkennen van kindermishandeling op de spoedeisende-hulpafdeling en de huisartsenpost. Onze inbreng was vooral om duidelijk te maken dat de huisartsenspoedzorg ten dienste staat van de dagzorg: de dagzorg verschilt in taakstelling van de spoedeisende-hulpafdeling in het ziekenhuis. Ook dat we het Kwaliteitskader Spoedzorg helpen ontwerpen, past binnen die samenwerking.'

Goed voor het NHG dat je praktiserend huisarts bent?

'Op het spreekuur gisteren kwam een kleine dertig mensen, iedereen met weer een andere vraag. Ik weet hoe het voelt als je om kwart voor acht binnenkomt, de computer aanzet, naar de spreekuurlijst kijkt en denkt: "Wat staat mij vandaag te wachten? Die patiënt alwéér, wat zou er aan de hand zijn; heb ik er de vorige keer de vinger niet achter gekregen?" Ik weet hoe het voelt om onzeker te zijn, om dagelijks beslissingen te nemen waarvan de uitkomst nog onzeker is. Dat geldt ook voor mijn eigen NHG-werk: ik probeer door anderen verkregen kennis samen te vatten en werkbaar te maken voor de praktijk, zoals in de Nederlandse Triage Standaard (NTS) en de TriageWijzer. Dat elke patiënt anders is, staat er wel in, maar het is toch iedere keer weer puzzelen hoe je de praktijk naar het NHG moet brengen. Werken met mensen van vlees en bloed kun je nu eenmaal niet helemaal in richtlijnen vatten. Dat houdt mij ook bij het NHG met beide benen op de grond.'

Meer informatie op dossier Spoed: www.nhg.org/spoed.

Komende juni is *Huisarts & Wetenschap* gewijd aan spoedzorg.

COLOFON NHG FORUM

Redactie: Yvonne Buitenhuis (voorzitter), Annet Janssen, Simone Sinjorgo, Linda Tolsma en Yvonne Vos. Met bijdragen van Bart van den Hoogenhoff en Margot Scheerder [foto's] en Fijtje Koets [tekst]. 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.