

Toekomst van het cardiovasculair risicoprofiel

Medische beslissingen
rond het levenseinde

Depressie bij ouderen
behandelen zonder medicijnen

Herziening NHG-Standaard
Allergische en niet-allergische rinitis

Comfortabel samenwerken

“Is een bloedverdunner wat voor mij?”, vraagt de man met een matig verhoogd cardiovasculair risico. *Harskamp* stelt in dit nummer dat in de toekomst aanvullende diagnostiek kan helpen om patiënten hierover te adviseren. Zo kan een calciumscorebepaling in de helft van de gevallen de risicoscore bijstellen. Dat helpt voor een beter advies.

De toekomst is persoonsgerichte profilering van ziekterisico's op basis van aanvullende (specialistische) diagnostiek. De kennis om te interpreteren en adviseren kunnen en hoeven we niet allemaal zelf in huis te hebben. Die kan komen van de specialisten in dienst van bijvoorbeeld eerstelijns diagnostische centra of van de netwerk- of anderhalvelijns specialist buiten de muren van het ziekenhuis, zoals de voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) Daniels in dit nummer propageert. De FMS stelt dat, willen we zo'n netwerkspecialist realiseren, de ziekenhuizen (en de specialist) dan wel comfortabel moeten zijn over hun (financiële) positie. In mijn regio blokkeren ziekenhuisdirecties en specialistenmaatschappen momenteel veel initiatieven richting de eerste lijn, wegens zorgen over inkomsten en financiering van ziekenhuisvastgoed. Maar hoe is het met het comfort van de huisarts? Deze anderhalvelijns zorg kan ook een opmaat zijn voor zelfstandige behandelcentra door diezelfde ziekenhuizen en specialistenmaatschappen. Denk aan cardiologen die de chronische zorg naar zich toe trekken, voorbijgaand aan multimorbiditeit en generalisme. Eerstelijns diagnostische centra kennen deze strijd om de regionale macht met de ziekenhuizen. Zij zorgen er juist voor dat we als huisarts meer diagnostiek kunnen doen, inclusief een specialistisch advies. Zorgverzekeraars met hun *race to the bottom*

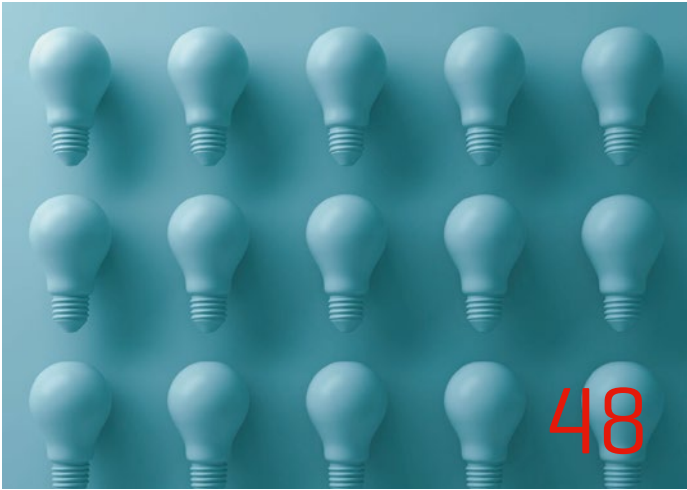
wat betreft tarieven en ziekenhuisdirecties uit op schaalvergroting willen hiervan af. Een slechte ontwikkeling.

Mijn ideale toekomstbeeld? Ik vraag voor deze meneer een CT-calciumscore aan, inclusief advies van de (netwerk)cardioloog, zonder tweedelijns DBC. Samen met de praktijkondersteuner geef ik zorg op maat waarin de patiënt centraal staat. Dat bevordert samenwerking, beperkt de kosten en houdt de zorg toegankelijk, een kernwaarde voor mij als huisarts. ■

Ivo Smeele

Met een CT-calciumscore,
inclusief advies van de
(netwerk)cardioloog,
geef ik met de praktijk-
ondersteuner zorg op maat





Wetenschap

- 14 De toekomst van het cardiovasculair risicoprofiel
Nieuwe risico-indicatoren op basis van aanvullend onderzoek kunnen bijdragen aan een nauwkeuriger inschatting van het cardiovasculair risicoprofiel.
- 18 Nieuwe mogelijkheden bij cardiovasculaire risico-inschatting
Bloedmarkers lijken de risicoschatting maar beperkt te verbeteren, terwijl het meten van coronaire kalk wel een toegevoegde waarde heeft.
- 20 Herkennen van bacteriële lageluchtweginfecties
Het uitsluiten van een bacteriële oorzaak met diagnostische indicatoren bij volwassenen die met een acute lageluchtweginfectie op het spreekuur komen, is zeer lastig.
- 26 Depressie bij ouderen behandelen zonder medicatie
In vergelijking met antidepressiva heeft cognitieve gedragstherapie bij oudere patiënten met depressieve klachten een klein positief effect.
- 31 Medische beslissingen rond het levenseinde
Tussen 1990 en 2015 is de frequentie van euthanasie en de intensivering van symptoombestrijding duidelijk toegenomen.
- 34 “Neem de Toetsingscommissie mee in het euthanasieproces”
Huisartsen Thea Toemen en Wim Mulder over hun werk in de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie.

Praktijk

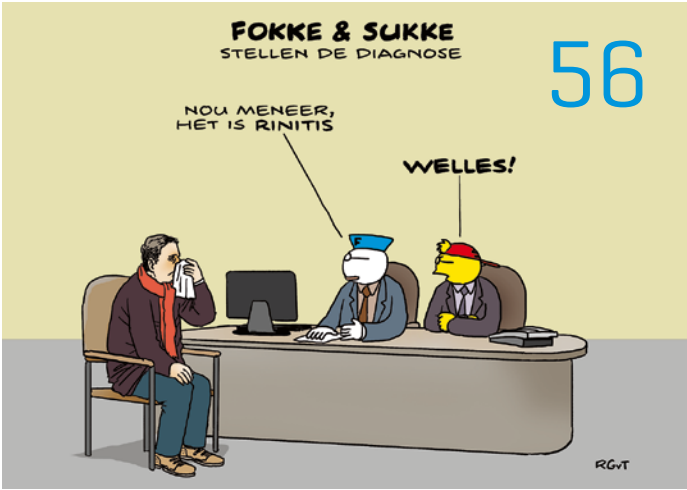
- 41 FMS-voorzitter Marcel Daniëls over ontzuiling van de zorg
Binnen het concept netwerkgeneeskunde ligt de focus van de zorg bij huisarts, medisch specialist of paramedicus, afhankelijk van de behoeften van de patiënt.
- 44 Overbehandeling bij diabetes mellitus type 2
Met een relatief eenvoudig verbeterplan kan overbehandeling van oudere diabetespatiënten worden opgespoord en gecorrigeerd.
- 48 Pas biosimilars zonder terughoudendheid toe
Biosimilars voldoen aan dezelfde strenge kwaliteitseisen als de andere geneesmiddelen en kunnen dus zonder terughoudendheid worden toegepast.
- 53 Behandeling van spierpijn
De winst van de behandelingen waarvoor enig bewijs bestaat, is gering.
- 55 Kennistoets
Cardiovasculaire risicovoorspelling

Fotografie omslag: Shutterstock



Nieuws

- 6 Trimethoprim en verhoogd risico
- 6 Apathie bij ouderen voorbode van dementie
- 7 Met hydrochloorthiazide meer kans op huidkanker
- 7 Veiligheidsnaalden bieden geen bescherming
- 8 Angst voor ziektes en dokter Google
- 8 Cardiovasculair risico na zwangerschapsdiabetes
- 9 Aspecifieke buikpijn en alarmsymptomen bij darmkanker
- 10 Patiënttevredenheid opiaten bij gewrichtsklachten
- 10 Definitieve einddatum op herhaalrecept alfablokkers
- 13 Verdere stijging van aantal mensen met Lymeziekte
- 13 Vragen naar alcohol geen probleem voor drinkers
- 58 Weinig baat van pregabaline bij fibromyalgie
- 59 Plaats van shared decision-making bij astma
- 60 Domperidon bij onvoldoende melkproductie
- 63 Kinderen met eczeem krachtiger behandelen?
- 64 Nieuwe website H&W.org
- 66 App Evernote digitale schatkist



NHG

- 56 Azelastine bij niet-allergische rinitis
Herziening NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rinitis
- 57 Jaarlijkse mammografie voor BRCA-mutatiedraagsters 60-75 jaar
Herziening multidisciplinaire richtlijn borstkanker
- 67 ICPC geactualiseerd
- 68 Symposium Medisch Leiderschap
- 70 ‘Psychische gezondheid is vooral weerbaarheid’
Interview met Christine Weenink, huisarts en NHG-congresvoorzitter



www.henw.org

- Leren drinken leidt tot alcoholproblemen
- Coach helpt ouderen bij online zelfzorg
- Meer risico op heupfractuur bij slaapmedicatie

Trimethoprim en verhoogd risico op nierfalen of hyperkaliëmie?

Marcelle van Eupen

Cotrimoxazol kan leiden tot acute dood bij patiënten die tegelijkertijd een RAS-remmer gebruiken, mogelijk door hyperkaliëmie of acuut nierfalen. Onderzoekers gingen na of dit ook geldt voor het gebruik van alleen trimethoprim, een veel voorgeschreven middel bij urineweginfecties. Dat blijkt niet zo te zijn. Het risico lijkt alleen verhoogd als patiënten ook een RAS-remmer of spironolacton gebruiken.

In een Brits, retrospectief, eerstelijns cohortonderzoek werden 178.238 patiënten geselecteerd die ouder dan 65 jaar waren, een urineweginfectie hadden en werden behandeld met een antibioticum. Het risico op ziekenhuisopname door acuut nierfalen in de 14 dagen nadat patiënten waren gestart met trimethoprim was significant hoger dan bij patiënten die amoxicilline

kregen (OR 1,72 (voor confounders gecorrigeerde oddsratio); 95%-BI 1,31 tot 2,24). Datzelfde gold voor het risico op hyperkaliëmie (OR* 2,27; 95%-BI 1,49 tot 3,45). Deze risico's waren hoger bij patiënten die daarnaast een RAS-remmer of spironolacton gebruikten. Het overlijdensrisico verschilde niet tussen de twee groepen (OR* 0,90; 95%-BI 0,76 tot 1,07). Trimethoprim is, na nitrofurantoïne, ook in het Verenigd Koninkrijk een alternatief middel van eerste keus in de behandeling van ongecompliceerde urineweginfecties (dosering in het Verenigd Koninkrijk: 1 dd 200 mg gedurende 3 dagen, risicogroepen 7 dagen). Gezien de lagere, dagelijkse dosering dan in Nederland zijn deze resultaten voor ons dus eerder een onder- dan overschatting. Het absolute risico op deze complicaties valt echter mee:

behandeling met trimethoprim geeft 0,1% risico op hyperkaliëmie en 0,2% op acuut nierfalen. Pas bij patiënten die zowel spironolacton als een RAS-remmer gebruiken, stijgt dit absolute risico aanzienlijk tot 1,8% voor hyperkaliëmie en 1,1% voor acuut nierfalen. Het advies voor de praktijk is dus niet te ongerust te worden door dit onderzoek. Trimethoprim blijkt nog steeds een goed alternatief voor nitrofurantoïne bij ongecompliceerde urineweginfecties. Wel is voorzichtigheid geboden bij patiënten met een verhoogd risico op acuut nierfalen of hyperkaliëmie. ■

Crellin E, et al. Trimethoprim use for urinary tract infection and risk of adverse outcomes in older patients: cohort study. BMJ 2018;360:k341.

Apathie bij ouderen voorbode van dementie

Lidewij Broekhuizen

Bij vergeetachtigheid of gedragsveranderingen denken we vaak aan dementie. Maar apathie, iets waar mensen niet zelf mee komen, is ook een mogelijke voorbode van dementie.

In dit Nederlandse onderzoek werden ouderen (70 tot 78 jaar) zes tot acht jaar gevolgd. De deelnemers woonden bij de start (2006) nog zelfstandig en hadden geen dementie. Zij ondergingen elke twee jaar een onderzoek, waaronder een GDS (Geriatric Depressive Scale) en een MMSE. Een onafhankelijk panel van deskundigen stelde tijdens de follow-up vast of er dementie was ontstaan, op basis van alle verzamelde gegevens waaronder het medisch dossier en medicatiegebruik. De



Apathie is een belangrijk symptoom bij kwetsbare ouderen. Foto: iStock

onderzoekers leidden de mate van apathie (gebrek aan emotie, motivatie of enthousiasme) en depressie af uit de GDS-scores. Daarna berekenden ze in hoeverre apathie en depressie voorspellers waren van dementie, ook na correctie voor on-

der meer leeftijd, CVA en MMSE-score. Bij 232 van de 3427 deelnemers (6,8%) trad dementie op. Apathie verdubbelde de kans op het optreden van dementie in de tijd. Ook depressie was gerelateerd aan dementie, maar niet meer na correctie van andere factoren. Apathie kan dus een voorbode van dementie zijn. Apathie kan echter ook op andere aandoeningen wijzen, zoals depressie. Het is dus een belangrijk symptoom bij kwetsbare ouderen, ook al komen de signalen meestal niet van de ouderen zelf, maar van de mantelzorgers. ■

Van Dalen JW, et al. Apathy is associated with incident dementia in community-dwelling older people. Neurology 2018;90:e82-e89.

Met hydrochloorthiazide meer kans op huidkanker

Tjerk Wiersma

Hydrochloorthiazide wordt veel gebruikt, maar het middel kan leiden tot fotosensibilisatie met een mogelijk verhoogde kans op huidkanker als gevolg. Deense onderzoekers toonden recent aan dat dit voor basaalcelcarcinoom en plaveicelcarcinoom daadwerkelijk het geval is.

Ze identificeerden 71.533 gevallen van basaalcelcarcinoom en 8629 gevallen van plaveicelcarcinoom in de periode 2004-2012. Deze patiënten werden naar leeftijd en geslacht gematched met een 20 keer zo grote controlegroep. De onderzoekers berekenden op basis van prescriptiecijfers het cumulatieve hydrochloorthiazidegebruik van alle betrokkenen in de periode 1995-2012. Een totale inname van hydrochloorthiazide van 50.000 mg of meer, overeenkomend met 5,5 jaar 25 mg per dag, hing samen met een toename van de kans op basaalcelcarcinoom met 29% (95%-BI 23 tot 35) en een toename van de kans op plaveicelcarcinoom met 298% (95%-BI

268 tot 331). De onderzoekers vonden een duidelijke dosisresponsrelatie tussen hydrochloorthiazidegebruik en de kans op beide huidkankers. Bij gebruik van tenminste 200.000 mg (22 jaar 25mg per dag) bedroeg de toename van de kans op basaalcelcarcinoom 54% (95%-BI 38 tot 71) en op plaveicelcarcinoom zelfs 638% (95%-BI 532 tot 760). Een beperking van het onderzoek is het ontbreken van gegevens over blootstelling aan zonlicht, maar de onderzoekers achten het onwaarschijnlijk dat de zonnebaadgewoontes van gebruikers en niet-gebruikers uiteenliepen. Zij concluderen dat het voorschrijven van hydrochloorthiazide nog maar eens zorgvuldig moet worden bekeken, vooral omdat er diuretica beschikbaar zijn die niet leiden tot extra kans op huidkanker, zoals chloortalidon en indapamide. We moeten overigens niet denken hiermee de huidkankerepidemie onder controle te krijgen. Slechts 2,7% van de patiënten met basaalcelcarcinoom en 10% van de mensen met plaveicelcarcinoom had



Hydrochloorthiazide kan leiden tot fotosensibilisatie. Foto: iStock

50.000 mg hydrochloorthiazide gebruikt en maar 1 op de 11 gevallen van plaveicelcarcinoom kan daaraan worden toegeschreven. ■

Pederson SA, et al. Hydrochlorothiazide use and risk of nonmelanoma skin cancer: a nationwide case-control study from Denmark. https://doi.org/10.1016/j.jaad.2017.11.042.

Veiligheidsnaalden bieden geen bescherming

Lidewij Broekhuizen

Om prikaccidenten te voorkomen, zijn verschillende veiligheidsnaalden ontwikkeld. Uit onderzoeken blijkt echter dat deze geen beschermend effect hebben.

Prikaccidenten zijn een risico voor gezondheidsmedewerkers. Deze Cochrane-review vatte het effect samen van voorzorgsmaatregelen – intraveneuze en injectiesystemen en naaldencontainers – op het voorkomen van prikaccidenten. Er werden acht gerandomiseerde onderzoeken (2633 deelnemers) en vijf voor-na-onderzoeken (22.000 deelne-

mers) geselecteerd. In de controlegroepen was de kans op een prikaccident 1 tot 5 per 1000 persoonsjaren. Op twee na vonden de onderzoeken plaats in ontwikkelde landen. Voor de huisartsenpraktijk zijn vooral de injectiesystemen van belang. Hierover waren drie onderzoeken beschikbaar, die geen effect lieten zien op prikaccidenten van verschillende veiligheidsnaalden en naaldencontainers. De kwaliteit van het bewijs was laag gezien de matige kwaliteit van de onderzoeken. Dat gold ook voor intraveneuze systemen, waar evenmin

effect voor werd gevonden. De auteurs suggereren dat goede, vergelijkende onderzoeken naar de kosteneffectiviteit van deze maatregelen nodig zijn, en dan vooral in (ontwikkelings)landen waar via bloedcontact overgedragen infecties veel meer voorkomen dan in Nederland. Intussen is de veiligheidsnaald voor griepvaccinatie al ingevoerd op basis van Europese en arbo-regelgeving. Er lijkt echter geen onderbouwing te zijn om de veiligheidsnaald nog verder in te voeren in de huisartsenpraktijk. ■

Reddy VK, et al. Devices for preventing percutaneous exposure injuries caused by needles in healthcare personnel. Cochrane Database Syst Rev 2017;11:CD009740.

Angst voor ziektes en dokter Google

Annet Sollie

Overmatige angst voor ziektes – vroeger hypochondrie maar in de DSM V ‘ziekteangststoornis’ genoemd – komt veel voor. Britse onderzoekers stellen dat artsen deze aandoening beter moeten herkennen en behandelen. Hiervoor is specifieke Cognitieve Gedragstherapie (CGT) ontwikkeld waarin expliciet aandacht wordt besteed aan de gevaren van het googelen op ziektebeelden en symptomen. Want, zo stellen de onderzoekers, dokter Google biedt wel veel informatie maar kan dingen niet in het juiste perspectief plaatsen. Daar hebben patiënten dokters voor nodig.

De onderzoekers vroegen patiënten in de wachtkamers van vijf klinieken (afdelingen cardiologie, endocrinologie, gastro-enterologie, neurologie en long-geneeskunde) een korte screeningslijst in te vullen, de Health Anxiety Inventory (18 items, maximale score 54 punten). Op die manier screenden zij bijna 29.000 patiënten, van wie er 5769 (9%) meer dan 20 punten scoorden en bij wie er dus mogelijk sprake was van een ziekte-



Dokter Google kan informatie niet in het juiste perspectief plaatsen. Foto: iStock

angststoornis. Na exclusie en weigeringen selecteerden zij uiteindelijk 444 patiënten voor het onderzoek. Deze patiënten werden verdeeld over verschillende groepen en kregen vervolgens ofwel specifieke CGT (gemiddeld zes sessies) of standaard zorg (normale zorg in de kliniek). De onderzoekers vonden in de CGT-groep een vermindering van de Health Anxiety Score van 7,11 punten (SD 7,83) na zes maanden tegenover 2,33 punten (SD

5,76) in de standaardzorggroep. Dit verschil was na vijf jaar nog zichtbaar (CGT versus standaard zorg 2,06 punten (95%-BI -3,36 tot -0,75) meer verbetering; $p = 0,0021$). Een beperking van het onderzoek is dat nog geen 10% van de positief gescreende patiënten kon worden geïncludeerd. Als verklaring voor dit lage percentage noemen de onderzoekers dat patiënten gevraagd werd deel te nemen aan een psychologische behandeling terwijl ze in de wachtkamer zaten voor een mogelijk medische behandeling. Het resultaat van dit onderzoek is zeker hoopgevend. Ziekteangst kan immers leiden tot overmatig doktersbezoek, diagnostiek, behandeling en uiteindelijk weer meer ziekteangst. ■

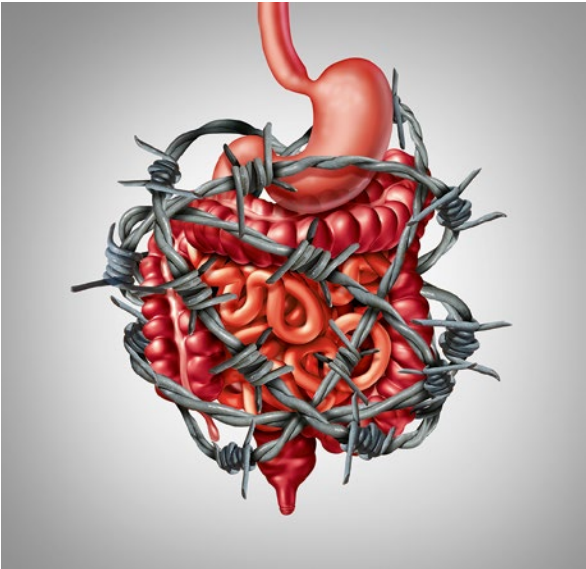
Tyrer P, et al. Cognitive-behaviour therapy for health anxiety in medical patients (CHAMP): a randomised controlled trial with outcomes to 5 years. Health Technol Assess 2017;21:50. <http://www.bbc.com/news/health-41176729>.

Aspecifieke buikpijn en alarmsymptomen bij darmkanker

Jurgen Damen

Darmkanker wordt vaak vastgesteld doordat patiënten buiten de screening om symptomen krijgen. Patiënten met darmkanker komen in het jaar voor hun diagnose vaker met buikklachten op het spreekuur. De huisarts schrijft die buikklachten soms ten onrechte toe aan andere aandoeningen en ook patiënten komen met mogelijke verklaringen voor klachten die eigenlijk alarmsymptomen zijn. Dit mechanisme kan het vaststellen van een vroege diagnose belemmeren.

Brandenburg et al. onderzochten bij 282 patiënten met darmkanker uit het registratienetwerk Groningen welke symptomen het meest samenhangen met het vaststellen van de diagnose darmkanker. Zij vergeleken deze patiënten met controles uit dezelfde populatie. Wat bleek? Patiënten met darmkanker kwamen in het jaar voor hun diagnose 1,41 keer zo vaak (95%-BI 1,25 tot 1,59) op het spreekuur. Zij kwamen zelfs 3,93 keer vaker (95%-BI 3,06 tot 5,05) als het



Screening lijkt effectief bij een snelle diagnose van darmkanker. Foto: Shutterstock

ging om darmklachten als buikpijn, obstipatie en maagpijn. De onderzoekers keken van 57 onderzochte patiënten de registraties in het HIS na. Daaruit bleek dat er bij 35 van hen gemiste diagnostische kansen waren, die

mogelijk hebben geleid tot een minder snelle diagnose. Hierin speelden patiëntfactoren een rol, maar ook drie factoren die bij de huisarts lagen. Achteraf bekeken werden alarmsymptomen mogelijk ten onrechte toegeschreven aan darmziekten als diverticulitis in de voorgeschiedenis. De huisartsen stelden ook diagnoses als een urineweginfectie die de klachten misschien niet volledig konden verklaren. Verder namen zij mogelijke verklaringen van patiënten voor hun alarmsymptomen voor waar aan, zoals nieuwe medicatie. De screening op darmkanker en de rode vlaggen uit de NHG-Standaard lijken ook in dit cohort effectief bij een snelle diagnose van darmkanker. Deze resultaten kunnen de reden zijn voor extra alertheid bij de huisarts als patiënten regelmatig op het spreekuur komen met aspecifieke darmklachten. Ook lijkt het raadzaam als huisartsen verklaringen van de patiënt voor alarmsymptomen kritisch evalueren. ■

Brandenburg D, et al. Possible missed opportunities for diagnosing colorectal cancer in Dutch primary care: a multimethods approach. Br J Gen Pract 2018;68:e54-e62.

Verhoogd risico cardiovasculaire ziekten na zwangerschapsdiabetes

Daan Backes

Vrouwen met zwangerschapsdiabetes hebben een hoger risico op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2, hypertensie en coronairlijden dan vrouwen zonder zwangerschapsdiabetes. De screening op diabetes in de jaren na de zwangerschap laat bij deze vrouwen echter te wensen over. Dat zijn de belangrijkste conclusies uit een Brits databaseonderzoek onder 9118 vrouwen met zwangerschapsdiabetes.

De onderzoekers vergeleken het risico op diabetes mellitus type 2, hyperten-

sie, coronairlijden en beroerte/TIA na de zwangerschap in een retrospectief cohort van 9118 vrouwen met zwangerschapsdiabetes en 37.281 vrouwen van vergelijkbare leeftijd zonder zwangerschapsdiabetes. Aangezien vrouwen met zwangerschapsdiabetes minder vaak rookten, een hoger BMI, een lagere sociaaleconomische status en vaker hypertensie hadden, corrigeerden de onderzoekers hiervoor in de analyses. Vrouwen met zwangerschapsdiabetes hadden een twintig maal grotere kans op diabetes mellitus type 2, een

tweemaal grotere kans op hypertensie en een 2,5 maal grotere kans op coronairlijden tijdens een mediane follow-upduur van drie jaar na de zwangerschap. Er was geen verschil in de kans op een beroerte/TIA. Hoewel de Britse NICE-richtlijn adviseert om te screenen op diabetes mellitus type 2 na zwangerschapsdiabetes, was er bij 24% van de vrouwen drie jaar na de bevalling geen glucose gemeten. In het eerste jaar na de bevalling werd slechts bij minder dan 60% van de vrouwen glucose gemeten.

De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 adviseert om bij vrouwen met zwangerschapsdiabetes gedurende de daaropvolgende vijf jaar jaarlijks een nuchtere glucosewaarde te bepalen. Het is nog maar de vraag of Nederlandse huisartsen deze controles beter uitvoeren dan hun Britse collega's, bij wie deze screening duidelijk te wensen over laat. En misschien is er bij die jaarlijkse controle nog winst te behalen door het meten van de bloeddruk en het geven van leefstijladviezen om hypertensie en coronairlijden te voorkomen. ■

Daly B, et al. Increased risk of ischemic heart disease, hypertension, and type 2 diabetes in women with previous gestational diabetes mellitus, a target group in general practice for preventive interventions: a population based cohort study. PLoS Medicine 2018;15:e1002488.

Patiënttevredenheid over opiaten bij gewrichtsklachten

Jurgen Damen

Klachten van het bewegingsapparaat gaan vaak gepaard met pijn. Deze pijn is niet altijd eenvoudig met medicijnen te behandelen. Dit onderzoek laat zien dat patiënten tevredener zijn over de behandeling als zij opiaten krijgen. Er kunnen echter vraagtekens worden geplaatst bij deze resultaten.

Sites et al. deden onderzoek naar de patiënttevredenheid bij opiaat- en niet-opiaatgebruikers binnen een Amerikaanse populatie met gewrichtsklachten. Aangezien in Amerikaanse vergoedingssystemen patiënttevredenheid steeds vaker een rol speelt, keken zij of deze tevredenheid afhankelijk was van het gebruik van opiaten. Hiertoe vergeleken ze 2564 opiaatgebruikers met 16046 niet-gebruikers met gewrichtsklachten. Zij maakten daarbij ook onderscheid tussen matig opiaatgebruik

(5 tot 9 prescripties in twee jaar) en veel opiaatgebruik (> 10 prescripties in twee jaar). Hun belangrijkste conclusie was dat de patiënttevredenheid toenam bij matig opiaatgebruik ten opzichte van geen gebruik van opiaten, OR 1,32 (95%-BI 1,18 tot 1,49). Matig gebruik gaf ook wat meer tevredenheid – OR 1,55 (95%-BI 1,29 tot 1,86) – dan veel gebruik, OR 1,43 (95%-BI 1,20 tot 1,70) vergeleken met niet-opiaatgebruiker. De auteurs stellen zelf vragen bij de resultaten. Ten eerste omdat er in dit onderzoek werd gecontroleerd voor pijn en het leek niet zo te zijn dat patiënten met meer pijn vaker opiaten kregen of dat hun pijn beter onder controle was. Ten tweede omdat de opiaatgebruikers en niet-opiaatgebruikers nogal verschilden wat betreft comorbiditeit en ervaren ge-



De NHG-Standaarden over het bewegingsapparaat adviseren terughoudendheid met opiaten. Foto: iStock

zondheid. Zij adviseren meer onderzoek op dit terrein. De NHG-Standaarden over het bewegingsapparaat raden de huisarts aan terughoudend te zijn met opiaten. Voordat patiënttevredenheid een factor wordt in het voorschrijven van opioïden moet deze relatie beter worden onderzocht. ■

Sites B, et al. Prescription opioid use and satisfaction with care among adults with musculoskeletal conditions. Ann Fam Med 2018;16:6-13.

Definitieve einddatum op herhaalrecept alfablokkers

Bèr Pleumeekers

Patiënten die middelen krijgen tegen veronderstelde prostaathypertrofie (BPH) gebruiken deze vaak langer dan zeven maanden. De NHG-Standaard adviseert zo mogelijk na zes maanden met het middel te stoppen, maar om onduidelijke redenen komt het daar vaak niet van. Het vermelden van een definitieve einddatum op het herhaalrecept biedt mogelijk een oplossing.

Voor de behandeling van mictieklachten bij mannen adviseert de NHG-Standaard een alfablokker zoals tamsulosine of alfuzosine voor te schrijven, de behandeling vervolgens na zes weken te evalueren en de behandeling bij gunstig resultaat na zes maanden te staken. Mochten de klachten terugkomen, dan kan de behandeling worden hervat. Voor

middelen als finasteride en dutasteride is geen plaats in de huisartsenpraktijk. Bij 88% van de nieuwe gebruikers schrijft de huisarts een voorkeursmedicijn voor. Van de mannen die in 2016 zijn gestart met een middel tegen mictieklachten stopt ongeveer 30% na het eerste recept. Meer dan helft van de mannen die het middel blijft gebruiken, doet dit echter langer dan zeven maanden. Het is niet duidelijk of geen stoppoging is ondernomen, omdat patiënt dat niet wilde of omdat de huisarts dit is vergeten. Er zijn overigens grote landelijke verschillen bij gebruikers die langer dan zeven maanden doorgaan met de behandeling zonder dat er een stoppoging wordt ingelast. Bij de behandeling van mictieklachten bij mannen heeft medicamenteuze

behandeling slechts beperkte waarde. Het placebo-effect speelt waarschijnlijk ook een rol bij een vermeend positief resultaat. Aangezien deze middelen vaker worden voorgeschreven naargelang mannen ouder worden en ouderen als groep toch al vaker chronische herhaalmedicatie gebruiken, zou dit weleens de reden kunnen zijn dat een stoppoging wordt vergeten. Het vermelden van een definitieve einddatum op het herhaalrecept kan hiervoor een oplossing bieden. ■

Lambooij A, et al. Monitor Voorschrijfgedrag Huisartsen 2017. Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. www.medicijngebruik.nl.

Verdere stijging van aantal mensen met lymeziekte

Kees van den Wijngaard

Het RIVM meldt een stijging van het aantal diagnoses van erythema migrans in de periode van 2014 tot 2017: van 23.500 naar 25.500 per jaar. Dat blijkt uit een peiling onder huisartsen. Ook tekenbeetconsulten komen vaker voor. Gemiddeld leidt 2 tot 3% van de tekenbeten tot lymeziekte, en bij een volgezo-gen teek twee keer zo vaak.

Bij 95% van de lymepatiënten blijft het acute stadium van de ziekte beperkt tot een erythema migrans (EM): een langzaam uitbreidende ring- of vlekvormige uitslag. Daarnaast worden bij 5% van de patiënten latere manifestaties vastgesteld, zoals neuroborreliose, lymeartritis, borrelia-lymfocytoom, of acrodermatitis chronica atroficans. Sommige patiënten houden langdurig klachten, ook na behandeling met antibiotica. Het gaat dan om spier- en gewrichtspijn, neurocognitieve symptomen en vermoeidheid. Het

totaal aantal gevallen van lymeziekte in 2017 wordt geschat op 27.000. Over de oorzaken van langdurige klachten na lymeziekte is onvoldoende bekend. Mogelijke verklaringen voor de langdurige klachten zijn een persisterende infectie, een aberrante afweerrespons, restschade van de infectie, of cognitieve en gedragsmatige factoren. Daarnaast kunnen ook andere ziekteverwekkers die in teken voorkomen een rol spelen. De komende twee jaar wordt onderzoek gedaan naar tekenbeetziekten anders dan lymeziekte, en andere mogelijke oorzaken van langdurige lymegerelateerde klachten. Via tekenradar.nl worden hiervoor patiënten geworven, waarbij patiënten zichzelf kunnen aanmelden. Het gaat om volwassenen én kinderen met EM of een andere vorm van lymeziekte, en volwassenen met koorts na een tekenbeet. Op tekenradar.nl/arts kunnen huisartsen meer informatie vinden over het onderzoek en meer over



Gemiddeld leidt 2 tot 3% van de tekenbeten tot lymeziekte Foto: iStock

tekenbeten en de ziekte van Lyme, waaronder voorbeeldfoto's van (atypische) EM. Daarnaast is er de NHG-Behandelrichtlijn Tekenaar en erythema migrans. ■

Lyme in Nederland: erythema migrans incidentie per gemeente, www.tekenradar.nl. Hofhuis A, et al. Predicting the risk of Lyme borreliosis after a tick bite, using a structural equation model. PLoS One 2017;12:e0181807.

Vragen naar alcohol geen probleem voor drinkers

Nadia van de Spek

Het problematisch alcoholgebruik onder 55-plussers is fors toegenomen in vergelijking met jongere volwassenen, vooral in de groep van 55 tot 75 jaar. De huisarts kan met een eenvoudige interventie echter direct invloed uitoefenen op het drinkgedrag.

Uit onderzoek van Jellinek Preventie onder 432 Amsterdammers boven de 30 jaar die alcohol drinken, blijkt dat driekwart van de zware drinkers zich weleens zorgen maakt over het eigen drinkgedrag. Hiervan zegt 18% een eventuele stoppoging met de huisarts te willen bespreken, terwijl slechts 4% dit ook daadwerkelijk doet. Vrijwel alle drinkers geven aan het geen probleem te vinden als de huisarts hen hiernaar



80% van alle drinkers vindt het belangrijk dat de huisarts hen naar hun alcoholgebruik vraagt. Foto: iStock

vraagt, 80% vindt dit zelfs belangrijk. Hier ligt een kans voor de huisarts. De NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik stelt dat alleen al het uitvragen van het alcoholgebruik van de patiënt en het toepassen van een korte interven-

tie kunnen leiden tot vermindering van drie tot vier glazen alcohol per week. Een korte interventie is het leggen van een verband tussen het problematisch alcoholgebruik en andere psychische en fysieke klachten. Indien wenselijk, kan de huisarts de patiënt vervolgens verwijzen naar online zelfhulpwebsites die te vinden zijn op Thuisarts.nl. ■

Trimbos-instituut. Alcoholgebruik onder 55-plussers. Trimbos-instituut, 2017. https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=af1538. Jellinek. Alcoholgebruik onder volwassenen, rapportage online onderzoek. Jellinek, 2016. http://docplayer.nl/49400777-Alcoholgebruik-onder-volwassenen.html.

De toekomst van het cardiovasculair risicoprofiel

Ralf Harskamp, Petra van Peet, Mike Peters, Henk van Weert

Het in Nederland gebruikte risicomodel voor cardiovasculair risicomanagement gaat uit van puur klinische parameters en is niet bijzonder nauwkeurig. Aanvullende risico-indicatoren vereisen beeldvormend onderzoek of bloedonderzoek, maar kunnen wel relevant zijn voor mensen met een matig verhoogd risico (10-20%). De calciumscore op een coronaire CT-scan lijkt de grootste bijdrage te kunnen leveren. Ook de enkel-armindex, carotisechografie, *high-sensitivity* CRP en cardiale biomarkers zoals *high-sensitivity* troponine en (NT-pro)BNP zijn veelbelovend, maar hebben minder impact. Misschien is er in de toekomst plaats voor een multimodale teststrategie die deze indicatoren combineert. Hun waarde in de huisartsenpraktijk en hun plaats in toekomstige CVRM-protocollen moeten echter nog worden onderzocht.

Hart- en vaatziekten zijn in Nederland verantwoordelijk voor grofweg een derde van de overlijdensgevallen en voor een aanzienlijk deel van de langdurige zorgbehoefte.^{1,2} Het cardiovasculair risicoprofiel is een belangrijk hulpmiddel om mensen met een verhoogd risico op zo'n ziekte vroegtijdig op te sporen.³ Zo'n profiel geeft een indruk van de kans om binnen tien jaar een hart- en vaatziekte te krijgen: 'laag' (< 10%), 'matig' (10-20%) of 'hoog' (> 20%). De onderliggende modellen hebben een redelijk goede voorspellende waarde, met een C-statistiek van 0,7 tot 0,8 (0,5 staat gelijk aan het opgooien

Bestaande CV-predicti modellen schatten het risico bij ongeveer 20% verkeerd in

van een munt, 1,0 aan een perfecte voorspelling).^{4,5} Ze zijn echter aanzienlijk minder betrouwbaar voor mensen ouder dan 70 jaar, voor mensen jonger dan 50 jaar en voor bepaalde bevolkingsgroepen. Over het algemeen schatten de bestaande predicti modellen het cardiovasculair risico bij ongeveer een op de vijf mensen verkeerd in en zijn ze ook geneigd het risico licht te overschatten.^{4,6} Om het percentage ten onrechte onbehandelde patiënten te verkleinen en overbehandeling te voorkomen heeft het dus zin deze modellen te herijken,

temeer daar er steeds meer goed meetbare parameters voor hart- en vaatziekten gevonden worden.

BESTAANDE RICHTLIJNEN EN NIEUWE INDICATOREN

De huidige NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement gebruikt een risicoscore die gebaseerd is op twee Nederlandse cohorten.³ De risicofactoren zijn leeftijd, geslacht, roken, systolische bloeddruk en de verhouding totaal cholesterol-HDL; voor mensen met reumatoïde artritis of diabetes mellitus wordt vijftien jaar opgeteld bij de leeftijd. Bij mensen met een matig cardiovasculair risico wordt medicamenteuze behandeling alleen geadviseerd als er risicoverhogende factoren zijn, zoals een belaste familieanamnese, verminderde lichamelijke activiteit, obesitas of verminderde nierfunctie in combinatie met een systolische bloeddruk > 140 mmHg of een LDL > 2,5 mmol/l.

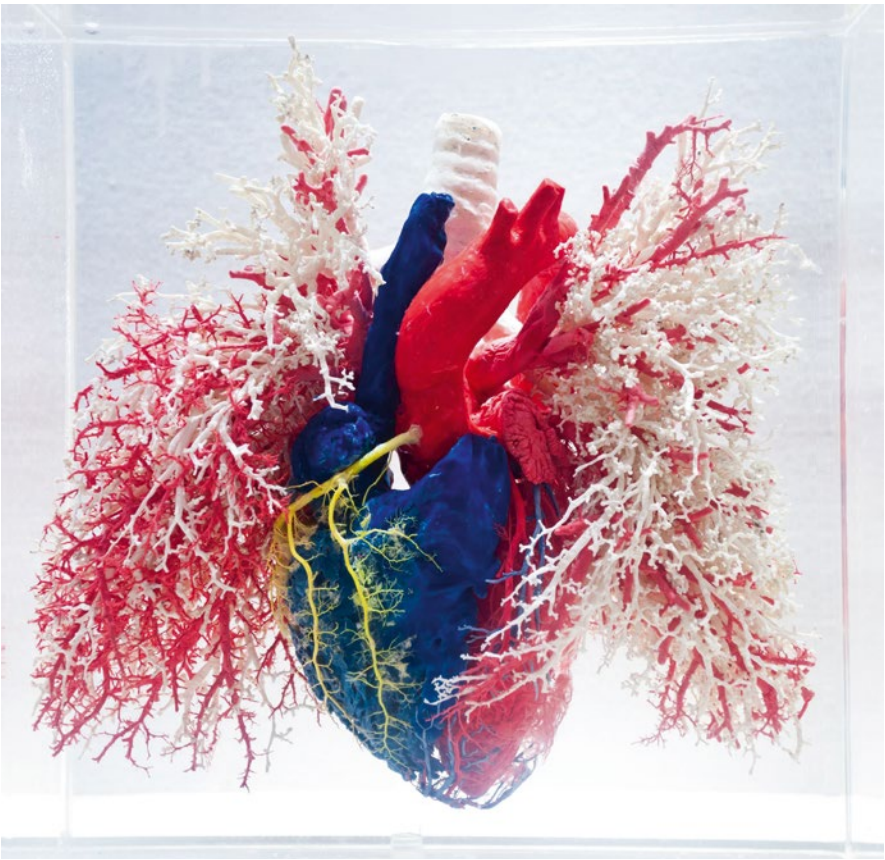
In Europa en de Verenigde Staten zijn diverse risicomodellen in gebruik met verschillende risico-indicatoren. Een van de bekendste, de Amerikaanse Framingham-risicoscore, is in 2013 vervangen door de ASCVD Risk Estimator.^{7,8} In Europa is de HeartScore beschikbaar in zeventien talen.^{9,10} In het Verenigd Koninkrijk is recentelijk de JBS3 Risk Calculator geïntroduceerd, die rekening houdt met sociaal-economische status, boezemfibrilleren, reumatoïde artritis en familiair voorkomen van hart- en vaatziekte.¹¹

Een betrouwbare risico-indicator moet aan een aantal eisen voldoen.¹² Er moet een duidelijke correlatie zijn tussen de indicator en de ziekte, en de risico-indicator moet prospectief gevalideerd zijn. Daarnaast moet de indicator iets toevoegen aan bestaande voorspellers: de nieuwe classificatie moet voor de patiënt resulteren in een andere behandeling en in betere klinische uitkomsten. En tot slot moet de indicator kosteneffectief zijn. In de komende alinea's zal blijken dat de meeste kandidaat-indicatoren slechts ten dele aan deze criteria voldoen. De [tabel] geeft een overzicht van de aanbevelingen over deze nieuwe indicatoren in Europese en Amerikaanse richtlijnen.

BEELDFORMENDE TECHNIEKEN

CT-scan van de kransslagaders

Een kenmerk van atherosclerose is de geleidelijke opbouw van kalkhoudende afzetting op de vaatwand. De hoeveelheid kalkrijke plaques die zichtbaar is op een coronaire CT-scan



Hart- en vaatziekten zijn verantwoordelijk voor een derde van de overlijdensgevallen.

Foto: iStock

kan worden uitgedrukt in een calciumscore. Deze score heeft een goede voorspellende waarde voor het ontwikkelen van een hart- en vaatziekte, met name bij patiënten met een matig cardiovasculair risico (10-20%).¹² De calciumscore leidde in deze groep bij één op de vijf patiënten tot terechte herclassificatie naar een lager risico en bij één op de drie tot terechte herclassificatie naar een hoger risico.^{13,14} De Europese richtlijn voor cardiovasculair risicomanagement onderschrijft de toegevoegde waarde van de calciumscore bij patiënten met een matig risico.¹⁰

DE KERN

- Het cardiovasculair risicoprofiel is in zijn huidige vorm eenvoudig en redelijk betrouwbaar; grosso modo zijn vier op de vijf inschattingen juist.
- Nieuwe risico-indicatoren op basis van beeldvormend onderzoek en bloedonderzoek kunnen de inschatting nauwkeuriger maken.
- De nieuwe indicatoren verbeteren de voorspellende waarde van het profiel vooral bij mensen met een matig verhoogd cardiovasculair risico [10-20%].
- Naast de voorspellende waarde moet ook worden gekeken naar gezondheidswinst, kosteneffectiviteit en gebruiksvriendelijkheid van een nieuw risicoprofiel.

Enkel-armindex

De enkel-armindex is een bruikbaar diagnostisch instrument voor perifere vaatlijden en heeft ook voorspellende waarde voor andere hart- en vaatziekten.¹⁰ In een meta-analyse bleek dat 19% van de mannen en 36% van de vrouwen terecht een herclassificatie kreeg als men de enkel-armindex toevoegde aan de Framingham-risicoscore. Bij vrouwen bleek met name een afwijkende enkel-armindex het risico te verhogen van matig naar hoog, bij mannen bleek juist een normale enkel-armindex het risico te verlagen van hoog naar matig.¹⁵

Echografie van de halsslagaders

Echografie van de arteriae carotides om plaques te detecteren heeft vooral toegevoegde waarde bij patiënten met een matig risico. Bij 8 tot 11% van deze patiënten leidt de echo tot terechte herclassificatie.¹⁶ De aanwezigheid van carotisplaque is het sterkst gerelateerd aan CVA of TIA, in mindere mate aan coronaire hartziekten.¹⁷ De voorspellende waarde van meting van de intima-media-dikte voor hart- en vaatziekten is onduidelijk.¹⁸

Elektrocardiografie

De bijdrage van ecg aan het voorspellen van cardiovasculair risico in de eerste lijn hangt af van de populatie. In een Amerikaans bevolkingsonderzoek bij 70-plussers met een

Tabel

Toegevoegde waarde van nieuwe indicatoren bij matig risico op hart- en vaatziekte

Parameter	Herclassificatie*	Aanbeveling†		Bewijs‡	
		ESC	ACC/AHA	ESC	ACC/AHA
Calciumscore op coronaire CT-scan	↑ ≈ ↓	IIb	IIb	B	B
Enkel-armindex	↑ ≈ ↓	IIb	IIb	B	B
Echografie van de aa. carotides	↑ > ↓	IIb	O	B	–
Intimamediadikte	–	III	III	A	B
Elektrocardiografie	↑ > ↓	O	O	–	–
High-sensitivity CRP	↑ > ↓	III	IIb	B	B
High-sensitivity troponine	↑ > ↓	III	O	B	–
BNP en NT-proBNP	↑ > ↓	III	O	B	–
Multimodale strategie§	↑ ≈ ↓	–	–	–	–

Bronnen: ESC-richtlijn¹⁰; ACC/AHA-richtlijn.⁸

* De betreffende indicator zal de risicoscore van de patiënt ongeveer even vaak verhogen als verlagen (↑ ≈ ↓), of zal de risicoscore eerder verhogen (↑ > ↓).

† I = wordt aanbevolen; IIa = moet worden overwogen; IIb = mag worden overwogen; III = wordt afgeraden; O = onvoldoende gegevens.

‡ A = meerdere RCT's of meta-analyses; B = een enkele RCT of meerdere grote niet-gerandomiseerde onderzoeken.

§ Combinatie van high-sensitivity CRP en troponine, NT-proBNP, linkerventrikelhypertrofie op ecg en calciumscore op een coronaire CT-scan.

matig risico zorgde het ecg bij 13,6% van de deelnemers voor terechte herclassificatie naar de hoogrisicogroep.¹⁹ In een bevolkingsonderzoek bij 3,6 miljoen Canadezen met een gemiddeld laag risico daarentegen leverde een routine-ecg geen gezondheidswinst op, maar wel een vijfmaal verhoogd risico op onnodige aanvullende diagnostiek.²⁰ In een Nederlands cohortonderzoek bleek het effect van een ecg op het cardiovasculair risico marginaal positief: 1% bleek een hoger risico te hebben op myocardinfarct en 0,5% een hoger risico op atriumfibrilleren.²¹

SEROLOGISCHE INDICATOREN

Serologische indicatoren oftewel *biomarkers* voor een verhoogd cardiovasculair risico zijn in een aantal groepen te verdelen. Protrombotische markers zijn bijvoorbeeld homocysteïne en lipoproteïnegeassocieerde fosfolipase-A2, een inflammatoir marker is high-sensitivity C-reactief proteïne (hsCRP), en er zijn lipidenmarkers zoals apolipoproteïnes en cardiale markers zoals high-sensitivity troponine en breinnatriuretisch peptide (BNP) of de precursor daarvan, NT-proBNP.¹⁰

High-sensitivity troponine en BNP zijn veelbelovende biomarkers

De recente Europese richtlijn geeft aan dat er nog te weinig bekend is over de toegevoegde waarde van deze biomarkers boven op conventionele risicofactoren om ze standaard toe te passen, maar erkent dat biomarkers voor individuele patiënten toegevoegde waarde kunnen hebben.¹⁰

HsCRP

De Amerikaanse richtlijn kent wel een plaats toe aan de hsCRP, een merkstof voor laaggradige inflammatie. HsCRP

is gevalideerd in de Reynolds risk score,²² en wordt dan ook geadviseerd als optie voor het screenen van patiënten met een matig risico. Een concentratie ≥ 2 mg/l wordt beschouwd als risicoverhogend en kan dus een indicatie zijn voor een medicamenteuze interventie.⁸

Troponine

Behalve hsCRP is ook high-sensitivity troponine een veelbelovende biomarker. Troponine komt vrij bij het verval van hartspiercellen en is vooral bekend omdat het grote diagnostische en prognostische waarde heeft bij het aantonen van acuut coronair syndroom. Er is ook veel onderzoek gedaan naar de voorspellende waarde van zeer lage concentraties troponine bij patiënten zonder symptomen van een hart- en vaatziekte. Daaruit blijkt dat na correctie voor andere beïnvloedende factoren ook een lage concentratie troponine, en vooral een toename over de tijd, duidelijk geassocieerd is met het ontwikkelen van hart- en vaatziekten.²³⁻²⁶ In een grote meta-analyse met 154.052 personen die nog niet eerder een hart- en vaatziekte hadden gehad, bleek dat degenen met de hoogste troponineconcentraties een (gecorrigeerd) relatief risico hadden van 1,43 voor een niet-fatale en van 1,67 voor een fatale hart- en vaatziekte ten opzichte van degenen met de laagste troponineconcentraties.²⁵

BNP en NT-proBNP

Ook van BNP en diens precursor NT-proBNP wordt veel verwacht als risico-indicator. Beide markers komen vrij uit hartspiercellen als gevolg van toegenomen volume en wandspanning, en beide zijn dan ook verhoogd bij patiënten met hartfalen. Ook bij patiënten zonder hartfalen zijn verhoogde concentraties BNP en NT-proBNP geassocieerd met risico op een hart- en vaatziekte.²⁷ In een Japans onderzoek onder patiënten met hypertensie (n = 5865) leidde het toevoegen van BNP aan het Framingham-risicomodel tot herclassificatie

van 13,2% van de deelnemers.²⁸ Een Duits onderzoek in de algemene bevolking (n = 3782) bevestigde dat BNP voorspellende waarde had boven op traditionele risicofactoren.²⁹ En in een Schots onderzoek onder mannen met een matig cardiovasculair risico in de algemene bevolking (n = 4801) leidde toevoeging van NT-proBNP aan traditionele risicofactoren tot herclassificatie van 19,8% van de deelnemers naar een hogere risicogroep.³⁰

COMBINATIES VAN RISICO-INDICATOREN

In de algemene bevolking zijn nog relatief weinig onderzoeken gedaan naar de toegevoegde waarde van biomarkers bij primaire cardiovasculaire preventie. In Kopenhagen is bij 5454 inwoners zonder hart-en-vaatziekten met bloedonderzoek en een ecg gezocht naar aanwijzingen voor ischemie, waarna de deelnemers gemiddeld tien jaar werden gevolgd.³¹ De combinatie van NT-proBNP en ecg-afwijkingen bleek hart- en vaatziekten beter te voorspellen dan de bestaande klinische risicomodellen. De combinatie leidde bij 49,7% van alle deelnemers tot een terechte herclassificatie en van de deelnemers die uiteindelijk geen hart- en vaatziekte kregen, was zelfs 56,2% correct geherclassificeerd. In een multi-etnisch Amerikaans cohort zijn 6814 deelnemers met een blanco cardiovasculaire voorgeschiedenis gemiddeld tien jaar lang gevolgd.³² De onderzoekers keken specifiek naar risicofactoren met een negatief voorspellende waarde, waaronder calciumscore, NT-proBNP en hsCRP. Een lage calciumscore bleek de beste indicator om patiënten te herclassificeren naar een lagere risicogroep, een negatieve familieanamnese was de een-na-beste indicator. In een recent onderzoek werd dit multi-etnische cohort gecombineerd met het cohort van de Dallas Heart Study (n = 2202) en werd aanvullend gekeken naar linkerventrikelhypertrofie op het ecg en high-sensitivity troponine.³³ De onderzoekers zagen dat 79% van de patiënten die een hart- en vaatziekte kregen twee of meer afwijkende indicatoren had en dat slechts 3% van de patiënten die een hart- en vaatziekte kregen géén afwijkende indicatoren had. De auteurs concludeerden dat een multimodale teststrategie die hs-troponine, hsCRP, NT-proBNP, linkerventrikelhypertrofie en calciumscore combineert, leidt tot een klinisch relevant betere voorspelling van het cardiovasculaire risico. Ook hier lijkt de herclassificatie met name van belang voor de groep met matig risico.

KRITISCHE KANTTEKENINGEN

In het voorgaande hebben we een aantal beeldvormende technieken en biomarkers beschreven die de bestaande cardiovasculaire predictiemodellen in principe zouden kunnen verbeteren. Een aantal kanttekeningen is daarbij wel op zijn plaats. Ten eerste is de kans reëel dat sommige onderzoeksresultaten vertekend zijn – voor een reeks biomarkers is dat al aangetoond.³⁴ Publicatiebias is de reden dat de voorspellende waarde van homocysteïne, cysteïne C, verscheidene lipoproteïnes en de conventionele CRP-bepaling waarschijnlijk minder groot is dan het beschikbare onderzoek suggereert.¹⁰

Ten tweede moet nog maar worden bewezen dat het toevoegen van nieuwe indicatoren niet alleen leidt tot een beter predictiemodel, maar ook tot gezondheidswinst in de Nederlandse huisartspraktijk. En dan zou die gezondheidswinst ook kosteneffectief moeten zijn. Ten derde zijn de nieuwe indicatoren niet al te gebruiksvriendelijk en dus niet zo makkelijk te implementeren.

De calciumscore op een coronaire CT-scan lijkt de grootste bijdrage te kunnen leveren

CONCLUSIE

De huidige risicotabellen steunen grotendeels op klinische parameters en voorspellen het optreden van een hart- en vaatziekte redelijk goed. Duidelijk is wel dat de inschatting van het cardiovasculair risico een stuk beter wordt wanneer men de coronaire calciumscore of een multimodale teststrategie toevoegt, en dan vooral voor mensen met een matig cardiovasculair risico (10-20%). Voorzichtigheid is echter geboden, want de resultaten in de onderzochte cohorten kunnen vertekend zijn en dan nog zijn gezondheidswinst en kosteneffectiviteit niet gegarandeerd. De plaats van deze nieuwe risicoparameters in toekomstige CVRM-protocollen moet nog nader worden bekeken. ■

LITERATUUR

1. Hilderink HB. Ziektelast in DALY's: Ziektelast naar risicofactor [internet]. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2017. www.volksgezondheidenzorg.info, geraadpleegd maart 2018.
2. Bots ML, Buddeke J, Van Dis I, Vaartjes I, Visseren FL. Hart- en vaatziekten in Nederland, 2017. Den Haag: Hartstichting, 2017.
3. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:14-28.

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

Harskamp RE, Van Peet PG, Peters MJ, Van Weert HC. De toekomst van het cardiovasculair risicoprofiel. Huisarts Wet 2018;61[5]:14-7. DOI:10.1007/s12445-018-0121-4. AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. R.E. Harskamp, postdoctoraal onderzoeker in opleiding tot huisarts, r.e.harskamp@gmail.com; prof. dr. H.C.P.M. van Weert, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. LUMC, afdeling Public health en eerstelijns geneeskunde, Leiden: dr. P.G. van Peet, huisarts en universitair hoofddocent. VUmc, afdeling Interne geneeskunde, Amsterdam: dr. M.J.L. Peters, internist en staflid Interne-ouderengeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Nieuwe mogelijkheden bij cardiovasculaire risico-inschatting

Michiel Bots

Wanneer we de kans dat een patiënt binnen de komende tien jaar klachten van hart- en vaatziekten krijgt kunnen schatten, om daar vervolgens beleidsconsequenties aan te verbinden, wordt het mogelijk om gericht preventief te handelen. Er zijn veel verschillende CVRM-voorspelregels bedacht, die variëren in het aantal en soort voorspellende factoren. Slechts enkele daarvan zijn gevalideerd. Hoewel de roep om verbetering van de CVRM-voorspelregels al geruime tijd klinkt, is de bewijsvoering nog steeds beperkt. Nieuwe mogelijkheden dienen zich echter aan.

Harskamp en collega's beschrijven in dit tijdschrift hun visie op het verbeteren van cardiovasculaire risicovoorspelling in de eerste lijn door verschillende metingen toe te voegen aan de bestaande voorspelregels.¹ Het uitgangspunt is namelijk dat de huidige voorspelregels verbeterd kunnen worden. Zij concluderen dat er onvoldoende bewijs is om af te wijken van de huidige NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM).²

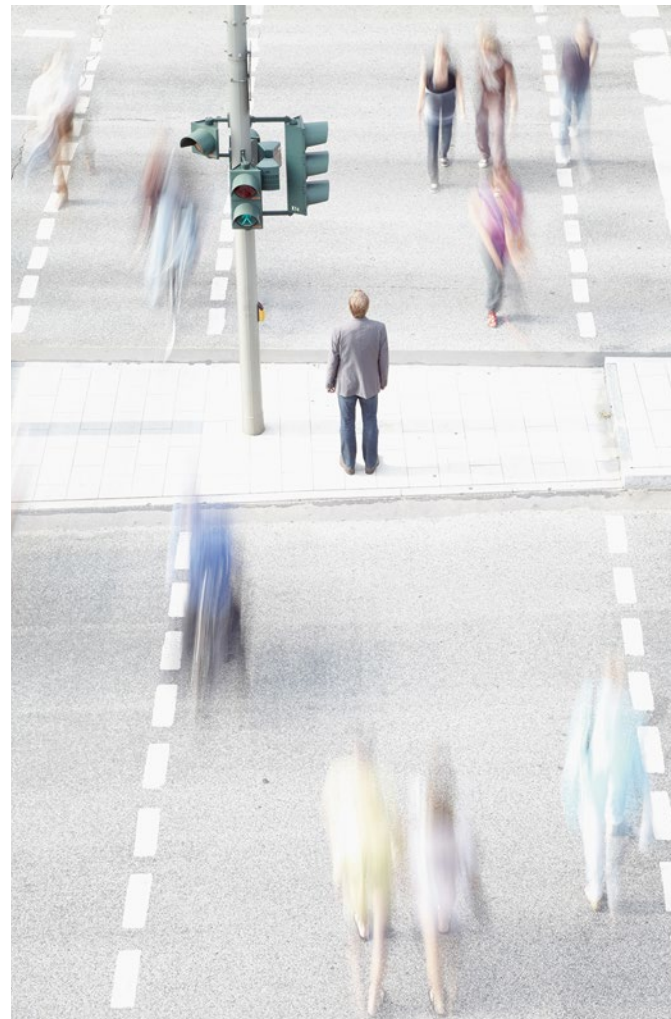
Hun conclusie komt overeen met bevindingen uit een recente publicatie in het *British Medical Journal*, die een overzicht geeft van 363 gepubliceerde CVRM-voorspelregels, sommige op basis van beperkte, andere met uitgebreide metingen.³ Bepaalde modellen voorspellen matig, andere veel beter. De meeste voorspelregels gelden voor personen tussen de 30 en 75 jaar. Slechts 19% van de regels was extern gevalideerd en er waren nauwelijks onderzoeken die de gevalideerde regels met elkaar vergelijken.³ Helaas gaat geen van de onderzoeken in op het probleem dat een persoon ouder dan 70 jaar in de

Er is grote behoefte aan verbeterde CVRM-voorspelregels

huidige NHG-Standaard vrijwel altijd in het 'rood' zit, zelfs bij een fraai cardiovasculair risicofactorprofiel, en dat vooral vrouwen van jonge leeftijd, ook al hebben ze een slecht risicoprofiel, vrijwel altijd in het 'groen' zitten.⁴ Oplossingen voor dat laatste zoekt men in het gebruik van life-time-risicoschattingen, ziektevrije levensjaren in plaats van de kans op ziekte, en in het gebruik van relatieve risico's in combinatie met de absolute risicoschatting. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) van 2018 zal hier naar verwachting aandacht aan besteden.

WAAR ZITTEN DAN POTENTIËLE VERBETERINGEN?

Terwijl de nieuwe bloedmarkers de risicoschatting maar



Het meten van coronaire kalk lijkt een toegevoegde waarde te hebben bij cardiovasculaire risico-inschatting. Foto: Plainpicture, Hollandse Hoogte

beperkt verbeteren, lijkt het meten van coronaire kalk wel een toegevoegde waarde te hebben. Coronaire kalk is een van de krachtigste voorspellers van hart- en vaatziekten in de algemene bevolking. De voordelen (risicoschattingverbetering)

en de nadelen (straling, toevalsbevindingen) van het bepalen van het coronaire kalk zijn echter nog niet helemaal helder. Ook is het effect op de gezondheidswinst nog niet helemaal duidelijk. Er loopt een gerandomiseerde trial in Nederland die hierover belangrijke informatie moet opleveren.⁵ Meestal proberen we voorspelregels vooral te verbeteren op basis van de beschikbare bevolkingsonderzoeken en trials, waarbij we extra informatie, bijvoorbeeld een carotis intima-mediadiktemeting (CIMT-meting), aan de beperkte standaardmetingen toevoegen om te kijken of de voorspelling verbetert.⁶ Voorspellingen kunnen we ook verbeteren door gebruik te maken van informatie die reeds in het elektronisch medisch dossier (EMD) aanwezig is. Dan gaat het bijvoorbeeld om (niet-vasculaire) comorbiditeit, (niet-cardiovasculair) medicatiegebruik, contra-indicaties, familiale (niet-cardiovasculaire) voorgeschiedenis, sociaal-economische informatie, en aspecten die met mobiliteit, behuizing en spanning te maken hebben. Daarnaast kunnen we ook uitslagen gebruiken van onderzoeken die gedurende het leven voor allerlei (niet-cardiovasculaire) klachten zijn verricht.⁷⁻¹⁰ Denk bijvoorbeeld aan het toenemende aantal CT-scans dat in de routinezorg gemaakt wordt, waaronder thorax-CT-scans voor niet-cardiovasculaire indicaties.¹¹ Wanneer informatie over coronaire kalk van deze scans automatisch in het EMD zou worden vastgelegd, krijgen we informatie die we nu laten liggen. Met de huidige 'textmining-technieken' en 'big data analytics-methoden' zijn we beter dan vroeger in staat om EMD-data te evalueren. Vervolgens kunnen we algoritmes ontwikkelen die deze informatie gebruiken, naast de bestaande risicofactoren, om de kans te voorspellen op het krijgen van een hartvaatziekte binnen een bepaalde tijdsperiode.⁷⁻¹⁰ Een dergelijke benadering heeft potentie, maar heeft wel zorgvuldige evaluatie en validatie, in combinatie met schattingen van gezondheidswinst.^{11,12} Tot die tijd is de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement nog altijd leidend. ■

LITERATUUR

1. Harskamp RE, Van Peet PG, Peters MJ, Van Weert HC. Cardiovasculair risico-inschatting: een toekomstverkenning. Huisarts Wet 2018;61(5):DOI:10.1007/s12445-018-0121-4.

2. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:14-28.
3. Damen JA, Hooft L, Schuit E, Debray TP, Collins GS, Tzoulaki I, et al. Prediction models for cardiovascular disease risk in the general population: systematic review. BMJ 2016;353:i2416.
4. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2016;37:2315-81.
5. Vonder M, Van der Aalst CM, Vliegenthart R, Van Ooijen PMA, Kuipers D, Gratama JW, et al. Coronary artery calcium imaging in the ROBINSCA trial: rationale, design, and technical background. Acad Radiol 2018;25:118-128.
6. Den Ruijter HM, Peters SA, Anderson TJ, Britton AR, Dekker JM, Eijkemans MJ, et al. Common carotid intima-media thickness measurements in cardiovascular risk prediction: a meta-analysis. JAMA 2012;308:796-803.
7. Rumsfeld JS, Joynt KE, Maddox TM. Big data analytics to improve cardiovascular care: promise and challenges. Nat Rev Cardiol 2016;13:350-9.
8. Weng SF, Reys J, Kai J, Garibaldi JM, Qureshi N. Can machine-learning improve cardiovascular risk prediction using routine clinical data? PLoS One 2017;12:e0174944.
9. Obermeyer Z, Emanuel EJ. Predicting the future – big data, machine learning, and clinical medicine. N Engl J Med 2016;375:1216-9.
10. Neff G. Why big data won't cure us. Big Data 2013;1:117-123.
11. https://www.rivm.nl/Onderwerpen/M/Medische_Stralingstoe-passingen/Trends_en_stand_van_zaken/Diagnostiek/Computer_Tomografie/Trends_in_het_aantal_CT_onderzoeken. Geraadpleegd op 19 maart 2018.
12. Riley RD, Ensor J, Snell KI, Debray TP, Altman DG, Moons KG, et al. External validation of clinical prediction models using big datasets from e-health records or IPD meta-analysis: opportunities and challenges. BMJ 2016;353:i3140.
13. Collins GS, Reitsma JB, Altman DG, Moons KG. Transparent reporting of a multivariable prediction model for individual prognosis or diagnosis (TRIPOD): the TRIPOD statement. BMJ 2015;350:g7594.

Bots ML. Nieuwe mogelijkheden bij cardiovasculaire risico-inschatting. Huisarts Wet 2018;61(5):18-9. DOI:10.1007/s12445-018-0123-2. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht: M.L. Bots, arts-epidemioloog, hoogleraar Epidemiologie van cardiovasculaire aandoeningen, m.l.bots@umcutrecht.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Herkennen van bacteriële lage-luchtweginfecties

Jolien Teepe

- Inleiding

Voor het indiceren van antimicrobiële behandeling kan het in sommige gevallen relevant zijn om bacteriële van virale infecties te kunnen onderscheiden. Op dit moment is nog niet bekend in welke mate gemakkelijk toegankelijke klinische gegevens een bacteriële infectie voorspellen. Wij onderzochten de diagnostische waarde van anamnese, lichamelijk onderzoek, C-reactief proteïne (CRP) en procalcitonine voor bacteriële lageluchtweginfecties.
- Methode

In dit crossectionele observationele onderzoek includeerden we volwassen patiënten die de huisarts bezochten vanwege acute hoest (≤ 28 dagen). Alle patiënten ondergingen een gestructureerde anamnese en lichamelijk onderzoek, de huisartsen maten CRP en procalcitonine in veneus bloed, en lieten een thoraxfoto maken. De diagnose van een bacteriële infectie vond plaats aan de hand van een kweek, een polymerasekettingreactie en serologie. De definitie van een positief resultaat was de aanwezigheid van *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis* of *Legionella pneumophila*.
- Resultaten

Bij 539 patiënten was er sprake van een bacteriële lageluchtweginfectie (17%) en 38 patiënten (1%) hadden een bacteriële pneumonie. Het enige item met diagnostische waarde was gekleurd sputum [oppervlakte onder de *receiver operating characteristic curve* (ROC-oppervlakte) 0,56, 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,54 tot 0,59]. Na toevoeging van CRP nam de ROC-oppervlakte toe tot 0,62 [95%-BI 0,59 tot 0,65]. Voor bacteriële pneumonie hadden comorbiditeit, koorts en crepiteren bij auscultatie diagnostische waarde (ROC-oppervlakte 0,68, 95%-BI 0,58 tot 0,77). Toevoegen van CRP vergrootte de ROC-oppervlakte tot 0,79 [95%-BI 0,71 tot 0,87]. Procalcitonine had geen toegevoegde diagnostische waarde.
- Conclusie

Anamnese, lichamelijk onderzoek en CRP hebben diagnostische waarde voor een bacteriële oorzaak bij volwassenen die met een acute lageluchtweginfectie op het spreekuur komen. Het vermogen van deze diagnostische indicatoren om een bacteriële oorzaak uit te sluiten was echter zeer beperkt.

INLEIDING
Een lageluchtweginfectie is een van de belangrijkste redenen voor een bezoek aan de huisarts.^{1,2} Een mogelijke bacteriële verwekker komt voor bij 19 tot 43% van de patiënten die met een lageluchtweginfectie bij de huisarts komen.³⁻⁶ Men neemt over het algemeen aan dat bacteriële infecties een actievere behandeling met antibiotica en follow-up nodig hebben, omdat complicaties vaker voorkomen. Richtlijnen stellen echter dat onnodig antibioticagebruik moet worden voorkomen. Daarom lijkt het zinvol om bij patiënten met een lageluchtweginfectie, inclusief bacteriële pneumonie, een bacteriële oorzaak te vinden, om zo de juiste behandeling te starten en de patiënt te vervolgen. Omgekeerd voorkomt het veilig uitsluiten van een bacteriële oorzaak onnodige antibioticavoorschriften en vermindert het antimicrobiële resistentie. In de eerste lijn moet men patiënten met een grote kans op een bacteriële lageluchtweginfectie achterhalen op basis van

anamnese en lichamelijk onderzoek en eventueel eenvoudig aanvullend onderzoek, omdat een microbiologisch onderzoek (kweken, polymerasekettingreactie (PCR), serologie) tijdrovend en kostbaar is. Daarnaast zijn de resultaten meestal niet beschikbaar als een beslissing nodig is over empirische antibioticatherapie. Routinematig een thoraxfoto laten maken bij alle patiënten met lageluchtweginfectie om zo slechts een klein deel (5%) van de patiënten met pneumonie op te sporen, staat bovendien niet in verhouding tot de praktische problemen van blootstelling aan straling, tijd en kosten.⁷ Er is geen klinische informatie die op een betrouwbare manier een grote kans op bacteriële infectie voorspelt bij patiënten met een lageluchtweginfectie in de eerste lijn. Er zijn enkele onderzoeken naar de diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek bij ziekenhuispatiënten, maar deze patiënten zijn in het algemeen ernstiger ziek en hebben vaker pneumonie vergeleken met patiënten in de

eerste lijn.⁸⁻¹¹ Enkele observationele onderzoeken bij volwassenen in de eerste lijn tonen aan dat koorts, hoofdpijn, pijnlijke lymfeklieren, diarree en rinitis een bacteriële lageluchtweginfectie voorspellen, maar dit waren kleine onderzoeken met methodologische tekortkomingen.^{4,5} Aanvullende tests met C-reactief proteïne (CRP) en procalcitonine (een soort ontstekingsmarker, te vergelijken met CRP) zijn mogelijk nuttig bij het voorspellen van bacteriële infectie.¹² Hoge CRP-waarden, naast anamnese en lichamelijk onderzoek, hebben een diagnostische waarde voor pneumonie,⁷ en hoge procalcitoninewaarden hangen samen met een bacteriële lageluchtweginfectie bij ziekenhuispatiënten.¹³ Er is echter beperkt bewijs voor de toegevoegde diagnostische waarde van deze twee markers voor bacteriële lageluchtweginfectie in de huisartsenpraktijk.⁴⁻⁶ Het doel van dit onderzoek is om de diagnostische waarde van klinische gegevens en de toegevoegde waarde van CRP en procalcitonine te bepalen voor een bacteriële etiologie bij volwassenen die met een acute lageluchtweginfectie in de eerste lijn terechtkomen.

Methode
Dit crossectionele observationele onderzoek maakte deel uit van het GRACE-09-onderzoek (Genomics to Combat Resistance to Antibiotics in Community Acquired Lower Respiratory Tract Infection in Europe). Tussen oktober 2007 en april 2010 includeerden huisartsen in zestien eerstelijns-onderzoeksnetwerken in twaalf Europese landen volwassen patiënten die op het spreekuur kwamen met een acute hoest (≤ 28 dagen) of met een klinisch beeld dat kon wijzen op lageluchtweginfectie. Exclusiecriteria waren zwangerschap, behandeling met antibiotica in de voorgaande maand en immunodeficiëntie.¹⁴ De medisch-ethische commissies van de deelnemende centra hebben het onderzoek goedgekeurd. Alle patiënten ondergingen op de dag van het consult een gestructureerde anamnese en lichamelijk onderzoek, en de huisartsen maten CRP en procalcitonine in veneus bloed en lieten een thoraxfoto maken.⁷ Van elke patiënt verzamelden de artsen een sputummonster (als de hoest productief was) en een neuskeelwat, voordat ze met een antibiotische therapie startten. De diagnose bacteriële infectie vond plaats via kweek, polymerasekettingreactie, PCR en serologie. De definitie van een positief resultaat was de aanwezigheid van *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Bordetella pertussis* of *Legionella pneumophila*. Bevestiging van een infectie met *S. pneumoniae* of *H. influenzae* vond plaats met behulp van een kweek (neuskeelwat of sputum). Infectie met *B. pertussis* bepaalden de artsen door PCR (neuskeelwat en sputum) en door meting van IgG-antistoffen tegen pertussistoxine in veneus bloed op dag 28. Infectie met *M. pneumoniae* werd bepaald door PCR (neuskeelwat) en door meting van IgM- en IgG-antistoffen. Infectie met *L. pneumophila* werd bepaald door PCR (neuskeelwat). Bacteriële pneumonie werd bepaald door een diagnose van



Het vaststellen van een bacteriële oorzaak bij volwassenen met een acute lageluchtweginfectie is lastig. Foto: iStock

pneumonie op de thoraxfoto, gecombineerd met de aanwezigheid van een van de bovengenoemde bacteriën.

Analyse
We hebben alle analyses uitgevoerd voor de uitkomsten bacteriële lageluchtweginfectie en bacteriële pneumonie. Aan de hand van literatuur en klinisch redeneren hebben we de meest veelbelovende klinische gegevens geselecteerd, die we vervolgens relateerden aan de uitkomst door multivariabele logistische regressieanalyse.¹⁵ Met behulp van *backward*-selectie verwijderden we items stapsgewijs uit het model, waarbij we niet-significant definieerden als $p > 0,10$.¹⁶ Voor het resulterende gereduceerde model berekenden we de oppervlakte onder de *receiver operating characteristic curve* (ROC-oppervlakte). Het verschil in ROC-oppervlakte gebruikten we om de toename van de discriminatie te evalueren na het toevoegen van CRP of procalcitonine aan het gereduceerde model. CRP hebben we dichotoom toegevoegd (> 30 mg/L), omdat dit afkappunt eerder de meeste diagnostische waarde voor pneumonie liet zien bij eerstelijnspatiënten met een lagelucht-

WAT IS NIEUW?

- Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn van zeer beperkte waarde voor het vaststellen van een bacteriële oorzaak bij volwassenen met een acute lageluchtweginfectie.
- CRP voegt weinig toe aan de klinische beoordeling en ook procalcitonine heeft geen toegevoegde diagnostische waarde.
- Het vermogen van deze diagnostische indicatoren om een bacteriële oorzaak uit te sluiten is beperkt.

WAT IS BEKEND?

- In de eerste lijn is het niet mogelijk om alle patiënten die met acute hoest op het spreekuur komen te testen op een bacteriële oorzaak.

Tabel 1

Univariabele samenhang tussen diagnostische variabelen en bacteriële lageluchtweginfectie [LLWI] en bacteriële pneumonie

Diagnostische variabele	Patiënten met bacteriële LLWI			Patiënten met bacteriële pneumonie		N [%] met missende data
	n [%] van alle patiënten* n = 3104	n [%] n = 539	OR [95%-BI]†	n [%] n = 38	OR [95%-BI]‡	
Anamnese [dag 1]						
Leeftijd, gemiddeld [sd]	50 [17]	50 [16]	1,00 [0,99-1,00]	54 [17]	1,01 [1,00-1,03]	0 [0,0]
Leeftijd ≥ 75 jaar	230 [7]	34 [6]	0,81 [0,56-1,19]	5 [13]	1,91 [0,74-4,95]	0 [0,0]
Geslacht, man	1244 [40]	221 [41]	1,05 [0,87-1,27]	16 [42]	1,09 [0,57-2,08]	0 [0,0]
Huidig roker	871 [28]	162 [30]	1,13 [0,92-1,38]	11 [29]	1,04 [0,52-2,11]	3 [0,1]
Comorbiditeit§	856 [28]	143 [27]	0,94 [0,76-1,16]	17 [45]	2,14 [1,13-4,08]	5 [0,2]
Ziekteuur voor consultatie, d, gemiddeld [sd]	10 [10]	9,9 [8]	1,00 [1,00-1,01]	10,0 [7]	1,00 [0,98-1,03]	31 [1,0]
Gekleurd sputum¶	1461 [50]	307 [61]	1,66 [1,36-2,02]	24 [67]	2,00 [0,99-4,01]	197 [6,3]
Kortademigheid	1754 [57]	326 [61]	1,22 [1,01-1,48]	23 [61]	1,18 [0,61-2,27]	4 [0,1]
Verstopte neus/loopneus	2212 [71]	388 [72]	1,05 [0,85-1,29]	19 [50]	0,40 [0,21-0,75]	4 [0,1]
Koorts	1085 [35]	216 [40]	1,31 [1,08-1,58]	29 [76]	6,12 [2,89-12,97]	5 [0,2]
Pijn in de borstkas	1433 [46]	260 [48]	1,11 [0,92-1,34]	21 [55]	1,44 [0,76-2,74]	6 [0,2]
Spierpijn	1573 [51]	283 [53]	1,09 [0,91-1,32]	23 [61]	1,50 [0,78-2,88]	4 [0,1]
Hoofdpijn	1742 [56]	313 [58]	1,10 [0,91-1,33]	25 [66]	1,51 [0,77-2,96]	3 [0,1]
Diarree	222 [7]	39 [7]	1,01 [0,71-1,45]	3 [8]	1,11 [0,34-3,65]	4 [0,1]
Hinder bij dagelijkse activiteiten	1955 [63]	355 [66]	1,16 [0,95-1,41]	26 [68]	1,27 [0,64-2,53]	3 [0,1]
Lichamelijk onderzoek [dag 1]						
Crepiteren bij auscultatie	289 [9]	54 [10]	1,11 [0,81-1,51]	12 [33]	5,01 [2,48-10,12]	18 [0,6]
Pols ≥ 100/min	117 [4]	15 [3]	0,69 [0,40-1,20]	3 [8]	2,19 [0,66-7,22]	44 [1,4]
Ademhalingsfrequentie ≥ 20/min	659 [22]	115 [22]	1,01 [0,80-1,26]	10 [27]	1,34 [0,64-2,77]	78 [2,5]
Bloeddruk < 90/60 mmHg	79 [3]	14 [3]	1,03 [0,58-1,86]	3 [8]	3,40 [1,02-11,30]	67 [2,2]
Temperatuur ≥ 38 °C	121 [4]	25 [5]	1,27 [0,81-1,99]	4 [11]	2,93 [1,02-8,41]	31 [1,0]
Bloedonderzoek						
CRP, mg/L, gemiddeld [sd]	19 [35]	34 [53]	1,01 [1,01-1,01]	97 [98]	1,02 [1,01-1,02]	264 [8,5]
CRP > 20 mg/L	648 [23]	197 [39]	2,67 [2,17-3,28]	26 [68]	7,59 [3,81-15,14]	264 [8,5]
CRP > 30 mg/L	456 [16]	154 [31]	2,95 [2,36-3,70]	23 [61]	8,39 [4,34-16,21]	264 [8,5]
CRP > 100 mg/L	100 [4]	48 [10]	4,61 [3,08-6,91]	14 [37]	18,42 [9,21-36,85]	264 [8,5]

BI = betrouwbaarheidsinterval, CRP = C-reactief proteïne, OR = oddsratio, sd = standaarddeviatie

* Behalve anders aangegeven

† De OR vergelijkt patiënten met en zonder bacteriële lage luchtweginfectie.

‡ De OR vergelijkt patiënten met en zonder bacteriële pneumonie.

§ We hebben de volgende comorbiditeit overwogen: pulmonale comorbiditeit [COPD, astma of andere longziekten], cardiale comorbiditeit [hartfalen, ischemische hartziekte of andere hartziekten] en diabetes mellitus.

¶ Groen, geel, of bloedrood gekleurd

weginfectie.^{7,17-21} We berekenden de positieve en negatieve voorspellende waarden voor alle items in het gereduceerde model die respectievelijk positieve of negatieve resultaten hadden, met CRP of procalcitonine toegevoegd. De analyses hebben we uitgevoerd met SPSS versie 20.

RESULTATEN

In totaal werden 3104 patiënten geïnccludeerd; hun gemiddelde leeftijd was 50 jaar (sd 17), 40% was man en 28% rookte [tabel 1]. Bij 539 patiënten (17%) werd een bacteriële lageluchtweg-infectie vastgesteld, en 141 (5%) hadden een röntgenologisch aangetoonde pneumonie, van wie 38 (1%) een bacteriële pneumonie hadden. *S. pneumoniae* was de meest voorkomende bacteriële verwekker (6%). Andere organismen waren *H. influenzae* (5%), *M. pneumoniae* (5%), *B. pertussis* (3%) en *L. pneumophila* (< 1%).

Diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek
De enige onafhankelijke voorspeller voor bacteriële lage-

luchtweginfectie was gekleurd sputum (ROC-oppervlakte 0,56, 95%-BI 0,54 tot 0,59) [tabel 2]. Voor bacteriële pneumonie hadden comorbiditeit (long, hart, diabetes mellitus), koorts (temperatuur ≥ 38 °C) en crepiteren bij auscultatie diagnostische waarde (ROC-oppervlakte 0,68, 95%-BI 0,58 tot 0,77). Aanwezigheid van alle drie de onafhankelijke voorspel- lers voor bacteriële pneumonie gaf een positief voorspellende waarde van 11,1% (95%-BI 0,3 tot 48,3; 1/9) en een negatief voorspellende waarde van 99,3% (95%-BI 98,9 tot 99,7; 1949/1962).

Toegevoegde diagnostische waarde CRP en procalcitonine
Het gemiddelde CRP was 34 (sd 53) mg/L bij patiënten met een bacteriële lageluchtweginfectie en 97 (sd 98) mg/L voor patiënten met bacteriële pneumonie [tabel 1]. Het toevoegen van CRP > 30 mg/L naast klinische gegevens met onafhan- kelijke diagnostische waarde resulteerde in een ROC-op- pervlakte van 0,62 (95%-BI 0,59 tot 0,65) voor bacteriële lageluchtweginfectie (ROC-verschil 0,06, 95%-BI 0,02 tot

Tabel 2

Onafhankelijke diagnostische items voor bacteriële lageluchtweg- infectie [LLWI] en bacteriële pneumonie*

Diagnose; OR [95%-BI]		
Diagnostische variabele	Bacteriële LLWI†	Bacteriële pneumonie‡
Comorbiditeit [long, hart, diabetes mellitus]	-	2,05 [1,03-4,09]
Gekleurd sputum¶	1,63 [1,34-1,99]	-
Temperatuur ≥ 38 °C	-	2,89 [0,98-8,56]
Crepiteren bij auscultatie	-	4,66 [2,25-9,65]

BI = betrouwbaarheidsinterval, OR = oddsratio

* De getoonde resultaten hadden p < 0,10 in multivariabele analyse na backward-selectie; niet-significante items staan niet in de tabel.

† Variabelen in het multivariabele regressiemodel voor bacteriële LLWI: leeftijd ≥ 75 jaar, mannelijk geslacht, huidige roker, comorbiditeit, gekleurd sputum, temperatuur ≥ 38 °C en crepiteren bij auscultatie.

‡ Variabelen in het multivariabele regressiemodel voor bacteriële pneumo- nie: leeftijd ≥ 75 jaar, comorbiditeit, gekleurd sputum, temperatuur ≥ 38 °C en crepiteren bij auscultatie.

¶ Groen, geel of bloedrood

0,10) en 0,79 (95%-BI 0,71 tot 0,87) voor bacteriële pneu- monie (ROC-verschil 0,11, 95%-BI 0,06 tot 0,16). Met alle onafhankelijke klinische gegevens en CRP > 30 mg/L waren de positief voorspellende waarden 37,1% (95%-BI 31,2% tot 43,3%; 96/259) voor bacteriële lageluchtweginfectie en 25,0% (95%-BI 0,6% tot 80,6%; 1/4) voor bacteriële pneumonie. De negatief voorspellende waarden waren 87,5% (95%-BI 85,4% tot 89,3%; 1006/1150) voor bacteriële lageluchtweginfectie en 99,7% (95%-BI 99,3% tot 99,9%; 1542/1547) voor bacteriële pneumonie. Procalcitonine had geen toegevoegde diagnos- tische waarde. De ROC-oppervlakte bleef 0,56 (95%-BI 0,54 tot 0,59) voor bacteriële lageluchtweginfectie en 0,68 (95%-BI 0,58 tot 0,77) voor bacteriële pneumonie.

BESCHOUWING

In dit onderzoek onder patiënten met een lageluchtweginfectie was de gecombineerde diagnostische waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek zeer beperkt. De negatief voorspellende waarde voor anamnese, lichamelijk onderzoek en CRP was 87,5%, maar de klinische toepasbaarheid was beperkt, gezien de voorafkans op de afwezigheid van een bacterieel pathogeen (83%). Hoewel CRP een toegevoegde diagnostische waarde had, gold dat niet voor procalcitonine.

Vergelijking met bestaand onderzoek

Onze bevindingen bevestigen die van eerdere onderzoeken, waarbij de diagnostische waarde van klinische gegevens be- perkt is voor bacteriële oorzaken van lageluchtweginfecties bij volwassenen.^{3,5} Graffelman et al. vonden echter dat hoofdpijn, koorts, pijnlijke lymfeklieren, diarree en rinitis diagnostische waarde hadden voor bacteriële lageluchtweginfectie in de eer-

ste lijn (ROC-oppervlakte 0,79).⁴ Hun steekproef was echter klein (n = 145).⁴ Eerdere onderzoeken lieten zien dat er een de relatie was tussen verhoogd CRP en een bacteriële oorzaak van lageluchtweginfectie.^{3,4,6} In deze onderzoeken vond echter geen analyse van de toegevoegde waarde van CRP in combi- natie met klinische gegevens plaats.^{3,6} Graffelman et al. vonden geen toegevoegde diagnostische waarde van CRP naast klini- sche gegevens voor bacteriële lageluchtweginfectie.⁴

Beperkingen van het onderzoek

Een mogelijke beperking van dit onderzoek is misclassificatie van bacteriële lageluchtweginfectie door kolonisatie van de luchtwegen. Wij denken dat de kans op een dergelijke misclas- sificatie klein is, omdat kolonisatie van de onderste luchtw- gen minder waarschijnlijk is bij symptomatische eerstelijns- patiënten. Bovendien gaf het excluderen van patiënten met COPD en rokers (subgroepen met hogere kolonisatiecijfers) geen andere resultaten.²² Ten slotte kan het definiëren van pneumonie op basis van een thoraxfoto in plaats van klinische kenmerken de generaliseerbaarheid beperken naar patiënten met pneumonie die men op basis van een klinische beoorde- ling heeft gediagnosticeerd.

CONCLUSIE

De diagnostische waarde van anamnese, lichamelijk onder- zoek en CRP is zeer beperkt bij het voorspellen van een bac-teriële oorzaak bij volwassenen die met een acute lagelucht- weginfectie bij de huisarts komen. Procalcitonine heeft geen toegevoegde diagnostische waarde. Ter ondersteuning van *antibiotic stewardship* zouden er betere markers van bacteriële oorzaken van infectie moeten komen. ■

LITERATUUR

- Macfarlane JT, Colville A, Guion A, Macfarlane RM, Rose DH. Prospective study of aetiology and outcome of adult lower-respi- ratory-tract infections in the community. Lancet 1993;341:511-4.
- Hak E, Rovers MM, Kuyvenhoven MM, Schellevis FG, Verheij TJ. Incidence of GP-diagnosed respiratory tract infections according to age, gender and high-risk co-morbidity: the Second Dutch National Survey of General Practice. Fam Pract 2006;23:291-4.
- Macfarlane J, Holmes W, Gard P, Macfarlane R, Rose D, Weston V, et al. Prospective study of the incidence, aetiology and out- come of adult lower respiratory tract illness in the community. Thorax 2001;56:109-14.

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

Teepe J. Herkennen van bacteriële lageluchtweginfecties. Huisarts Wet 2018;61(5):20-5. DOI: 10.1007/s12445-018-0087-2. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Ge- neeskunde, UMC Utrecht, Utrecht: dr. J. Teepe, huisarts-in-opleiding, j.teepe-2@umcutrecht.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit is een vertaalde en bewerkte versie van: Teepe J, Broekhuizen BD, Loens K, Lammens C, Ieven M, Goossens H, Little P, Butler CC, Coenen S, Godycki-Cwirko M, Verheij TJ; GRACE Consortium. Predicting the presence of bacterial pathogens in the airways of primary care patients with acute cough. CMAJ 2016 Oct 24;pii:cmaj.151364. Publicatie gebeurt met toestemming.

Depressie bij ouderen behandelen zonder medicatie

Floor Holvast, Btissame Massoudi, Richard Oude Voshaar, Peter Verhaak

- Inleiding

Ouderen met depressieve klachten worden meestal behandeld door de huisarts. Dat gebeurt overwegend met antidepressiva, hoewel een niet-farmacologische behandeling de voorkeur heeft. Wij deden een systematisch literatuuronderzoek en een meta-analyse van onderzoeken naar niet-farmacologische behandelingen van depressie bij ouderen in de eerste lijn.
- Methode

We doorzochten drie databases met als zoektermen ‘huisartsenpraktijk’, ‘ouderen’, ‘depressie’ en ‘niet-farmacologische behandeling’. We includeerden alle onderzoeken met empirische data over de behandeling van depressie bij 60-plussers.
- Resultaten

We includeerden elf onderzoeken in de eerste lijn naar de effecten van cognitieve gedragstherapie, beweging, *problem-solving treatment*, gedragsactivatie en lichttherapie. Uit de meta-analyse van vier onderzoeken (n = 445) bleek een klein effect van cognitieve gedragstherapie. Eén onderzoek (n = 89) liet een effect zien van lichttherapie. Blijkens achttien onderzoeken in de algemene bevolking, alle met een korte follow-upduur, zijn bibliotherapie, *life-review* en *problem-solving treatment* veelbelovend.
- Conclusie

Cognitieve gedragstherapie heeft bij oudere huisartspatiënten met depressieve klachten een klein positief effect, vergelijkbaar met dat van antidepressiva. Andere behandelingen zijn veelbelovend, maar hun toepasbaarheid in de eerste lijn moet nog nader onderzocht worden.

INLEIDING

De meeste Nederlanders die op latere leeftijd depressieve klachten krijgen, worden in de huisartsenpraktijk behandeld.¹ Van de 60-plussers die de huisarts bezoeken, ongeacht de reden, heeft ongeveer één op de tien een depressie.² De NHG-Standaard Depressie raadt antidepressiva niet als eerste keuze aan, maar bij ouderen met een depressie zijn ze toch de meest toegepaste behandeling.^{3,4} Dat heeft grote nadelen: naast het gevaar van polyfarmacie en potentiële interacties met andere medicijnen hebben antidepressiva anticholinerge en sedatieve eigenschappen die geassocieerd zijn met cognitieve en fysieke achteruitgang.⁵⁻⁸ Niet-farmacologische behandelingen zijn dus verreweg te verkiezen. Wij deden een literatuuronderzoek waarin we ons de vraag stelden: welke niet-farmacologische behandelingen zijn effectief in het verminderen van depressieve klachten bij ouderen in de eerste lijn?

METHODE

In drie databases (PubMed, PsychINFO en het Cochrane Central Register of Controlled Trials) zochten we naar empirische onderzoeken, met de zoektermen ‘general practice’, ‘older adults’, ‘depression’ en ‘non-pharmacological treatment’. Voor de exacte methode verwijzen we naar ons oorspronkelijke artikel.⁹

RESULTATEN

Onze zoekstrategie leverde 4027 titels op, waarvan we er 31 includeerden. Deze 31 artikelen beschreven 29 unieke onderzoeken: 27 randomized controlled trials (RCT’s) en 2 cohortonderzoeken. Tien RCT’s en één cohortonderzoek vonden plaats in de eerste lijn. Vijf van deze elf keken naar cognitieve gedragstherapie (CGT), twee naar beweging, één naar *problem-solving treatment* (PST), één naar een combinatie van CGT en bibliotherapie, één naar gedragsactivatie en één naar lichttherapie. Zeventien RCT’s en één cohortonderzoek hadden betrekking op de algemene bevolking. Van deze achttien keken er drie naar CGT, vier naar bibliotherapie, vier naar beweging, drie naar *life-review*, drie naar PST en één naar het ontvangen van ansichtkaarten. Eén onderzoek vergeleek cognitieve therapie, gedragstherapie en psychodynamische therapie.

BIBLIOTHERAPIE EN LIFE-REVIEW

Er zijn meerdere definities van het begrip ‘bibliotherapie’. De meest gangbare zijn ‘het gebruik van geselecteerde lectuur als therapeutisch hulpmiddel’ en ook ‘begeleiding bij het oplossen van persoonlijke problemen door gericht lezen’.¹⁰ Life-review is een methodische herwaardering van de eigen levensloop, met speciale aandacht voor emotionele herinne-

ringen. De patiënt leert die herinneringen te bekijken vanuit een ander, meer aanvaardend en betekenisvol perspectief, en ontwikkelt zo een positiever zelfbeeld.¹¹

Depressieve klachten in de eerste lijn

Eén van de vijf onderzoeken naar CGT rapporteerde geen gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD) in de depressiescore voor en na behandeling.¹²⁻¹⁶ Op de overige vier voerden we een meta-analyse uit (n = 474 direct na behandeling, n = 445 na 6-9 maanden). Uit de [tabel] valt af te leiden dat er direct na de behandeling geen significant verschil was tussen de depressiescore van patiënten die de gebruikelijke behandeling kregen en patiënten die CGT kregen. De SMD was -0,16, met een 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) van -0,34 tot 0,02. Zes tot negen maanden na afloop van de behandeling waren de depressiescores in de CGT-groep iets lager (SMD -0,21; 95% BI -0,40 tot -0,03). De kwaliteit van de vier onderzoeken varieerde van goed tot matig. Eén RCT van goede kwaliteit (n = 89) naar lichttherapie toonde een positief effect aan direct na de behandeling en na zes weken follow-up.¹⁷ Een cohortonderzoek (n = 14) liet zien dat gedragsactivatie leidt tot minder depressieve klachten na vier weken follow-up.¹⁸ De andere in de eerste lijn onderzochte behandelingen – PST, beweging en op CGT gebaseerde bibliotherapie – hadden geen aantoonbaar positief effect, waarbij moet worden opgemerkt dat PST werd vergeleken met farmacotherapie.¹⁹⁻²²

Depressieve klachten in de algemene bevolking

Bij ouderen in de algemene bevolking zijn CGT, bibliotherapie en PST effectief gebleken tegen depressieve klachten.²³⁻³² Gedragstherapie, cognitieve therapie en korte psychodynamische therapie bleken effectiever dan een wachtlijstconditie.³³ De

WAT IS NIEUW?

- Cognitieve gedragstherapie is voor depressieve ouderen in de eerste lijn even effectief als antidepressiva.
- De werkzaamheid van life-review, problem-solving treatment en bibliotherapie bij ouderen in de algemene bevolking is bewezen, maar nog niet goed onderzocht bij oudere huisartspatiënten.

WAT IS BEKEND?

- De meeste Nederlanders die op latere leeftijd depressieve klachten krijgen, worden in de huisartsenpraktijk behandeld.
- Ondanks de aanbevelingen in de NHG-Standaard zijn antidepressiva toch de meest toegepaste behandeling bij ouderen.
- Het gebruik van antidepressiva kan leiden tot polyfarmacie, interacties met andere medicijnen en cognitieve en fysieke achteruitgang.



Cognitieve gedragstherapie is voor depressieve ouderen even effectief als antidepressiva. Foto: iStock

onderzoeken in kwestie waren van goede tot matige kwaliteit, de follow-upduur was kort. *Life-review* werd eveneens effectief bevonden, maar deze onderzoeken waren van slechte tot matige kwaliteit.³⁴⁻³⁶ De onderzoeken naar beweging en naar het ontvangen van ansichtkaarten konden geen effectiviteit aantonen.^{23,37-40}

BESCHOUWING

In de huisartsenpraktijk valt bij oudere patiënten met depressieve klachten een klein positief effect te verwachten van cognitieve gedragstherapie, vergelijkbaar met het effect van antidepressiva.⁴¹ Daarnaast toonde één onderzoek een effect van lichttherapie aan. In de algemene bevolking zijn positieve effecten gevonden van verschillende behandelingen bij depressieve klachten, zoals life-review, PST en bibliotherapie. Deze behandelingen kunnen in principe ook door een huisarts of poh-ggz gegeven worden. De effectiviteit van PST tegen depressieve klachten is bewezen in de algemene bevolking én bij 18- tot 65-jarige huisartspatiënten.^{30-32,42} Het zou daarom de moeite waard zijn deze therapie ook te onderzoeken bij oudere huisartspatiënten met een depressie, en datzelfde geldt voor bibliotherapie en life review.

Beperkingen en voorbehouden

Ons literatuuronderzoek had een aantal beperkingen. De geïncludeerde onderzoeken hanteerden verschillende definities bij de inclusie – in sommige werden de deelnemers geïncludeerd na een diagnostisch interview, in andere na een verhoogde score op een screeningslijst. Het is te betwijfelen of deze diagnos-

Tabel Meta-analyse van onderzoeken naar cognitieve gedragstherapie bij depressie in de eerste lijn: depressiescore

	CGT			Controle			Gewicht	SMD [95%-BI]	Forest-plot
Onderzoek	gem.	SD	n	gem.	SD	N			
Na behandeling (n = 474)*									
Arean 2005 ¹² [6 mnd]	13,28	10,52	13	12,09	8,83	20	6,7%	0,12 [-0,58 tot 0,82]	
Laidlaw 2008 ¹³ [18 wk]	5,25	4,28	20	7,75	6,05	20	8,3%	-0,47 [-1,1 tot 0,16]	
Lamers 2010 ¹⁴ [7 wk]	16,18	7,44	128	17,17	7,07	136	56,0%	-0,14 [-0,38 tot 0,11]	
Serfaty 2009 ¹⁵ [4 mnd]	18,4	10,8	70	20,3	11,3	67	29,0%	-0,17 [-0,51 tot 0,16]	
Totaal								-0,16 [-0,34 tot 0,02]	
Na follow-up (n = 445) [†]									
Arean 2005 ¹² [6 mnd]	13,49	10,87	13	11,56	9,86	20	6,7%	0,18 [-0,6 tot 0,97]	
Laidlaw 2008 ¹³ [6 mnd]	6,7	5,03	20	7,55	6,13	20	8,3%	-0,15 [-0,77 tot 0,47]	
Lamers 2010 ¹⁴ [9 mnd]	15,91	9,07	128	18	7,46	136	56,0%	-0,25 [-0,51 tot 0]	
Serfaty 2009 ¹⁵ [6 mnd]	18,3	10,6	70	20,8	10,5	67	29,0%	-0,24 [-0,57 tot 0,1]	
Totaal								-0,21 [-0,4 tot -0,03]	

CGT = cognitieve gedragstherapie; gem. = gemiddelde; SD = standaarddeviatie; SMD = standardized mean difference; BI = betrouwbaarheidsinterval.
* Heterogeniteit: Tau² = 0,00; Chi² = 1,58; df= 3 [p = 0,66]; I² = 0%. Test voor totaal effect Z = 1,69 [p = 0,09].
† Heterogeniteit: Tau² = 0,00; Chi² = 1,13; df= 3 [p = 0,77]; I² = 0%. Test voor totaal effect Z = 2,23 [p = 0,03].

tiek rechtstreeks te vertalen is naar de spreekkamer. Er waren ook andere beperkingen: de in de eerste lijn uitgevoerde onderzoeken hadden kleine onderzoekspopulaties en de onderzoeken in de algemene bevolking hadden een korte follow-upduur. De resultaten uit de onderzoeken die werden uitgevoerd in de algemene bevolking kunnen niet rechtstreeks worden vertaald naar de huisartsenpraktijk, alleen al omdat ze grotendeels betrekking hebben op zelfverwijzers, die op eigen initiatief behandeling zochten voor hun depressieve klachten. Het is bekend dat oudere huisartspatiënten met depressieve klachten hierin juist terughoudend zijn en niet snel hulp zoeken.⁴⁴

Aanbevelingen
De NHG-Standaard Depressie, die vooral gebaseerd is op onderzoek onder volwassenen, adviseert depressieve klachten in eerste instantie te behandelen met voorlichting, dagstructurering en activiteitenplanning, en in het geval van een depressieve stoornis ook een kortdurende psychologische behandeling te geven.³ Ons literatuuronderzoek laat zien dat bij ouderen cognitief-gedragstherapeutische technieken wellicht de beste basis zijn voor zo’n kortdurende psychologische behandeling. We vonden geen RCT’s die betrekking hadden op voorlichting, dagstructurering en activiteitenplanning bij ouderen. Het effect van dagstructurering en activiteitenplanning (*behavioural activation*) bij depressieve ouderen in de eerste lijn wordt momenteel onderzocht in een RCT.⁴³ Tot slot is het goed te bedenken dat de effectiviteit van de hier aangehaalde behandelingen ook afhangt van de therapeut. Van de onderzochte behandelingen in de eerste lijn werd een derde gegeven door een psycholoog, van de behandelingen in de algemene bevolking bijna de helft. In hoeverre zulke therapieën inzetbaar zijn in de huisartsenpraktijk, zal zeker afhangen van de vaardigheden van de huisarts of de poh-ggz.

CONCLUSIE
Cognitieve gedragstherapie heeft een klein positief effect op depressie bij oudere patiënten in de eerste lijn, vergelijkbaar met het effect van antidepressiva. Veel andere niet-medicamenteuze behandelingen lijken veelbelovend als ze gegeven worden door goedgetrainde therapeuten, maar er is te weinig onderzoek van goede kwaliteit verricht om definitieve conclusies te trekken. ■

LITERATUUR

1. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007;370:841-50.
2. Licht-Strunk E, Van der Kooij KG, Van Schaik DJ, et al. Prevalence of depression in older patients consulting their general practitioner in The Netherlands. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20:1013-9.
3. Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:252-9.

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

Holvast F, Massoudi B, Oude Voshaar RC, Verhaak PF. Depressie bij ouderen behandelen zonder medicatie. *Huisarts Wet* 2018;61[5]:26-30. DOI: 10.1007/s12445-018-0116-1.
Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: drs. F. Holvast, aiotho, f.holvast@umcg.nl; B. Massoudi, aios huisartsgeneeskunde; prof. dr. P.F.M. Verhaak, bijzonder hoogleraar GGZ binnen de huisartsvoorziening [tevens NIVEL, Utrecht]. Universitair Centrum Psychiatrie, Groningen: prof. dr. R.C. Oude Voshaar, hoogleraar ouderenpsychiatrie.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven
Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Holvast F, Massoudi B, Oude Voshaar RC, Verhaak PFM. Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0184666. Publicatie gebeurt met toestemming.

Medische beslissingen rond het levenseinde

Agnes van der Heide, Johannes van Delden en Bregje Onwuteaka-Philipsen

Inleiding Sinds 1990 wordt in Nederland vijfjaarlijks onderzoek gedaan naar de frequentie en belangrijkste kenmerken van medische beslissingen rond het levenseinde. Wij onderzochten de praktijk van euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde over een periode van 25 jaar.

Methode We trokken een steekproef uit de doodsoorzakenregistratie van het Centraal Bureau voor de Statistiek voor sterfgevallen in de periode augustus tot en met november 2015. De arts die betrokken was bij een sterfgeval stuurden we een vragenlijst.

Resultaten Het onderzoek liet zien dat in 2015 het overlijden in 58% van de sterfgevallen was voorafgegaan door een medische beslissing rond het levenseinde. Meestal ging het daarbij om intensivering van symptoombestrijding of beslissingen om af te zien van levensverlengende behandeling. De frequentie van euthanasie steeg van 1,7% in 1990 tot 4,5% in 2015. De frequentie van continue diepe sedatie is ook duidelijk toegenomen, van 8,2% in 2005 tot 12,3% in 2010 en 18,3% in 2015. Levensbeëindiging op verzoek werd in alle onderzoeksjaren in het overgrote deel van de gevallen uitgevoerd door de huisarts. Het responspercentage was 78% en we hebben informatie gekregen over 7661 sterfgevallen.

Conclusie In 2015 ging het overlijden in 58% van de sterfgevallen vooraf door een medische beslissing rond het levenseinde. Meestal ging het daarbij om intensivering van symptoombestrijding of beslissingen om af te zien van levensverlengende behandeling.

LEVENSVERLENGENDE BEHANDELING OF LEVENSVKORTENDE MEDICATIE?
In de zorg voor patiënten die als gevolg van een ongeneeslijke ziekte in de laatste levensfase zijn terechtgekomen moeten artsen vaak medische beslissingen rond het levenseinde nemen. Moeten ze een levensverlengende behandeling instellen of de patiënt mogelijk levensverkortende medicatie geven? In een klein deel van de gevallen krijgen ze een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding. In het kader van de derde evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding hebben wij onderzocht welke belangrijke ontwikkelingen zich sinds 1990 in de praktijk van medische besluitvorming rond het levenseinde hebben voorgedaan.¹ De methode voor dit sterfgevallenonderzoek is elders uitgebreid beschreven.¹ We hebben een steekproef getrokken uit de doodsoorzakenregistratie van het Centraal Bureau voor de Statistiek van sterfgevallen in de periode augustus tot en met november 2015. De arts die betrokken was bij een sterfgeval uit de steekproef hebben we een vragenlijst toegestuurd. De onderzoeksopzet was vergelijkbaar met die van eerdere onderzoeken vanaf 1990, waardoor we de resultaten kunnen vergelijken.^{2,3} Het responspercentage was 78% en we hebben informatie verkregen over 7661 sterfgevallen.

We stelden de arts vragen over medische beslissingen en zorg rond het levenseinde bij het betreffende sterfgeval. Het handelen van de arts classificeerden we als levensbeëindigend handelen, al dan niet op verzoek, als deze bevestigend antwoordde op de vraag ‘Was het overlijden het gevolg van het gebruik van een middel dat door u of een andere arts werd voorgeschreven, verstrekt of toegediend *met het uitdrukkelijke doel* het levenseinde te bespoedigen (of de patiënt in staat te stellen zelf het leven te beëindigen)?’. In 2015 bleek het overlijden in 58% van de sterfgevallen vooraf te zijn gegaan door een medische beslissing rond het levenseinde [tabel]. In 1990 was dit nog 39%. Het percentage sterfgevallen dat het gevolg was van euthanasie steeg van 1,7% in 1990 tot 4,5% in 2015. In alle onderzoeksjaren was de frequentie van hulp bij zelfdoding veel lager, namelijk zo’n 0,1% tot 0,2% van alle sterfgevallen. Artsen blijken niet alle verzoeken om levensbeëindiging in te willigen: van alle overledenen in 2015 had 8,3% de arts verzocht om levensbeëindiging, bij 4,5% (54%) werd het verzoek ingewilligd. De meest voorkomende redenen waarom een arts geen gevolg gaf aan zo’n verzoek waren dat de patiënt al was overleden voordat het tot inwilliging kon komen (57%), dat niet aan de zorgvuldigheidseisen kon worden voldaan (30%) of dat de patiënt het verzoek weer

WAT IS NIEUW?

- De frequentie van euthanasie en intensivering van symptoombestrijding is tussen 1990 en 2015 duidelijk toegenomen.
- In 2015 voerden huisartsen het overgrote deel van de gevallen van euthanasie uit en betrof het meestal patiënten met een somatische aandoening en een levensverwachting korter dan een maand.
- In 2015 werd euthanasie vaker dan in eerdere jaren toegepast bij ouderen en bij patiënten met een wat langere levensverwachting.

WAT IS BEKEND?

- De zorg in de laatste levensfase gaat vaak gepaard met beslissingen rond het levenseinde, zoals het staken of niet instellen van een behandeling, of levensbeëindiging op verzoek.
- In 2002 is in Nederland de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding in werking getreden.
- Sinds 1990 wordt in Nederland vijfjaarlijks evaluatie-onderzoek gedaan naar de praktijk van medische besluitvorming rond het levenseinde.

had ingetrokken (20%). In 1990 bleek dat de arts in 0,8% van alle sterfgevallen levensbeëindigend had gehandeld zónder dat daar een uitdrukkelijk verzoek van de patiënt aan ten grondslag lag. De frequentie van deze praktijk daalde in de loop der jaren, tot 0,3% in 2015.

Intensivering van symptoombestrijding, meestal met een opioïde, waarbij de arts wel rekening hield met bespoediging van het levenseinde, maar waarbij dat niet het uitdrukkelijke

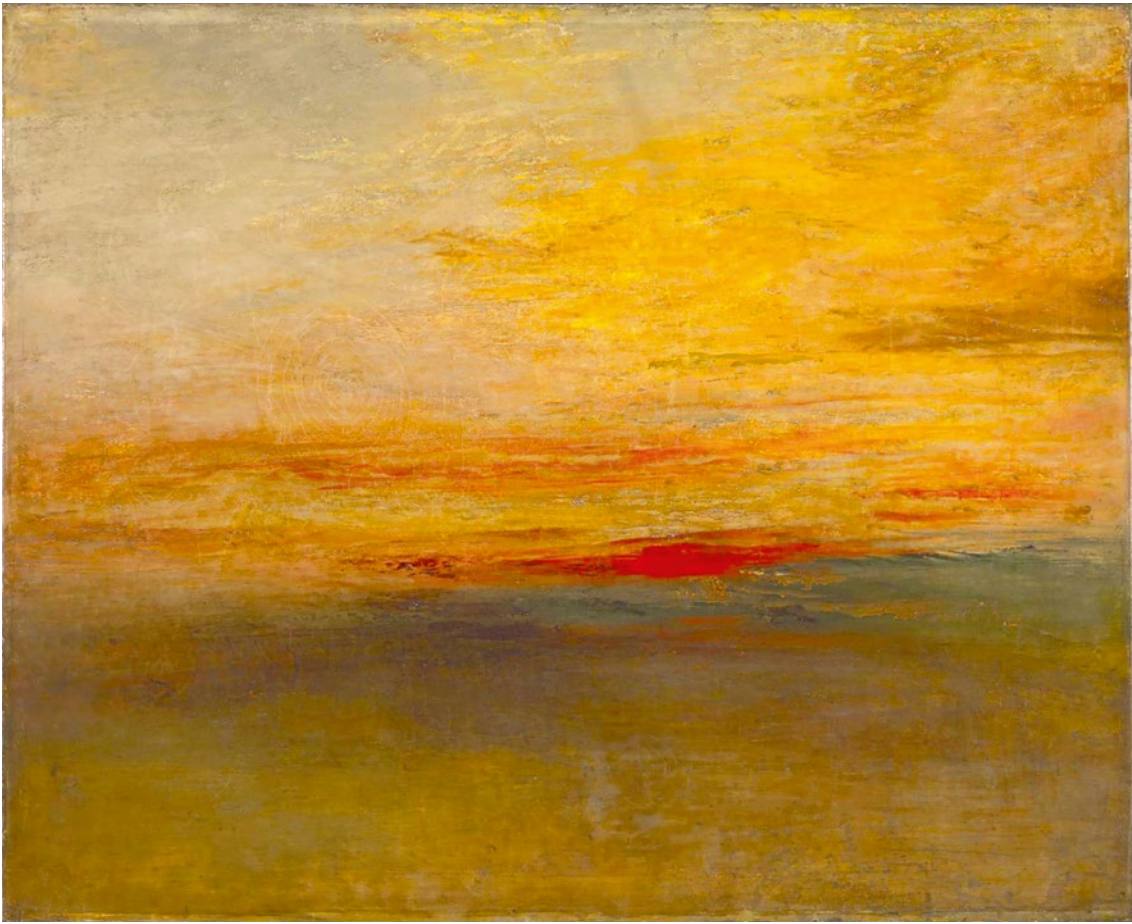
doel was, komt veel vaker voor dan levensbeëindiging. In 1990 betrof het 19% van alle sterfgevallen, in 2015 was dit gestegen tot 36%. Continue diepe sedatie werd in 2005 voor het eerst onderzocht en werd toen in 8,2% van alle sterfgevallen toegepast. Daarna is de frequentie van continue diepe sedatie duidelijk toegenomen tot 18,3% in 2015. De patiënt kreeg dan meestal een benzodiazepine (2015: 93%), vaak in combinatie met een opioïde (2015: 52%).

DE HUISARTS IN DE LEAD

De huisarts was in het overgrote deel van de gevallen degene die levensbeëindiging op verzoek uitvoerde (2015: 93%). Dat komt vooral doordat ook het overgrote deel van de verzoeken aan hem is gericht (2015: 84%). Er zijn wel enkele verschuivingen in patiëntkenmerken waarneembaar. Zo was in 2015 35% van de patiënten ouder dan 80 jaar, terwijl het in 1990 nog om 22% ging. Ook het percentage patiënten met een door de arts geschatte levensverwachting van meer dan een maand is gestegen, van 16% in 1990 tot 27% in 2015.

In 2015 gaven artsen aan dat 92% van de patiënten bij wie ze op verzoek levensbeëindiging hadden toegepast een ernstige somatische aandoening hadden, terwijl er in 2% van de gevallen uitsluitend sprake was van een stapeling van ouderdomsklachten. Een klein deel van de patiënten had alleen dementie (1%) of een psychiatrische aandoening (1%).

Wij concluderen dat artsen in de zorg voor patiënten in de laatste levensfase steeds vaker intensivering van symptoombestrijding ter verlichting van het lijden toepassen. De frequentie van levensbeëindiging op verzoek ligt veel lager, maar is in de loop der jaren wel gestegen. In 2015 was de frequentie van levensbeëindiging op verzoek in Nederland vergelijkbaar met die in België, een van de weinige landen in de wereld waar levensbeëindiging door een arts onder vergelijkbare voorwaarden is toegestaan.⁴ In ons onderzoek hebben artsen



Artsen passen steeds vaker intensivering van symptoombestrijding ter verlichting van het lijden toe.

Foto: Joseph Malloord William Turner, 'Sunset', c.1830-5, Tate Gallery

uitdrukkelijke verzoeken om levensbeëindiging in ruim de helft van de gevallen ingewilligd. In 2015 betrof het nog steeds voornamelijk patiënten met een ernstige somatische aandoening, waarbij het aandeel ouderen en het aandeel patiënten met een levensverwachting van meer dan een maand wel zijn toegenomen. ■

DANKBETUIGING

De auteurs danken het Centraal Bureau voor de Statistiek (T. van Zonneveld, G. de Jong-Krul, H. Folkerts en collega's) en de vele artsen die een vragenlijst hebben ingevuld voor hun bijdrage aan dit onderzoek.

Dit onderzoek werd financieel mogelijk gemaakt door ZonMw (subsidienummer 34008003).

LITERATUUR

1. Onwuteaka-Philipsen B, Legemaate J, Van der Heide A, Van Delden H, Evenblij K, El Hammoud I, et al. Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Den Haag: ZonMw, 2017.
2. Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, De Jong-Krul GJF, Van Delden JJM, Van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. Lancet 2012;380:908-15.

3. Van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Rurup ML, Buiting HM, Van Delden JJ, Hanssen-De Wolf JE, et al. End-of-life practices in the Netherlands under the Euthanasia Act. N Engl J Med 2007;356:1957-65.
4. Chambaere K, Vander Stichele R, Mortier F, Cohen J, Deliens L. Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium. N Engl J Med 2015;372:1179-81.

Tabel

Frequenties van medische beslissingen rond het levenseinde en continue diepe sedatie*

	2015		1990	
	n = 7761 %	[95%-BI]	n = 5197 %	[95%-BI]
Medische beslissingen rond het levenseinde				
Euthanasie	4,5	[4,1-5,0]	1,7	[1,4-2,1]
Hulp bij zelfdoding	0,1	[0,1-0,2]	0,2	[0,1-0,3]
Levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt	0,3	[0,2-0,4]	0,8	[0,6-1,1]
Intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding met bespoediging van het levenseinde als mogelijk neveneffect	35,8	[34,7-36,8]	18,8	[17,9-19,9]
Afzien van potentieel levensverlengende behandeling	17,4	[16,6-18,3]	17,9	[17,0-18,9]
Totaal	58,1	[57,0-59,2]	39,4	[38,1-40,7]
Continue diepe sedatie†	18,3	[17,4-19,2]	Onbekend	Onbekend

* Gewogen percentages van alle sterfgevallen in het betreffende jaar; BI = betrouwbaarheidsinterval
† Continue diepe sedatie valt soms samen met een medische beslissing rond het levenseinde: in 11% van de gevallen met intensivering van pijn- en/of symptoombestrijding en in 5% van de gevallen met het afzien van potentieel levensverlengende behandeling.

Van der Heide A, Van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. Medische beslissingen rond het levenseinde. Huisarts Wet 2018;61(5):31-3. DOI:10.1007/s12445-018-0118-z
Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam: prof. dr. A. van der Heide, arts-epidemioloog. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Utrecht: prof. dr. J.J.M. van Delden, hoogleraar medische ethiek. Amsterdam Public Health Research Institute/ Afdeling Sociale Geneeskunde, VUmc, Amsterdam: prof. dr. B.D. Onwuteaka-Philipsen, hoogleraar levenseindeonderzoek. Correspondentie: a.vanderheide@erasmusmc.nl
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven
Dit artikel is een bewerkte vertaling van Van der Heide A, Van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. End-of-life decisions in the Netherlands over 25 years. New Engl J Med 2017;377:492-4.

“Neem de Toetsingscommissie mee in het euthanasieproces”

Patrick Marx

In onze Nederlandse samenleving accepteren wij dat, mits zorgvuldig, aan uitzichtloos en ondraaglijk lijden een einde gemaakt mag worden middels euthanasie. Daarmee stopt ook het leven. De vijf Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE's) toetsen de zorgvuldigheid van (de uitvoering van) elke euthanasie en hulp bij zelfdoding (hier verder beide aangeduid als euthanasie). Niet als een 'juridisch instituut', maar in een beoordeling met de 'menselijke maat'. En in 99,8% van de casus gaat het gelukkig goed. De huisartsen Thea Toemen en Wim Mulder vertellen over hun werk in de Toetsingscommissie.

Het zal je maar gebeuren, je hebt naar eer en geweten en volgens alle regels euthanasie uitgevoerd bij een patiënt en dan ontvang je een uitnodiging van de Toetsingscommissie. Menig arts voelt zich dan op het matje geroepen. Thea Toemen, huisarts en SCEN-arts in Eindhoven en lid van de toetsingscommissie in Arnhem vertelt: “Artsen schrikken inderdaad als wij hen uitnodigen, maar wat we willen is open en collegiaal

“Je kunt altijd een SCEN-arts om advies vragen, ook daar zijn wij voor”

bespreken hoe het euthanasieproces verlopen is en hoe de uitvoering ging.” Wim Mulder, voormalig huisarts in Drunen, SCEN-arts en acht jaar lid van de commissie in Groningen, vult aan: “Het gesprek is geen verhoor, we willen het verhaal van de arts, en soms ook SCEN-arts, horen en ons een beeld vormen hoe het gegaan is om daarmee tot een evenwichtig oordeel te kunnen komen”

Geen onderbouwing voor hellend vlak

Elk jaar stijgt het aantal meldingen van euthanasie met 8 tot 10%. Mensen worden ouder en zijn zich meer bewust van de mogelijkheden. Artsen hebben meer kennis van euthanasie. Van de 6585 euthanasiecasus in 2017 oordeelde de RTE bij 6573 (99,8%) dat de arts zorgvuldig handelde. Slechts in twaalf casus kreeg de euthanasieprocedure het predicaat onzorgvuldig. Die twaalf casus werden door het openbaar ministerie nader bekeken. “Meestal betrof het zaken in de uitvoering als het verwisselen van spuiten door de arts”, zegt Mulder. “Dan

is voor iedereen duidelijk dat het om een eenmalige vergissing gaat en laat het OM het rusten. In slechts vier casus (zie kader) stelt het OM wel nader onderzoek in. Dit wordt breed uitgemeten in de pers, terwijl over de 6573 zorgvuldige casus nauwelijks gesproken wordt. Je moet dit echt in proportie zien. Voor een ‘hellend vlak’ bestaat geen onderbouwing.” Iedere RTE bestaat uit negen leden: drie artsen, drie juristen en drie ethici. In wisselende samenstelling beoordelen drie leden (arts, jurist en ethicus) elke euthanasie. Mulder: “We toetsen marginaal, een juridische term die aangeeft dat we niet uit zijn op waarheidsvinding, maar dat we kijken of de arts



Thea Toemen: “Het is heel belangrijk dat de uitvoerende arts ons in zijn verslaglegging meeneemt in het euthanasieproces.”

Foto: Margot Scheerder



Wim Mulder: “Artsen sturen helaas ook niet-complexe casuïstiek naar de Levenseindekliniek”.

Foto: Margot Scheerder

in alle redelijkheid tot de overtuiging kon komen dat er aan alle zorgvuldigheidseisen zoals de wet die stelt is voldaan. Wij kijken of wij daarbij tot dezelfde overtuiging voor de noodzaak van de euthanasie kunnen komen als de uitvoerende arts en of de uitvoering correct verlopen is. Wij beoordelen dan het verzoek van de patiënt, of deze door de behandelend arts voldoende voorgelicht is over wat euthanasie betekent, of er sprake is van uitzichtloos lijden waarvoor geen redelijke behandelalternatieven meer zijn (denk aan psychiatriecasus), of het lijden voor deze patiënt ondraaglijk is, de patiënt wilsbekwaam is (denk aan dementie), of de tweede beoordeling onafhankelijk gedaan is en of de uitvoering zorgvuldig verliep. De commissie komt tot zorgvuldig of onzorgvuldig. Als arts in de commissie heb je daarnaast de taak om aan de jurist en ethicus de betekenis van alle medische achtergronden in de casuïstiek uit te leggen.”

“Het is voor ons heel belangrijk dat de uitvoerende arts ons in zijn verslaglegging meeneemt in het euthanasieproces”, zegt Toemen. “Dat maakt het voor ons mogelijk de gedachtegang en het handelen van de arts te begrijpen. Dat is nodig om te kunnen beoordelen. Daarom zijn een zorgvuldig ingevuld model- en SCEN-verslag belangrijk. Soms hebben we echter

vragen, bij slechte kwaliteit van de verslaglegging of tegenstrijdigheden in de verslagen van de huisarts en SCEN-arts of het dossier. In zo’n geval nodigen we de arts(en) uit voor een gesprek om de casus te verduidelijken.”

Mulder: “Komt de commissie tot het oordeel onzorgvuldig dan buigen alle 45 leden van de vijf toetsingscommissies zich over de zaak.. Deze uitvoerige beoordeling gebeurt ook enkele keren per jaar wanneer er een complexe casus is waarbij we het belangrijk vinden dat iedereen zich hierover uitsprekt. Dit vergroot ook het uniform werken van de verschillende toetsingscommissies.”

Zorgvuldige toepassing euthanasiewet

Beide artsen zijn tevreden over de werkwijze van de commissies. Toemen: “We vinden het belangrijk dat we in Nederland een euthanasiewet hebben voor alle patiënten die ernstig lijden. Bijna niemand wil dat het leven eindigt, maar soms is het lijden zo ondraaglijk dat men wil dat dit stopt en daarmee stopt ook het leven. Ik vind het een groot goed dat onze samenleving dit mogelijk maakt. De RTE’s ‘houden toezicht’ om te voorkomen dat met euthanasie ‘gesjoemeld’ wordt en wij deze bevoorrechte positie in de wereld verliezen. Gelukkig blijkt uit onze cijfers dat de euthanasiewet in ons land door alle artsen uiterst zorgvuldig wordt toegepast.”

Negen van de tien mensen die om euthanasie vragen zijn ongeneeslijk ziek vanwege kanker en terminaal. Maar ook voor mensen met een ernstige neurologische, hart- of longziekte, een opeenstapeling van (degeneratieve) ouderdomsziekten, psychiatrisch ziekten of dementie is euthanasie mogelijk. Mulder: “De euthanasiewet uit 2002 is niet veranderd. Die nieuwe indicaties komen erbij omdat patiënten en artsen meer

4 VAN DE 6585 EUTHANASIECASUS IN 2017 TER NADERE BE-OORDELING BIJ HET OPENBAAR MINISTERIE

- De uitvoerend arts is niet tot de overtuiging kunnen komen dat andere oplossingen om het lijden weg te nemen ontbraken en het lijden daarmee uitzichtloos was.
- Euthanasie is uitgevoerd bij een patiënte met een verlaagd bewustzijn waarbij een schriftelijke wilsverklaring ontbrak en de ondraaglijkheid van het lijden niet is komen vast te staan.
- De uitvoerend arts heeft geen duidelijkheid kunnen geven over de uitzichtloosheid van het lijden.
- Levensbeëindiging vond plaats bij een wilsonbekwame patiënte met Alzheimer op basis van haar schriftelijke wilsverklaring. De arts heeft niet in redelijkheid kunnen vaststellen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek. De arts heeft ook onvoldoende onderbouwd waarom zij – in afwijking van het oordeel van de consulent – het lijden van patiënte als ondraaglijk beoordeelde. En de arts kon niet tot de overtuiging komen dat er voor de situatie van patiënte geen redelijke andere oplossing was.

gebruik maken van de mogelijkheden van de wet. Casus die ‘gewone’ artsen erg complex vinden worden vaak verwezen naar de Levenseindekliniek. De artsen daar verkennen dan de mogelijkheden die de wet biedt. We stellen inmiddels bij euthanasie bij psychiatrisch lijden en dementie wel extra zorgvuldigheidseisen. Naast de eigen arts en de SCEN-arts is

“We willen het verhaal van de arts horen en ons een beeld vormen hoe het gegaan is”

ook een oordeel nodig van een tweede onafhankelijk psychiater. Die moet bevestigen dat er bij een psychiatrische casus inderdaad geen mogelijkheden meer zijn om het lijden te verlichten. Of een tweede onafhankelijk geriater of specialist ouderengeneeskunde die bij een demente patiënt een uitspraak doet over de wilsbekwaamheid en de ondraaglijkheid van het lijden .”

Onzekerheid en onbekendheid

Toemen en Mulder bespeuren soms onzekerheid bij artsen over de euthanasieprocedure. Toemen: “Dat gevoel komt nogal eens voort uit onbekendheid met de procedure. Het is immers geen dagelijks werk. Maar in de Euthanasiecode, die de Code of Practice per 17 april 2018 vervangt, en op de KNMG-site staat in detail wat wel en niet geoorloofd is en hoe de uitvoering dient te verlopen. De KNMG heeft ook duidelijke brochures voor patiënten.”

Toemen adviseert deze informatie goed door te lezen als een patiënt om euthanasie verzoekt. “Je kunt altijd een SCEN-arts om advies vragen, ook daar zijn wij voor. Zo’n advies kan je helpen beoordelen of de voorgenomen euthanasie bij de patiënt voldoet aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen. Verder moet je weten dat de SCEN-arts echt onafhankelijk moet zijn en dat het niet juist is als de SCEN-arts komt nadat de euthanasie al is afgesproken. Want hoe kan het gesprek met de patiënt dan nog ‘vrij’ zijn? Daarnaast is het wenselijk een SCEN-beoordeling na vier tot zes weken te actualiseren en mag een collega of waarnemer de euthanasie ook uitvoeren, bijvoorbeeld bij vakanties. Als je dit zorgvuldig nagaat, ontstaan er geen ‘praktische’ misverstanden of fouten. Dan kun je voor een zieke patiënt echt het verschil maken, zonder daarbij zelf achteraf in de problemen te komen.”

Soms ziet Mulder ook onwil en daar is hij kritisch over: “Artsen sturen ook niet-complexe casuïstiek naar de Levenseindekliniek omdat ze het juridische gedoe van een euthanasieprocedure lastig vinden. Dat is een teleurstelling voor de patiënt en een verschraling van het vak. En daarnaast een onnodige belasting van de artsen van de Levenseindekliniek, die hun deskundigheid juist moeten inzetten bij complexe zaken. Zij bouwen ook de voor ons allemaal broodnodige expertise op. Wanneer je goede redenen hebt om een euthanasie niet uit te voeren - en dat mag - vraag dan liever een collega in de regio. Ook kun je, gebruikmakend van de Euthanasiecode en de expertise van een SCEN-arts, heel goed zelf euthanasie bij een demente patiënt uitvoeren. We hebben als beroepsgroep niet veel aandacht gegeven aan de zorg voor collega’s bij de uitvoering van complexe euthanasiecasus en dat neem ik de KNMG kwalijk.”

Bespreek tijdig

Tot slot vat Toemen haar en Mulders verhaal samen in boodschappen voor elke arts die met euthanasie te maken krijgt: “Bespreek tijdig met een patiënt wat deze na het verzoek om euthanasie van jou mag verwachten. Vertel of je zelf euthanasie wilt uitvoeren of dat je naar een collega verwijst. Verwijs alleen complexe problematiek naar de Levenseindekliniek. Informeer je goed voordat je het euthanasietraject start, middels de Euthanasiecode, de richtlijnen en de expertise van de SCEN-arts.” Dankzij de mogelijkheden die onze euthanasiewet biedt, de uitvoerende artsen, SCEN-artsen en de leden van de RTE’s, kunnen in Nederland patiënten, die ondraaglijk lijden op een zorgvuldige manier met euthanasie geholpen worden. Daar gaat het uiteindelijk om! En dat moet zorgvuldig, omdat de hele wereld over onze schouders meekijkt.” ■

EUTHANASIECODE (CODE OF PRACTICE)

<https://www.euthanasiecommissie.nl/de-toetsingscommissies/code-of-practice>

VOOR PATIËNTEN

www.knmg.nl/spreken-over-levenseinde

RICHTLIJNEN

<https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie.htm>

FMS-voorzitter Marcel Daniëls over ontzuiling van de zorg

Daniël Dresden

Binnen de gezondheidszorg is een ontzuiling gaande. Het denken in schotten tussen eerste, tweede en derde lijn maakt plaats voor de ontwikkeling van netwerken waar huisartsen en medisch specialisten onderdeel van uitmaken. De specialist hoeft niet gebonden te zijn aan een ziekenhuis, maar kan ook zorg bieden in bijvoorbeeld anderhalfdelijnscentra. De Federatie Medisch Specialisten publiceerde vorig jaar een visiedocument ‘Medisch Specialist 2025’. FMS-voorzitter dr. Marcel Daniëls, tevens cardioloog in Den Bosch, benoemt enkele belemmeringen in de huidige zorg en verbeterpunten voor de toekomst.

Momenteel wordt binnen de gezondheidszorg gesproken over eerste en tweede lijn. De patiënt wordt gezien als een soort ‘pakketje’ dat van de ene naar de andere lijn gaat. Van dat systeem zouden we af moeten, vindt Daniëls. “Die patiënt is namelijk niet een pakketje dat je overdraagt. De hulpverleners blijven continu en met elkaar bij de patiënt betrokken. Dat zijn schuivende panelen.” Dat is de basis van het concept netwerkgeneeskunde. Binnen dat systeem ligt – afhankelijk van de behoeften van de patiënt – de focus van de zorg bij de huisarts, een medisch specialist of paramedicus. De behoefte om over de lijnen heen samen te werken leidt momenteel tot het opzetten van anderhalfdelijnscentra.

Voorbeeld van hartfalen

De vormgeving van een transmuraal netwerk vindt onder andere plaats op het gebied van hartfalen. Daniëls vindt hartfalen een geschikte aandoening hiervoor. “Dat is een chronische ziekte met exacerbaties. Een probleem bij hartfalen is momenteel het grote aantal heropnames in ziekenhuizen. Binnen de netwerkgedachte verwacht ik dat heropnames veel beter te voorkomen zijn. Voor de chronische fase zou het aanspreekpunt de huisarts of hartfalenverpleegkundige kunnen zijn en gedurende de exacerbaties, dus kortdurend, de medisch specialist. Wellicht kan de cardioloog tevens de initiële diagnostiek uitvoeren, om de boel op de rails te krijgen.” Momenteel is echter vaak nog onduidelijk wie wat moet doen. Zo ziet Daniëls dat er bijvoorbeeld weinig afstemming is tussen hartfalenverpleegkundige en praktijkondersteuner huisartsenzorg over het controleren van bloeddrukken en lichaamsgewicht. Bij de controle van dergelijke parameters kan e-health een rol spelen. En die hoeft niet heel hightech te zijn,

het monitoren van het lichaamsgewicht en digitaal communiceren daarvan is al heel relevant. Belangrijk daarbij is wel dat de zorg door verpleegkundigen of middels nieuwe digitale voorzieningen in de bekostiging goed geregeld is.

Buiten de muren

De netwerkkrol is niet voor alle medisch specialismen en voor alle specialisten in dezelfde mate geschikt. Bovendien lenen sommige onderdelen van een vakgebied zich beter voor een transmurale aanpak dan andere. Daniëls noemt een voorbeeld uit zijn eigen specialisme, de cardiologie. “In Nederland zien we dat de eerste harthulpen overstromen met patiënten. Er lijkt dus een verschuiving gaande van beoordelingen van cardiale problematiek van de eerste naar de tweede lijn. Het zou overigens goed zijn om inzichtelijk te krijgen of dit echt zo is en zo ja, wat daar achter zit, om vervolgens de zorg zo optimaal mogelijk in te richten. Hierbij speelt de vraag of deze beoordelingen als ze in de tweede lijn plaatsvinden, ook echt tweedelijns werk zouden moeten zijn.” Een mogelijkheid zou zijn om de beoordeling op de eerste harthulp niet meteen te zien als een tweedelijns beoordeling, maar de opvangende arts te laten triëren op basis van enkel anamnese, lichamelijk onderzoek en bijvoorbeeld een ECG en daar de bekostiging op aan te passen. Als het daarbij blijft, dan is de bekostiging anders dan als er uitgebreider onderzoek nodig is.

“Lichaamsgewicht monitoren en digitaal communiceren is ook e-health. Zo hightech is dat niet”

Adequate kennis en kunde

De vraag is of huisartsen voor alle aandoeningen de poortwachter zouden moeten zijn gezien de overweldigende hoeveelheid kennis die er is. Centraal is de vraag of de huidige huisartsenopleiding alles over de volledige breedte van de geneeskunde nog kan leren aan huisartsen in opleiding. Daarbij moet bekeken worden welke competenties in de huidige tijd nodig zijn. “Bijvoorbeeld het vak cardiologie is behoorlijk uitgediept in de huidige geneeskundestudie”, vindt Daniëls. “Ik kan me voorstellen dat er straks huisartsen zijn die zich niet

“De opleiding tot netwerkdokter vraagt om een attitude met focus op samenwerking”



Foto: Suzanne van de Kerk

meer comfortabel voelen bij de beoordeling van mensen met een potentieel cardiale aandoening. Een vervolgvraag is waar patiënten met bijvoorbeeld thoracale pijnklachten naartoe moeten gaan. Je ziet een ontwikkeling van eerste harthulpen, maar de vraag is of die ontwikkeling juist is. Van belang is dat de juiste zorg plaatsvindt op de juiste plek en door de juiste professional.”

Opleiding tot netwerkdokter

De opleiding tot netwerkdokter van de toekomst vraagt een andere attitude, namelijk met de focus op samenwerking. Daarnaast is er momenteel discussie over de vraag hoe generalistisch medisch specialisten kunnen zijn, voegt Daniëls toe. “In de afgelopen jaren was er een tendens richting het opleiden van superspecialisten. Er zijn tegenwoordig bijna geen algemeen cardiologen meer, maar onder andere ritme- en interventiecardiologen. Momenteel zie je weer een beweging terug. Iedereen worstelt ermee hoe dat vormgegeven moet worden, omdat superspecialisaties nodig blijven. Echter, in de basisopleiding worden steeds meer competenties verplicht gesteld. Daarnaast neemt de medisch inhoudelijke kennis en kunde neemt toe, en proberen we de opleiding in te korten. Dat klemmt dus. Daarmee komt de vraag op of er een betere afbakening van taken van de artsen moet komen. Ook bij het NHG speelt de discussie wat de taken van een huisarts zouden moeten zijn.”

Cyclische richtlijnontwikkeling

Het netwerkdenken kan tevens tot uiting komen in het opstellen van transmurale richtlijnen. Daniëls bemerkt een cyclusbeweging in de richtlijnontwikkeling. “Voorheen waren er gescheiden richtlijnen voor de eerste en tweede lijn. Vervolgens hebben we geprobeerd om samen richtlijnen te maken, maar dat lukte niet altijd even goed. Nu bewegen de richtlijnen weer een beetje uit elkaar. Ongetwijfeld leidt dat tot de vraag hoe je de richtlijnen beter op elkaar kunt afstemmen.” Een belangrijke ontwikkeling voor de samenwerking is het opstellen van landelijke transmurale afspraken. “Die hoeven niet zozeer landelijk te zijn, maar meer regionaal, afhankelijk van de lokale expertise”, vindt Daniëls. “De lokale invulling van de richtlijnen zou je kunnen vastleggen in samenwerkingsafspraken over wie wat op welk moment doet.”

Gekoppelde EPD's

Een andere vereiste voor het komen tot een betere samenwerking tussen eerste en tweede lijn is een betere communicatiemethodiek. “Gekoppelde elektronische patiëntendossiers zijn een randvoorwaarde om netwerkgeneeskunde voor elkaar te krijgen”, stelt Daniëls. “Alle zorgverleners rondom de patiënt en de patiënt zelf moeten toegang hebben tot dezelfde informatie.” Communicatie via alleen Zorgdomein is naar zijn mening niet voldoende. “Ten eerste is dat een destillatie van de informatie

uit het patiëntendossier. In dat dossier zit meer informatie dan dat ik in de tweede lijn krijg”, benoemt hij een eerste beperking. Bovendien kost dit systeem extra tijd voor de betrokken zorgverleners. Eerst moet de huisarts namelijk een compilatie van de relevant veronderstelde informatie maken, vervolgens moet de specialist een brief terugschrijven en tot slot moeten al die nieuwe gegevens ingevoegd worden in het huisartseninformatiesysteem.

Wat betreft de informatievoorziening richting de patiënt zijn huisartsen en specialisten steeds meer aan het samenwerken, bijvoorbeeld via Thuisarts.nl. Op dat platform, begonnen vanuit de huisartsgeneeskunde op basis van richtlijnen, komt steeds meer medisch-specialistische informatie. Dit biedt kansen om de netwerkgedachte te versterken, het gaat erom dat de patiënt de beste behandeling en adviezen krijgt, en het doet er minder toe in welke ‘lijn’ dat gedaan wordt.

“Als het gaat om nieuwe initiatieven moeten ziekenhuizen de zekerheid krijgen dat ze kunnen downgraden”

Ziekenhuis van de toekomst

Een andere uitdaging voor het realiseren van netwerkgeneeskunde zijn de budgettaire kaders van de huidige verdeling in eerste en tweede lijn. “Ik werk in een tweedelijns setting, omdat mijn spreekkamer toevallig in een ziekenhuis staat”, benoemt Daniëls. “Voor mijn kennis en kunde maakt het niet uit of mijn spreekkamer in het ziekenhuis of in een huisartsenpraktijk staat, maar de kosten zijn heel anders. Als je kennis en kunde gaat bekostigen, kom je veel makkelijker tot samenwerkingsverbanden van professionals. Uiteraard moet er dan wel een oplossing gevonden worden voor het vastgoed van het ziekenhuis als dat verminderd moet worden.” Daniëls verwacht dat het ziekenhuis van de toekomst niet langer puur een beddenhuis zal zijn, waar medisch specialisten werkzaam zijn. “De ziekenhuizen zullen zich meer gaan richten op de hoog-complexe zorg, waar tevens de vereiste apparatuur staat. We hebben wellicht niet meer perse de ziekenhuizen nodig voor bijvoorbeeld een deel van de poliklinische faciliteiten als dat met e-health oplossingen geboden kan worden. Het wordt mogelijk om patiënten niet meer allemaal naar dat gebouw te laten komen.”

Voor het bewerkstelligen van nieuwe initiatieven moeten de ziekenhuizen de zekerheid krijgen dat ze kunnen downgraden. Want dat bepaalt een groot deel van de reserve van ziekenhuisdirecties tegen het werken van specialisten in een setting die niet betaald wordt als tweedelijnszorg. Het is de vraag of dit soort zorg moet plaatsvinden in separate centra of als onderdeel in het ziekenhuis. Vervolgens kan de bekostiging van de zorgverleners bepaald worden. ■

Overbehandeling bij diabetes mellitus type 2

Sipan Khachadurian, Cees van Beek, Guy Rutten

Huisartsen moeten meer aandacht besteden aan de behandeling van mensen met diabetes mellitus type 2 die 70 jaar of ouder zijn. Wanneer ze het bloedglucose te streng controleren, lopen vooral ouderen een risico op overbehandeling. Voor onze praktijk hebben we een verbeterplan opgesteld om overbehandeling van diabetespatiënten van 70 jaar en ouder op te sporen en te corrigeren.

TE STRENGE CONTROLE

De streefwaarde van het HbA1c is volgens de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (DM2) niet meer gelijk voor alle patiënten met deze aandoening. Te strenge controle van het bloedglucose kan vooral bij ouderen riskant en schadelijk zijn, en tot overbehandeling leiden.^{1,2} We hebben voor onze praktijk een verbeterplan opgesteld om overbehandeling van mensen van zeventig jaar en ouder met DM2 op te sporen en te corrigeren. Daarbij proberen we de volgende vragen te beantwoorden: hoe vaak is er sprake van overbehandeling bij mensen ≥ 70 jaar en hoe vaak is overbehandeling een jaar na de systematische inventarisatie gecorrigeerd? Het onderzoek vond plaats tussen juni en oktober 2016 in huisartsenpraktijk Julianalaan in Zwaag. De praktijk telde toen 5043 patiënten, van wie er 179 (3,5%) DM2 hadden. We hebben geslacht, diabetesduur, medicatiebeleid en de laatst bekende HbA1c-waarde in het voorafgaande jaar van mensen met DM2 ≥ 70 jaar uit het HIS gehaald. Vervolgens hebben we twee groepen gemaakt, met 53 mmol/mol als HbA1c-afk-



Bij veel diabetespatiënten van 70 jaar en ouder is sprake van overbehandeling met potentieel schadelijke gevolgen.

Foto: Shutterstock

waarde. Bij alle patiënten die volgens de NHG-Standaard waren overbehandeld, vond een aanpassing van de medicatie plaats. Na ongeveer een jaar hebben we het HbA1c opnieuw gecontroleerd bij patiënten met een aangepaste medicatie.

OVERBEHANDELING OPSPOREN

Van de 179 patiënten met DM2 waren er 82 (45,2%) patiënt- en van zeventig jaar en ouder. Van hen hadden 51 (62,2%) een HbA1c van 53 mmol/mol of lager en hadden 24 (29,2%) patiënten een HbA1c > 53 mmol/mol. Van de 51 patiënten ≥ 70 jaar met een HbA1c ≤ 53 mmol/mol kregen 28 (54,9%) een behandeling die alleen uit leefstijladviezen bestond. Bij hen is op grond van het algoritme uit de NHG-Standaard geen sprake van overbehandeling. Van de overige 23 patiënten kregen 14 (27,4%) een behandeling met metforminemonotherapie (dus ook geen overbehandeling), terwijl 9 patiënten (17,6%) meteen een combinatie van ten minste 2 bloedglucoseverlagende middelen kregen [tabel]. Bij de 9 patiënten met een HbA1c ≤ 53 mmol/mol is volgens de huidige NHG-Standaard sprake van overbehandeling. Van hen hadden er 4 al langer dan tien jaar diabetes, met een gemiddeld HbA1c van 42,7 mmol/mol, terwijl het volgens het algoritme tussen 53 en 64 mmol/mol moet liggen. Bij de 5 mensen die korter dan 10 jaar diabetes hadden, bij wie een HbA1c tussen 53 en 58 mmol/mol gewenst zou zijn, was het gemiddelde HbA1c 42,4 mmol/mol. Nadat we hadden vastgesteld dat er bij deze 9 mensen sprake was van overbehandeling, sprak de huisarts met hen over aanpassen van de medicatie. Controle van het HbA1c na ongeveer een jaar laat bij 7 patiënten een duidelijke verbetering zien [tabel].

EEN RELATIEF EENVOUDIG VERBETERPLAN

Met behulp van een relatief eenvoudig verbeterplan in onze praktijk hebben we vastgesteld dat bij negen diabetespatiënten van 70 jaar en ouder sprake was van overbehandeling, met potentieel schadelijke gevolgen. Dat komt neer op 17,6% van de doelpopulatie. Correctie bleek bij de meeste patiënten goed mogelijk. Bij deze patiënten moest de huisarts de medi-

Tabel Patiënten ≥ 70 jaar met HbA1c ≤ 53 mmol/mol behandeld met combinatie van ten minste twee bloedglucoseverlagende medicamenten

Leeftijd (jaar)	M/V	Diabetes duur (jaar)	Medicatie bij start verbeterproject	HbA1c, mmol/mol bij start	Actie	HbA1c mmol/mol, na een jaar
74	M	9	Metformine 500 mg 2D2T Tolbutamide 500 mg 2D1T	34	Tolbutamide afgebouwd en gestopt	54
73	V	11	Tolbutamide 500 mg 2D1T Metformine 500 mg 2D1 Insuline	37	Insuline gestopt	61
70	M	7	Metformine 1000 mg 2D1T Gliclazide 30 mg 1D2T Insuline 20E	40	Insuline afgebouwd tot 14 E	45
77	M	8	Glimepiride 1 mg 1D1T Metformine 1000 mg 1D1T	42	Glimepiride gestopt	64
82	V	15	Tolbutamide 500 mg 1D1T	43	Tolbutamide gestopt	51
84	M	16	Tolbutamide 500 mg 2D1T Metformine 500 mg 3D1T	45	Tolbutamide gestopt	58
75	V	6	Metformine 1000 mg 2D1T Gliclazide 30 mg 1D1T	46	Gliclazide gestopt	46
79	M	15	Gliclazide 30 mg 1D2T Metformine 1000 mg 2D1T	46	Gliclazide gestopt	42
79	M	9	Glimepiride 6 mg 1D1T Metformine 500 mg 2D1T	50	Glimepiride afgebouwd en gestopt	52

catie verminderen – in deze gevallen is het ‘protocol’ van de NHG-Standaard dus niet goed gevolgd. De behandeling van diabetes vraagt niet alleen om een zorgvuldige protocollaire aanpak, maar ook om afgewogen beslissingen, waarbij zowel ziekte- als persoonsgebonden factoren een rol moeten spelen.³ De resultaten van ons verbeterplan zijn uiteraard beperkt tot slechts een enkele huisartsenpraktijk. Toch hebben we geen reden om aan te nemen dat overbehandeling in andere praktijken niet voorkomt. Daarnaast hebben we bij de afweging van de juistheid van de behandeling de mate van kwetsbaarheid van patiënten niet mee kunnen nemen. Was dat wel mogelijk geweest, dan zou het aantal mensen bij wie sprake was van overbehandeling mogelijk nog groter zijn geweest. Aanwijzingen daarvoor uit andere Nederlandse praktijken zijn onlangs gepubliceerd. Uit het betreffende onderzoek bleek dat 40% van de mensen ≥ 70 jaar met een streefwaarde van 58 of 64

mmol/mol werd overbehandeld (HbA1c < 53 mmol/mol). Een aanzienlijk deel van hen was objectief ‘kwetsbaar’.⁴ Wij concluderen dat huisartsen meer aandacht moeten besteden aan de behandeling van mensen met DM2 die 70 jaar of ouder zijn. We hopen dat onze resultaten u ertoe aanzetten om overbehandeling van diabetes bij ouderen op te sporen en te corrigeren.

DANKWOORD

Ik dank mijn opleider mevrouw Q.C.M. Meijer en onze praktijkverpleegkundige mevrouw M. Overman voor alle ondersteuning en hulp tijdens het maken van dit verbeterplan. ■

LITERATUUR

- Lee EA, Gibbs NE, Martin J, Ziel F, Polzin JK, Palmer-Toy D. Improving care in older patients with diabetes: a focus on glyce-mic control. Perm J 2016;20:51-6.
- Boussageon R, Angoulvant TB, Elahi MS, Lafont S, Bergeonneau C, Kassā B, et al. Effect of intensive glucose lowering treatment on all cause mortality, cardiovascular death, and microvascular events in type 2 diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2011;343:d4169.
- Rutten GEHM, Van Vugt HA, De Weerdt I, Lamberts SWJ, De Koning EJP. Van jaarcontrole naar jaargesprek. Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:D342.

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

Khachadurian SH0, Van Beek C, Rutten GEHM. Overbehandeling van mensen met diabetes mellitus type 2. Huisarts Wet 2018;61[5]:44-7. DOI:10.1007/s12445-018-0117-0. Huisartsenpraktijk Julianalaan, Zwaag: S.H.O. Khachadurian, huisarts, sipan71@yahoo.com. Huisartsopleiding UMC Utrecht: C. van Beek, huisarts-docent. Julius Centrum, UMC Utrecht, Universiteit Utrecht, Utrecht: prof. dr. G. Rutten, hoogleraar diabetologie in de eerste lijn. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Pas biosimilars zonder terughoudendheid toe

Anton Franken, Karel Rosmalen, Arnold Vulto

Biosimilars zijn kopieën van biologische geneesmiddelen en worden al meer dan tien jaar door specialisten in ziekenhuizen voorgeschreven. De laatste tijd krijgen ook huisartsen de beschikking over biosimilars. Hoe verloopt de ontwikkeling van deze nieuwe categorie geneesmiddelen en hoe gebruikt u ze in de praktijk?

EEN NIEUWE CATEGORIE GENEESMIDDELEN

Nieuw ontwikkelde geneesmiddelen genieten gedurende een periode van jaren marktexclusiviteit als gevolg van patentbescherming en andere regelingen. Het gevolg daarvan: door gebrek aan concurrentie zijn de prijzen van die middelen (soms extreem) hoog. Na het verlopen van de marktexclusiviteit kunnen geneesmiddelen worden ‘nagemaakt’. Gaat het om chemische middelen, dan noemen we dat generieke (merkloze) geneesmiddelen. Kopieproducten van biologische geneesmiddelen noemen we biosimilars. Beide varianten kunnen leiden tot aanzienlijke besparingen op de geneesmiddelenuitgaven vanwege lagere ontwikkelkosten en door het op gang brengen van marktwerking.

Biosimilars zijn functioneel hetzelfde als het originele middel

Biosimilars zijn al meer dan tien jaar in gebruik in ziekenhuizen. Als huisarts kreeg u er vaak alleen maar mee te maken als ze in het ziekenhuis waren voorgeschreven. Sinds biosimilars van glargine-insuline beschikbaar zijn kunt u ze inmiddels ook voorschrijven. Hoog tijd dus om uw aandacht te vragen voor deze nieuwe categorie geneesmiddelen op de markt. In dit artikel vindt u achtergrondinformatie over de ontwikkeling van biosimilars en het gebruik in de praktijk.

GENERIEKE GENEESMIDDELEN VERSUS BIOSIMILARS

Generieke geneesmiddelen zijn exacte kopieën van het origineel. Ze worden tot de markt toegelaten op basis van een compleet farmaceutisch kwaliteitsdossier en een beperkt onderzoek bij mensen naar gelijke blootstelling in het bloed.

DE KERN

- Biosimilars zijn kwalitatief gelijkwaardige en minder dure versies van innovatieve geneesmiddelen
- Biosimilars leiden tot lagere prijzen en een betere toegankelijkheid tot deze middelen.

Omdat de ontwikkeling van deze middelen veel goedkoper is, zijn de prijzen ervan ook heel veel lager dan die van het originele product, soms minder dan 10%. Het ontwikkelen van kopieproducten van biologische geneesmiddelen is lastiger. Biologische productiesystemen kennen een natuurlijke variatie, waardoor er tijdens de productie voortdurend kleine verschillen optreden. Het maken van exacte kopieën is daarom niet mogelijk. Blijkbaar is een beetje variatie niet erg voor de werkzaamheid en veiligheid van biologische geneesmiddelen, want we leven daar al jaren mee. Op basis van die gedachte kan je dus goed gelijkende kopieën maken, die weliswaar niet identiek zijn, maar wel zo goed lijken dat ze hetzelfde doen. Die versies van een dergelijk geneesmiddel worden *biosimilar* genoemd: niet identiek, wel functioneel hetzelfde. De ontwikkel- en registratieprocessen zijn daardoor veel uitgebreider dan die van de eenvoudigere generieke geneesmiddelen. Uitgebreid vergelijkend onderzoek, de zogeheten *comparability exercise*, moet aantonen dat de verschillen in samenstelling tussen het referentiegeneesmiddel (het origineel) en de biosimilar zo minimaal zijn dat beide geneesmiddelen gelijkwaardig zijn met betrekking tot essentiële kwaliteitskenmerken, biologische activiteit, veiligheid en werkzaamheid. De nadruk ligt op het vergelijken van fysisch-chemische en biologische kenmerken van de biosimilar, aangevuld met bevestigend, meestal beperkt, patiëntenonderzoek. Uitgangspunt bij het registratietraject is dus het vaststellen van de gelijkwaardigheid van het biosimilar en niet het vaststellen van de werkzaamheid per se. Het vergelijkende patiëntenonderzoek is daarom optimaal ingericht om verschillen tussen referentieproduct en biosimilar op te kunnen pikken. Bij dit onderzoek gaat het er dus niet om te bewijzen dat het middel werkt: dat weten we immers al van het origineel. We willen weten of er verschillen in werking zijn tussen origineel en het kopieproduct.

Het Europese Geneesmiddelagentschap (EMA) beoordeelt dit proces en toetst het dossier aan de richtlijnen en kijkt of aan alle kwaliteits- en veiligheidseisen is voldaan. Na goedkeuring worden biosimilars in de 28 Europese landen toegelaten.¹ De eerste biosimilar, Omnitrope® (een biosimilar van een groei-hormoon) werd in Europa in 2006 geregistreerd. Inmiddels zijn er meer dan dertig biosimilars toegelaten en zitten er tientallen in de pijplijn.

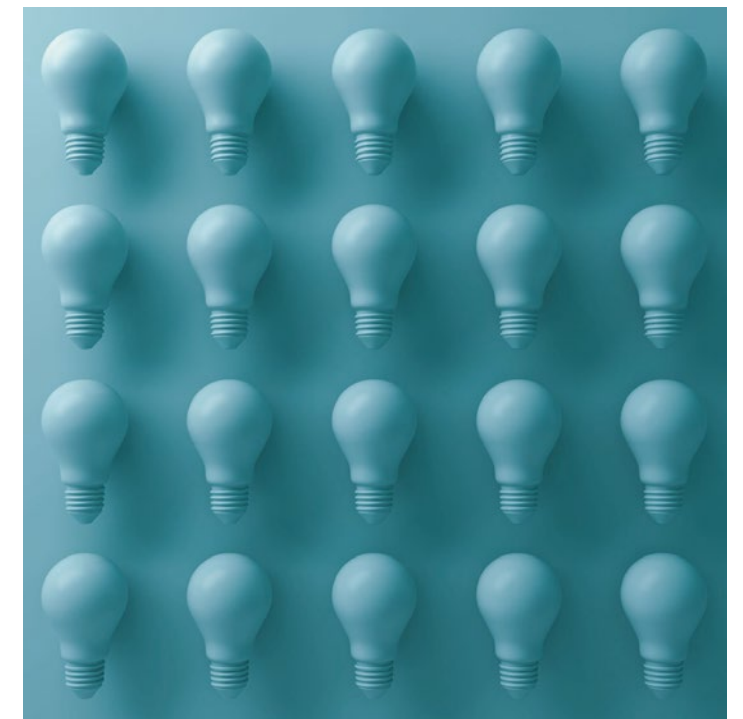
BIOSIMILARS IN DE PRAKTIJK

We onderscheiden drie generaties biosimilars. De eerste generatie zijn de vervangingsproducten (lichaamseigen), zoals groeihormoon en insuline. De tweedegeneratiebiosimilars betreffen monoklonale antilichamen met een gedefinieerd effect, zoals de TNF-alfablokkers (infliximab, etanercept en adalimumab), die onder andere worden ingezet bij de behandeling van reumatoïde artritis, psoriasis en inflammatoire darmziekten. Biosimilars van de derde generatie zijn de oncologische/hematologische geneesmiddelen. Deze klasse kenmerkt zich door complexe monoklonale eiwitten met een uitgesteld klinisch effect.

Eerstegeneratiebiosimilars

Tien jaar ervaring met het biosimilar groeihormoon heeft geen problemen opgeleverd, ook niet bij patiënten die van het referentieproduct op biosimilar zijn overgestapt. Abasaglar® is de eerste insuline glargine-biosimilar, geregistreerd in 2014. In 2017 werd een tweede geregistreerd, Lusduna®, die vooralsnog niet beschikbaar is voor de Nederlandse markt. Dit jaar volgt de registratie van een derde, Semglee®. Tevens is de eerste biosimilar van kortwerkende insuline geregistreerd, Insuline Lispro Sanofi®. Ook deze is nog niet verkrijgbaar. Bij het gebruik van insuline speelt het toedieningssysteem (pensysteem) ook een belangrijke rol. Insulines zijn meestal gekoppeld aan een specifiek pensysteem, zo heeft de biosimilar Abasaglar® bijvoorbeeld een andere pen (kwikpen) dan het origineel Lantus® (solostar). Patiënten die overstappen moeten dus een nieuwe prikinstructie krijgen.

De biosimilar van insuline wordt in Nederland nog zelden gebruikt. Dit komt doordat het prijsverschil tussen Lantus® en de biosimilar Abasaglar® nog steeds klein is (ongeveer 10%), maar dit verandert naar verwachting als de andere biosimilars van insuline op de markt komen. Marktwerking en daardoor prijsdaling vormen een belangrijk aspect van de inzet van biosimilars. Onbekendheid en terughoudendheid bij huisartsen en patiënten spelen eveneens een rol bij het geringe gebruik van biosimilar van insuline in de praktijk. De Nederlands Diabetes Federatie steunt de inzet van biosimilars onder bepaalde voorwaarden. Belangrijk is dat de keuze voor de start van een biosimilar of het overstappen op de biosimilar wordt gemaakt in samenspraak tussen de patiënt en zijn voorschrijfbevoegde zorgverlener. Monitoring is ook een voorwaarde, wat in het kader van goede praktijkvoering (monitoring van parameters als glucosewaarden, HbA1c, optreden van hypers/hypo's) natuurlijk al moet



Biosimilars zijn kwalitatief gelijkwaardige en minder dure versies van innovatieve geneesmiddelen.

Foto: iStock

gebeuren. Daarnaast speelt de zorgverlener een proactieve rol door de patiënt van de nodige informatie te voorzien en aandacht te geven aan algemene patiëntenervaringen rond het gebruik van de nieuwe medicatie en het toedieningssysteem. Het overstappen op een biosimilar van insuline vergt extra uitleg en dus tijd van huisartsen, diabetesverpleegkundigen en praktijkondersteuners. Het diabetesteam moet deze logistieke inspanningen en de prijs op doelmatigheid beoordelen. Overigens hebben de verzekeraars Menzis en VGZ Abasaglar® ingezet als voorkeursmiddel bij nieuwe diabetespatiënten.

Exacte kopieën van biologische geneesmiddelen zijn niet te maken

Tweedegeneratiebiosimilars

Inmiddels zijn er drie biosimilars van infliximab (Remicade®) op de markt en twee van etanercept (Embrex®). In 2018 volgen meerdere biosimilars van adalimumab (Humira®). Bij onderhandelingen in ziekenhuizen ligt de kostprijs van de biosimilar ongeveer 40% lager dan die van het oorspronkelijke merkartikel. Niet alleen nieuwe patiënten kunnen met deze biosimilars worden behandeld, overstappen van innovator naar biosimilar behoort ook tot de mogelijkheden. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) heeft hieraan wel enkele voorwaarden gesteld.² Zo mag overstappen alleen gebeuren

in overleg met de patiënt en pas nadat deze is voorgelicht, er klinische monitoring heeft plaatsgevonden en op apotheek-niveau te herleiden is wie welk product heeft gekregen, dit laatste met het oog op de traceerbaarheid van bijwerkingen. Switch-onderzoeken, zoals het recente Nor-Switch-onderzoek met infliximab,³ hebben laten zien dat er op korte termijn geen nadelige effecten zijn bij overstappen, niet op het gebied van effectiviteit, noch dat van bijwerkingen, in het bijzonder immunogeniciteit. Dat laatste is een punt van zorg bij sommige

Het belang van biosimilars is voor patiënten vaak lastig in te zien

TNF-alfablokkers (infliximab en adalimumab). Het immuunsysteem kan het eiwitgeneesmiddel als lichaamsvreemd zien, waardoor de patiënt antilichamen tegen dit geneesmiddel gaat maken, zogenaamde anti-drug-antilichamen (ADA). Als deze ADA aan het geneesmiddel op een manier binden die de farmacologische werking van het geneesmiddel blokkeert, spreken we van neutraliserende ADA. Wanneer de titer van neutraliserende ADA hoog genoeg is, gaat dit ten koste van de werkzaamheid van het geneesmiddel. Het onderzoek naar eventuele immunogeniciteit vormt een belangrijk onderdeel van het registratietraject van biosimilars. Overigens spelen neutraliserende ADA bij diabetes en insulinegebruik geen rol van betekenis. Overstappen van referentieproduct naar biosimilar binnen de TNF-alfablokkers gebeurt in ons land inmiddels op grote schaal en met succes. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) heeft voor ziekenhuizen een tool box ontwikkeld met praktijkadviezen bij het overstappen. De juiste voorlichting aan de patiënt speelt een cruciale rol bij de implementatie van biosimilars, want het belang is voor patiënten toch vaak lastig in te zien. Voor hen is er geen direct voordeel en ze wantrouwen begrijpelijkerwijze de overstap naar een goedkoper medicijn waarmee ze niet vertrouwd zijn. Het ligt in de lijn der verwachting dat een dergelijke tool box er ook zal komen voor de eerste lijn (insuline).

Derdegeneratiebiosimilars

Inmiddels is Truxima®, de eerste biosimilar van rituximab, beschikbaar gekomen voor de behandeling van reumatoïde artritis, non-hodgkin lymfoom en chronische lymfatische

leukemie. Onlangs werd een tweede biosimilar voor rituximab geregistreerd, Rixathon®. Later dit jaren volgen meerdere biosimilars van Herceptin®, een geneesmiddel dat gebruikt wordt bij bepaalde vormen van borst- en maagkanker, met een positieve expressie van het HER2-eiwit.

ZONDER TERUGHOUDENDHEID TOEPASSEN

De ontwikkeling van biologische geneesmiddelen heeft veel nieuwe behandelmogelijkheden geschapen. De prijs die hiervoor betaald wordt is echter zo hoog dat het ontwikkelen van alternatieven in de vorm van biosimilars nodig is om deze middelen breed toegankelijk te houden. Biosimilars zijn kwalitatief gelijkwaardige en minder dure versies van innovatieve geneesmiddelen, die tot lagere prijzen en een betere toegankelijkheid tot deze middelen leiden.

Na eerst hun effectiviteit en veiligheid in de tweede lijn te hebben bewezen vinden biosimilars in toenemende mate hun weg naar de praktijk van de huisarts, te beginnen bij de behandeling van diabetes met insuline. Ze voldoen aan dezelfde strenge kwaliteitseisen als de andere geneesmiddelen en u kunt ze dus zonder terughoudendheid toepassen. ■

LITERATUUR

1. Biosimilars in the EU. Information guide for health care professionals. Londen: European Medicines Agency, 2017. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Leaflet/2017/05/WC500226648.pdf.
2. College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Standpunt CBG over biosimilars. Utrecht: College ter Beoordeling van Geneesmiddelen, 2015. <https://www.cbg-meb.nl/actueel/nieuws/2015/03/31/standpunt-cbg-over-voorschrijven-van-bio-similars>.
3. Jørgensen KK, Olsen IC, Goll GL, Lorentzen M, Bolstad N, Haavardsholm EA, et al. Switching from originator infliximab to biosimilar CT-P13 compared with maintained treatment with originator infliximab (NOR-SWITCH): a 52-week, randomised, double-blind, non-inferiority trial. Lancet 2017;389:2304.

Franken AAM, Rosmalen K, Vulto AG. Pas biosimilars zonder terughoudendheid toe. Huisarts Wet 2018;61[5]:48-50. DOI:10.1007/s12445-018-0119-y. Isala Ziekenhuis, Afdeling Interne geneeskunde, Zwolle: dr. A.A.M. Franken, internist. Huisartsenpraktijk De Groene Beuk, Vught: K. Rosmalen, huisarts. Erasmus MC, Afdeling Farmacie, Rotterdam: prof. dr. A.G. Vulto, ziekenhuisapotheker/farmacoloog. Correspondentie: a.a.m.franken@isala.nl Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven

Serie therapie van alledaagse klachten

Behandeling van spierpijn

Tjeerd de Jongh en Arianne Verhagen

Spierpijn ontstaat door metabole myopathie als gevolg van statische of actieve overbelasting van de spieren. Alvorens te behandelen moeten vitamine-D-gebrek, bijwerkingen van medicijnen en systemische aandoeningen als oorzaak worden uitgesloten. Er zijn eigenlijk geen behandelingen die de pijn kunnen opheffen en de winst van de middelen waarvoor enig bewijs bestaat, is gering.

CASUS MENEER PIETERSE

Meneer Pieterse, 35 jaar, komt op uw spreekuur. Hij heeft de afgelopen week (ongetraind) de vierdaagse gelopen en heeft sindsdien veel pijn in zijn benen, vooral bij het lopen. Hij kan daardoor niet werken (hij is postbode) en wil graag iets hebben iets om er snel vanaf te zijn.

Meestal ontstaat spierpijn tijdens of na inspanning door metabole myopathie op basis van een verstoorde glucosestofwisseling, waardoor melkzuurophoping kan ontstaan.² Wanneer een patiënt met spierpijnklachten op uw spreekuur komt, moeten anamnese en lichamelijk onderzoek systemische aandoeningen als polymyalgia rheumatica en lokale afwijkingen in andere structuren dan de spieren uitsluiten. Een aantal oorzaken kan spierpijn doen ontstaan of bevorderen:³

- een verkeerde zit- of werkhouding
- onvoldoende rust
- overbelasting door bijvoorbeeld nieuwe activiteiten of hobby's
- overbelasting door bijvoorbeeld houdingsafwijkingen of overgewicht
- psychosociale factoren en stress
- vitamine-D-gebrek

Daarnaast kan spierpijn ontstaan als gevolg van een ziekte (zoals griep) of medicijnen (bijvoorbeeld cholesterolverlaagders). Spierpijn kan leiden tot verhoogde spierspanning, waardoor een vicieuze cirkel van pijn en spasmen kan ontstaan. Bij chronische spierpijn wordt in een aantal gevallen een syndroomdiagnose gesteld, zoals fibromyalgie, myofasciaal pijnsyndroom (MPS) of complex regionaal pijnsyndroom (CRPS). Deze aandoeningen vereisen een specifieke benadering en behandeling, en bespreken we hier niet.

THERAPEUTISCHE MOGELIJKHEDEN BIJ SPIERPIJN

Er zijn geen behandelingen die sterk worden aanbevolen, al-



Spierpijn kan leiden tot verhoogde spierspanning, waardoor een vicieuze cirkel van pijn en spasmen kan ontstaan. Foto: Flip Franssen, Hollandse Hoogte

leen interventies die een matige of zwakke aanbeveling krijgen [tabel].¹

Voorlichting en advies

Adviseer regelmatig te bewegen, maar overbelasting van de spieren bij dagelijkse activiteiten en sporten te voorkomen.⁴ Een warme douche kan de bloeddoorstroming verbeteren en de spierpijn verminderen. Er zijn geen goede onderzoeken bekend naar het effect van leefregels op spierpijn.

Wrijfmiddelen

De gedachte is dat wrijfmiddelen met salicylaten irritatie van de zenuwuiteinden in de huid veroorzaken, waardoor de pijn in de onderliggende spier vermindert. Het effect ervan is in onderzoek niet overtuigend aangetoond. Bij oudere onderzoeken verminderden de klachten meer dan met een placebo, terwijl de nieuwste en betere onderzoeken geen effect hebben aangetoond.⁵

Pijnstilling

Indien pijnstilling gewenst is, kunt u naar keuze beginnen met paracetamol of een NSAID (lokaal of oraal). Er bestaat geen duidelijkheid over de werkzaamheid van het stappenplan uit de NHG-Standaard Pijn bij spierpijn.⁶ Paracetamol lijkt bij spierpijn nauwelijks werkzaam dan een placebo, maar heeft minder bijwerkingen dan NSAID's. Het lijkt zeker dat lokale NSAID's bij spierpijn even effectief zijn als orale NSAID's, terwijl ze meer lokale, maar minder systemische bijwerkingen hebben.^{7,8}

Therapeutische mogelijkheden bij spierpijn

Interventie	Opmerkingen	Winst	Bewijs
Matige/zwakke aanbeveling			
paracetamol		klein	expertpanel
NSAID lokaal/oraal		klein	matig
oefentherapie	activerende aanpak bij dreigende chroniciteit	klein	laag
koudeapplicaties	herstel bij sporters	klein	matig
warmteapplicaties	kortdurend effect	klein	laag
Negatieve aanbeveling			
fototherapie	led- en lasertherapie	geen	laag
Geen aanbeveling mogelijk			
massage		onduidelijk	laag
wrijfmiddelen	salicylaathoudend	onduidelijk	laag
voedingssupplementen en kruiden		onduidelijk	laag
vitamine D	waarschijnlijk zinvol bij aangetoond vitamine-D-tekort	onduidelijk	laag
tramadol/opiaten		onduidelijk	geen

Sterker werkende analgetica, zoals tramadol of opiaten, lijken bij spierpijn niet geïndiceerd, maar daar is geen onderzoek naar gedaan.

Fysiotherapie

Bij (dreigende) chroniciteit is behandeling door een fysiotherapeut zinvol. Een activerende aanpak moet centraal staan om een actieve leefstijl te realiseren (ondanks de pijn): oefentherapie, al dan niet gecombineerd met een gedragsmatige aanpak.³ Massage zou snelle, kortdurende pijnverlichting kunnen geven, maar het effect op de langere termijn is onzeker.⁹⁻¹¹

VERVOLG CASUS MENEER PIETERSE

U raadt meneer Pieterse aan om 4 dd diclofenacgel te gebruiken en eventueel warmtepakkingen toe te passen bij heftige pijn, en zijn activiteiten geleidelijk te hervatten. U adviseert om de informatie na te lezen op www.thuisarts.nl/spierpijn/ik-heb-spierspijn. Bij onvoldoende effect zal hij na één week op het spreekuur terugkomen.

Warmte- en koudeapplicaties

Warmteapplicatie kan op korte termijn enige pijnstilling geven door vermindering van de spierkramp en invloed op de zenuwuuiteinden.³ Hoewel deze interventie zeer frequent wordt toegepast, is er weinig goed onderzoek naar gedaan.³ Koudeapplicatie (pakkingen, ijsbaden, sprays) geeft vasoconstrictie en vermindert het lokale metabolisme.³ Er zijn aanwijzingen dat toepassing bij sporters zinvol is om spierpijn op de korte termijn enigszins te verminderen.¹²⁻¹⁶

Kruiden en voedingssupplementen

Sporters gebruiken allerlei voedingssupplementen en kruiden voor een sneller herstel na inspanning en vermindering van

de spierpijn. Er zijn hier veel positieve berichten over, maar van geen enkel middel is aangetoond dat het de spierpijn na inspanning vermindert.^{17,18}

Vitamine D

Vitamine-D-tekort kan (vooral bij niet-westerse allochtonen) spierpijn geven. Bij een niet-geselecteerde groep kan niet met zekerheid worden aangetoond dat vitamine-D-suppletie spierpijn vermindert.¹⁹ Waarschijnlijk is dat wel het geval bij een aangetoond vitamine-D-tekort.²⁰

Fototherapie

Onderzoek met verschillende vormen van fototherapie (led- en lasertherapie) heeft geen effect laten zien op de snelheid van herstel, spierbeschadiging en spierpijn na intensieve oefeningen.²¹ ■

LITERATUUR

- De Jongh TOH, Verhagen AP. Spierpijn. In: De Jongh TOH, De Vries H (red). Therapie van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
- Jacobs B, Snoek JW, Wolters EC. Spierklachten. In: Jacobs B, Snoek JW, Wolters EC. Leidraad neurologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
- Kushner I. Overview of soft tissue rheumatic disorders. www.uptodate.com. Geraadpleegd november 2017.

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

De Jongh TOH, Verhagen AP. Behandeling van spierpijn. Huisarts Wet 2018;61(5):53-4. DOI:10.1007/s12445-018-0112-5. 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 aangegeven.

Kennistoets

Cardiovasculaire risicovoorspelling

- Harskamp vindt de huidige cardiovasculaire risicovoorspelling redelijk betrouwbaar. Bij een aantal categorieën is de huidige voorspelling aanzienlijk minder betrouwbaar. Welke zijn dat?
 - Ouderen (> 70 jaar) en jongeren (< 50 jaar).
 - Patiënten met diabetes mellitus en reumatoïde artritis.
 - Patiënten met een hoog (> 20%) en een laag cardiovasculair risico (< 10%).

- Harskamp laat in een tabel de toegevoegde voorspellende waarde van nieuwe biomarkers voor hart- en vaatziekten (HVZ) zien. Achter elke parameter staat de mate van aanbeveling. De Coronaire CT-scan (calciumscore) scoort verhoudingsgewijs hoog. Welk onderzoek doet dat ook?
 - ECG.
 - Enkel-arm-index.
 - (NT-pro) BNP.
 - (High sensitivity) CRP.

- Het CBS publiceert gegevens over de doodsoorzaken van alle overleden inwoners van Nederland. De laatste gegevens zijn uit 2016. Wat is het aandeel van HVZ in de totale sterfte in Nederland en welke trend is gaande?
 - HVZ is de voornaamste doodsoorzaak gevolgd door kanker, het aandeel HVZ daalt.
 - HVZ is de voornaamste doodsoorzaak gevolgd door kanker, het aandeel HVZ stijgt.
 - Kanker is de voornaamste doodsoorzaak gevolgd door HVZ, het aandeel HVZ daalt.
 - Kanker is de voornaamste doodsoorzaak gevolgd door HVZ, het aandeel HVZ stijgt.

- Tijdens een leergesprek bespreken aios en opleider welke aanpak het effectiefst is om sterfte door HVZ op

populativeniveau te doen dalen. Welke aanpak leidt tot de grootste afname in sterfte?

- Risicoreductie bij mensen met al aanwezige hart- en vaatziekte.
- Risicoreductie bij mensen die (nog) geen aanwezige hart- en vaatziekte hebben.

- Leeftijd is de belangrijkste voorspeller van HVZ. Ouderen(> 70 jaar) hebben in de huidige risicoschatting vrijwel allemaal een hoog risico en jongeren (< 40 jaar) een laag risico. Atherosclerose begint echter al op jonge leeftijd en zal pas decennia later leiden tot HVZ. Welke bewering is van toepassing op de huidige cardiovasculaire risicoschatting?
 - Neigt naar onderbehandeling van ouderen en overbehandeling van jongeren.
 - Neigt naar overbehandeling van ouderen en onderbehandeling van jongeren.
- Wat is de conclusie van Harskamp over de waarde en de plaats van beeldvormende technieken en biomarkers in de huidige cardiovasculaire risicovoorspelling?
 - Geven geen verbetering risicopredictie, niet opnemen in bestaande score.
 - Geven wel verbetering risicopredictie, pas opname als gezondheidswinst bewezen is.
 - Wel verbetering risicovoorspelling, starten met opname in bestaande score.

- De huisarts heeft een cardiovasculair risicoprofiel opgesteld bij mevrouw Westen, 65 jaar. Haar tienjaarsrisico op HVZ ligt tussen de 10 en 20%. Ze rookt niet. In haar familie komen geen HVZ voor. Ze beweegt voldoende en haar BMI is 24 kg/m2. Haar



Foto: iStock

bloeddruk is 154/80 mmHg. De ratio totaal cholesterol/HDL is 6, het LDL is 3,0 mmol/l. De nierfunctie is goed. Zijn leefstijladviezen hier voldoende, of is ook medicamenteuze therapie aangewezen?

- Ja alleen cholesterolverlager.
- Ja, alleen een antihypertensivum.
- Ja zowel een cholesterolverlager als een antihypertensivum.
- Nee.

- Uit het cardiovasculair risicoprofiel van de 62-jarige mevrouw Kommers blijkt dat zij een verhoogd risico heeft op HVZ. Haar familieanamnese is belast. De huisarts geeft leefstijladviezen en simvastatine. Na drie maanden controleert hij het effect van de therapie. Welke streefwaarde moet hij aanhouden voor het cholesterol?
 - LDL ≤ 2,5 mmol/l.
 - LDL ≤ 3 mmol/l.
 - Ratio totaal cholesterol/HDL ≤ 5.
 - Ratio totaal cholesterol/HDL ≤ 6.

De kennistoets is gemaakt door Henk Folkers, werkzaam bij Huisartsopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

GEBRUIKTE BRONNEN

Harskamp RE, Van Peet PG, Peters MJL, Van Weert HPCM. Cardiovasculair risico-inschatting: een toekomstverkenning. Huisarts Wet 2018;61(5):DOI: 10.1007/s12445-018-0121-4. Landelijke werkgroep Cardiovasculair risicomangement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomangement [tweede herziening]. www.nhg.org. www.volksgezondheidenzorg.info

ANTWOORDEN

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

Herziening NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rinitis

Azelastine bij niet-allergische rinitis

Martijn Sijbom, Tjerk Wiersma

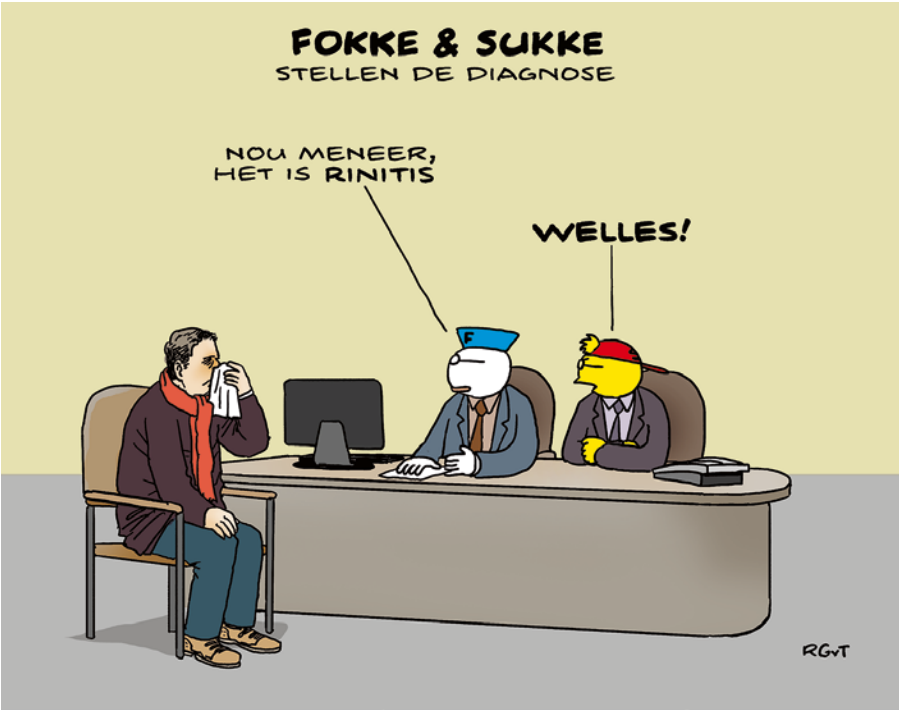
De behandeling van allergische rinitis bestaat uit een corticosteroïdneusspray en/of een antihistaminicum. Sublinguale immunotherapie met tabletten wordt vanwege de gebrekkige effectiviteit en de hoge kosten niet aanbevolen. Omdat corticosteroïdneusspray weinig effectief is bij de behandeling van idiopathische rinitis (een vorm van een niet-allergische rinitis), geeft de herziene standaard de voorkeur aan neusspray met azelastine. Ook nasaal ipratropiumbromide is in deze gevallen een optie.

BEHANDELING BIJ ALLERGISCHE RINITIS

Afhankelijk van de ernst en de duur van de klachten bestaat de behandeling van een allergische rinitis uit een corticosteroïdneusspray en/of antihistaminicum. Bij milde of intermitterende klachten heeft een antihistaminicum de voorkeur, omdat dit snel (binnen een paar uur) werkt en de klachten snel kan verlichten. Bij een neusobstructie en ernstige en persisterende klachten heeft een corticosteroïdneusspray de voorkeur. Het duurt langer (drie dagen) voordat deze werkt, maar corticosteroïdneusspray is wat effectiever en voorkomt bij dagelijks gebruik vaak klachten. Als een van beide middelen onvoldoende effectief is, kunnen ze in combinatie worden gebruikt. Deze adviezen voor de behandeling van allergische rinitis zijn ongewijzigd ten opzichte van de vorige versie van de standaard.

IMMUNOTHERAPIE

Het doel van immunotherapie is desensibilisatie voor het desbetreffende allergeen. Dit gebeurt door toediening van allergeenextracten. Sinds enkele jaren zijn hiervoor sublinguale tabletten beschikbaar. Daarnaast zijn er sublinguale druppels en subcutane injecties.



Sublinguale immunotherapie middels tabletten wordt niet aanbevolen; er is geen klinisch relevant effect aangetoond van deze behandeling. Daarbij duurt de behandeling drie jaar en bedragen de kosten ongeveer € 1200-1300 per jaar. Sublinguale immunotherapie middels druppels is niet effectief en wordt dus afgeraden. Subcutane immunotherapie is wel een effectieve behandelmethode. Er is een klein risico op een ernstige anafylactische reactie. Dit gebeurt meestal tijdens de instelfase. Het advies is dan ook om deze behandeling in de tweede lijn te starten. De huisarts kan deze behandeling overnemen tijdens de onderhoudsfase, als het risico op anafylactische reacties veel lager is. Het is belangrijk dat hij over een noodset beschikt en de patiënt een half uur onder toezicht houdt.

ONDERSCHIED ALLERGISCHE EN NIET-ALLERGISCHE RINITIS

Het onderscheid tussen allergische en

niet-allergische rinitis was in het verleden minder van belang, omdat beide vormen met een corticosteroïdneusspray werden behandeld. Inmiddels is gebleken dat deze behandeling doorgaans weinig effectief is bij niet-allergische rinitis. Het is meestal goed mogelijk om op basis van de anamnese onderscheid tussen beide vormen te maken. Een allergische rinitis kenmerkt zich door de klassieke symptomen jeuk in de neus en gehemelte, loopneus, verstopte neus en niezen na blootstelling aan het allergeen. Bovendien is een gras- of pollenallergie seizoensgebonden. Bij een niet-allergische rinitis is de oorzaak regelmatig een geneesmiddel, overvloedig gebruik van een decongestivum, roken of conchahypertrofie. De eerste drie oorzaken zijn anamnestic te achterhalen. Conchahypertrofie heeft als primaire klacht neusobstructie. Hormonale rinitis treedt soms op

tijdens zwangerschap of bij gebruik van hormonen. Rinitis bij ouderen heeft vaak als enige symptoom een loopneus. Als zowel een allergische oorzaak als bovenstaande niet-allergische oorzaken zijn uitgesloten, betreft het een idiopathische rinitis. In een minderheid van de gevallen is nader laboratoriumonderzoek naar IgE nodig om dit te bevestigen.

AZELASTINE BIJ IDIOPATHISCHE RINITIS

Idiopathische rinitis is een zeer hinderlijke aandoening die moeilijk te behandelen is. Neusspray met azelastine is opgenomen in de standaard als eerste keus voor de behandeling van idiopathische rinitis. Een andere optie is de neusspray met ipratropiumbromide. Deze is met name effectief tegen de loopneus. ■

LITERATUUR

De volledige versie van de herziene NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rinitis is te raadplegen op de website van het NHG, www.nhg.org/standaarden.

Sijbom M, Wiersma Tj. Azelastine bij niet-allergische rinitis. Herziening NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rinitis. Huisarts Wet 2018;61:56-7. DOI:10.1007/s12445-018-0114-3. De NHG-werkgroep Allergische en niet-allergische rinitis bestond uit: Aalberse J, Fokkens W, Lucassen P, Sijbom M, Van Sleuwen D, Wiersma T, Zegers R.

Jaarlijkse mammografie voor BRCA-mutatiedraagsters 60-75 jaar

Herziening multidisciplinaire richtlijn borstkanker

Margreet Ausems, Marleen Kets, Inge-Marie Obdeijn, Jolanda Wittenberg

In de herziene multidisciplinaire richtlijn borstkanker wordt jaarlijkse controle via de mammapoli geadviseerd voor BRCA-mutatiedraagsters van 60 tot 75 jaar. Nieuw onderzoek laat zien dat bij jaarlijkse mammografische screening het tumorstadium van de gevonden tumoren duidelijk gunstiger is dan wanneer er eens per twee jaar een mammogram wordt gemaakt.

In de vorige versie van de richtlijn was het screeningsadvies voor BRCA-mutatiedraagsters ouder dan 60 om eens per twee jaar een mammografie te laten verrichten.¹ Dit kon plaatsvinden via het bevolkingsonderzoek borstkanker of in het eigen ziekenhuis. Deze aanbeveling is aangepast.² Nieuw onderzoek laat zien dat bij jaarlijkse mammografische screening het tumorstadium van de gevonden tumoren duidelijk gunstiger is dan wanneer er eens per twee jaar een mammogram wordt gemaakt.³ Ook is besloten dat in geval van dicht of zeer dicht borstklierweefsel jaarlijks afwisselend wordt gescreend met mammografie en MRI. De consequentie van deze aanpassingen is dat voor alle vrouwen tussen de 25 en 75 jaar met een aangetoonde BRCA1- of BRCA2-mutatie die geen dubbelzijdige

ablatio hebben ondergaan, jaarlijkse controle via de mammapoli wordt geadviseerd. Het jaarlijkse contact met de controlerend arts in het ziekenhuis wordt niet alleen gebruikt om de uitslagen van de beeldvorming te bespreken, maar ook om andere vragen te beantwoorden en om eventueel lichamelijk onderzoek te verrichten. Vanaf januari 2018 worden BRCA-mutatiedraagsters zodra ze de leeftijd van 60 jaar bereiken niet meer naar het bevolkingsonderzoek verwezen. Zij worden gescreend op de mammapoli. Op dit moment is er nog een groep mutatiedraagsters (nu in de leeftijd van 60-75 jaar) die tweejaarlijks via het bevolkingsonderzoek of via de huisarts in het ziekenhuis (afdeling radiologie) gescreend worden, terwijl ze eigenlijk jaarlijks via de mammapoli gescreend zouden moeten worden. Deze naar schatting duizenden BRCA-mutatiedraagsters van 60 jaar en ouder zonder borstkanker of preventieve operatie in de voorgeschiedenis zijn vaak niet meer in beeld bij een mammapoli. Via patiëntenverenigingen wordt geprobeerd om de groep genmutatiedraagsters van 60 jaar en ouder te bereiken.⁴ Heeft u zelf een genmutatiedraagster van 60 jaar of ouder in uw praktijk, wijs haar

dan op dit aangepaste screeningsadvies en verwijs haar voor jaarlijkse controle naar de mammapoli. ■

LITERATUUR

1. Nationaal Borstkanker Overleg Nederland (NABON). Richtlijn Mammacarcinoom (versie 2.0). Utrecht: IKNL, 2012.
2. Richtlijn borstkanker. Screening buiten het bevolkingsonderzoek. https://www.oncoline.nl/richtlijn/item/pagina.php?id=41173&richtlijn_id=1069&tab=1.
3. Saadatmand S, Vos JR, Hoening MJ, et al. Relevance and efficacy of breast cancer screening in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers above 60 years; a national cohort study. Int J Cancer 2014;135:2940-9.
4. <https://brca.nl/nl/nieuws/nieuwe-ontwikkelingen-rondom-erfelijke-aanleg-voor-borst-en-eierstokkanker-en-aangepast> en <https://brca.nl/nl/nieuws/bericht-voor-brca-mutatiedraagsters-van-60-jaar-en-ouder>.

Ausems M, Kets M, Obdeijn I, Wittenberg J. Jaarlijkse mammografie voor BRCA-mutatiedraagsters 60-75 jaar. Huisarts Wet 2018;61(5):57. DOI:10.1007/s12445-018-0139-7. Werkgroep Klinische Oncogenetica VKGN: Ausems MGEM, klinisch geneticus en voorzitter werkgroep, tevens bestuurslid NABON. Multidisciplinaire werkgroep richtlijn borstkanker: Kets CM, klinisch geneticus en Obdeijn IM, radioloog, tevens lid kerngroep. NHG: Wittenberg J, epidemioloog.

Weinig baat van pregabaline bij fibromyalgie

Nicole Slijfer-Rutten, Marco Blanker

Sinds de jaren '60 worden anti-epileptica toegepast voor het bestrijden van chronische pijn. In die context wordt ook pregabaline – off label – voorgeschreven, onder andere bij patiënten met fibromyalgie. Helaas ervaart slechts een klein deel van de patiënten met matige of ernstige pijn bij fibromyalgie effectieve pijnvermindering.

De auteurs wilden weten wat de werkzaamheid is en wat de bijwerkingen zijn van pregabaline bij volwassenen met pijn door fibromyalgie, in vergelijking met placebo of een andere pijnstiller. Ze concludeerden dat 1 op de 10 volwassenen met matige tot ernstige pijn bij fibromyalgie een grote afname van pijn(intensiteit) merkt door pregabaline. Dit effect gaat samen met een hoog percentage bijwerkingen. Deze conclusie baseerden zij op de update van hun review naar het effect van pregabaline op alle vormen van pijn, waarin zij zich richtten op pijn bij fibromyalgie. De auteurs includeerden acht trials.

HOOG PERCENTAGE BIJWERKINGEN

Vijf onderzoeken (3.283 patiënten) randomiseerden patiënten naar pregabaline of placebo. Met pregabaline rapporteerden na 12-13 weken meer patiënten een gematigde (23%) of substantiële verbetering (39-43%) in pijnintensiteit dan met placebo (14%, respectievelijk 28%). Een klein onderzoek (177 patiënten) vergeleek inname van pregabaline voor de nacht met inname tweemaal daags en vond geen verschil in gemiddelde pijnscores.

In twee onderzoeken werd een zogeheten ‘enriched enrolment randomised withdrawal’ (EERW) design toegepast. Van de 1.492 deelnemers hadden 687 patiënten initieel een gunstige pijnrespons van open label pregabaline. Deze groep werd gerandomiseerd naar een effectieve dosis pregabaline (300-600 mg dagelijks) of een titratie-naar-placebodosis gedurende 13 of 26 weken. In deze groep ervoer 40% met pregabaline en 20% met placebo een blijvende therapeutische respons. Dit komt overeen met een gematigde respons uit de onderzoeken met klassiek design en de auteurs beoordeelden het effect zodoende als vergelijkbaar.

Veel patiënten rapporteerden bijwerkingen (70-90% in alle groepen), waarvan een aantal specifieke bijwerkingen meer voorkwamen in de pregabalinegroep, te weten duizeligheid, moeheid, gewichtstoename en perifeer oedeem (*number needed to harm* van 3, 7, 18 en 19 voor alle doses gecombineerd). De kwaliteit van de onderzoeken met ‘klassiek’ design werd via de GRADE-systematiek beoordeeld als hoog. Het effect kan overschat zijn door imputatie van missende data na terugtrekking vanwege bijwerkingen (10% meer in de pregabalinegroep dan in de placebogroep). De dagelijkse dosis

verschilde per onderzoek: 150, 300, 450, en 600 mg. Ook het EERW-design veroorzaakt mogelijk een (kleine) overschatting van het effect.

BEHANDELDOELEN AFSPREKEN

De resultaten van deze review zijn toepasbaar op de fibromyalgiepopulatie, met patiënten die langer bestaande matige of ernstige pijn hebben, waarbij opgemerkt moet worden dat patiënten met een depressie meestal werden uitgesloten. De gekozen uitkomstmaten zijn relevant met ‘gematigde’ en ‘substantiële’ verbetering bij respectievelijk minimaal 30% en 50% afname in pijnintensiteit. Een grotere pijnrespons ging gepaard met een afname van bijkomende symptomen, zoals kwaliteit van slaap en depressieve klachten, waarbij medicamenteuze behandeling gecontinueerd kon worden. Over de langetermijneffecten wordt geen stellige uitspraak gedaan. Eerdere onderzoeken lieten een vergelijkbare respons zien over langere tijd (tot en met een jaar). Of resultaten zonder meer te extrapoleren zijn naar de dagelijkse klinische situatie betwifelen wij: alle onderzoeken gingen uit van monotherapie met pregabaline, terwijl dat in de dagelijkse praktijk vanwege comorbiditeit vaak niet het geval is. Fibromyalgie-patiënten hebben in het algemeen weinig baat bij medicamenteuze therapie. Zo ook bij pregabaline: slechts een zeer klein deel van de patiënten met ernstige of matige pijn bij fibromyalgie zal effectieve pijnvermindering ervaren. Een mogelijk bijkomend voordelig effect voor patiënten is de associatie tussen pijnverlichting met verbeterde slaap, vermindering van depressie(ve klachten), gunstige invloed op kwaliteit van leven en mogelijkheid om te werken. Als een arts pregabaline inzet in het ‘schakelregime’ dat wordt aangeraden bij medicamenteuze behandeling van fibromyalgie, moeten behandeldoelen worden afgesproken. Effectieve pijnreductie wordt in de minderheid van de patiënten met fibromyalgie bereikt. ■

LITERATUUR

1. Derry S, Cording M, Wiffen PJ, Law S, Phillips T, Moore RA. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev 2016;9:CD011790.

Slijfer-Rutten N, Blanker M. Weinig baat van pregabaline bij fibromyalgie. Huisarts Wet 2018;61(5):58. DOI: 10.1007/s12445-018-0129-9. UMCG, afdeling huisartsgeneeskunde, Groningen: N. Slijfer-Rutten, aios huisartsgeneeskunde, M. Blanker, huisarts-epidemioloog, marcoblanker@gmail.com. Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Plaats van shared decision-making bij astma

Sara Bousema

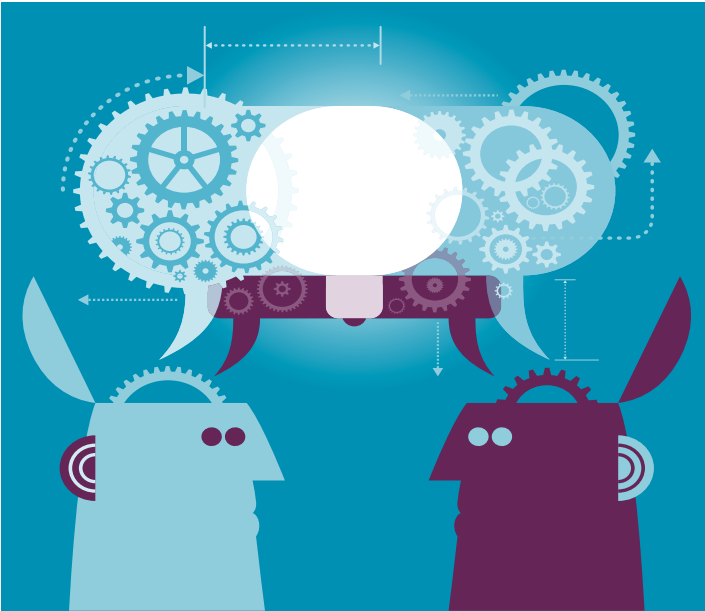
Op basis van een Cochrane-review over de effecten van shared decision-making (gedeelde besluitvorming) bij volwassenen en kinderen met astma kunnen we geen eenduidige conclusies trekken, omdat de verschillen tussen de geïncludeerde onderzoeken te groot zijn.

Astma is een chronische aandoening waarbij therapietrouw en aanpassing van de leefstijl erg belangrijk zijn. *Shared decision-making* (SDM) zou astmapatiënten daarbij kunnen ondersteunen, omdat ze dan volledig worden betrokken bij de keuzen rondom hun zorg. De vraagstelling van de Cochrane-review was of SDM effect heeft op hun kwaliteit van leven, het aantal exacerbaties, tevredenheid met de zorg, astmacontrole, therapietrouw, haalbaarheid van de interventie en bijwerkingen.¹ De auteurs keken naar poliklinische en eerstelijnspatiënten. Ze includeerden alleen (cluster)gerandomiseerde trials (RCT), vier onderzoeken met in totaal 1342 personen. Drie onderzoeken richtten zich op kinderen met astma en hun ouders. Eén onderzoek vond in Nederland plaats, de andere drie in de Verenigde Staten. De onderzoeken gebruikten uiteenlopende vormen van gedeelde besluitvorming: met een online portal, face-to-face- of telefonische contacten, of een combinatie van deze methoden. De duur van de onderzoeken varieerde van zes maanden tot twee jaar. Poolen van de resultaten was niet mogelijk, omdat de methoden en de uitkomstmaten erg uiteenliepen. Uit het onderzoek bij volwassenen bleek dat de kwaliteit van leven verbeterde,² terwijl twee andere onderzoeken hierin geen verbetering rapporteerden.^{3,4} In één onderzoek met kinderen was de tevredenheid met de geleverde zorg in de SDM-groep groter.⁵ Twee trials vonden een betere therapietrouw in de SDM-groep.^{3,4} In één onderzoek waren er minder astmagerelateerde consulten in de SDM-groep dan in de *usual care*-groep.³ Twee andere onderzoeken vonden geen verschil in het aantal exacerbaties en prednisonkuren.^{4,5} De resultaten van de onderzoeken waren dus niet eenduidig. De onderzoekers beoordeelden de bewijskracht van de vier onderzoeken als matig tot zeer laag, met een grote kans op *performance* en *detection bias*. Belangrijke kanttekening: geen enkel onderzoek keek naar ongewenste bijwerkingen.

IS SDM WEL ZINVOL?

SDM zou een waardevolle interventie kunnen zijn om de astmacontrole van kinderen en volwassenen te verbeteren. Gedeelde besluitvorming leidt mogelijk tot meer begrip bij patiënten over hun aandoening, wat hen kan steunen bij het maken van keuzen.

De NHG-Standaard Astma bij volwassen bevat een passage over zelfmanagement, waarin onder andere staat dat de patiënt zelf een belangrijke rol bij de behandeling speelt.⁶ SDM tijdens



Gedeelde besluitvorming kan mensen met astma helpen.

Foto: iStock

het spreekuur kost de huisarts veel tijd en gezien de toenemende tijdsdruk is het dus de vraag of dit wel een taak is voor de huisarts. In veel centra neemt de praktijkondersteuner deze rol dan ook op zich, gesuperviseerd door de huisarts. Ook een online portal zou de gedeelde besluitvorming tussen arts en patiënt wellicht kunnen vergemakkelijken. Kinderen worden voor hun astma slechts bij uitzondering door de praktijkondersteuner begeleid, omdat de astmazorg voor kinderen meestal nog in handen van de huisarts is. Onderzoek moet uitwijzen of de praktijkondersteuner ook bij de begeleiding van kinderen een grotere rol kan spelen. De astmazorg voor kinderen behoeft op veel punten verbetering, waar ook SDM aan kan bijdragen.⁷ De Cochrane-review maakt duidelijk dat gedeelde besluitvorming mensen met astma kan helpen, maar het is niet met zekerheid te zeggen of SDM in de eerste lijn ook echt zinvol is.

LITERATUUR

1. Kew KM, Malik P, Aniruddhan K, Normansell R. Shared decision-making for people with asthma. Cochrane Database Syst Rev 2017;10:CD012330.

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

Bousema S. Plaats van shared decision-making bij astma nog onduidelijk. Huisarts Wet 2018;61(5):59. DOI: 10.1007/s12445-018-0122-3. Erasmus MC Rotterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde: S. Bousema, aiotho, s.bousema@erasmusmc.nl Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Domperidon bij onvoldoende melkproductie

Evelien Pelt en Sjoerd Bruggink

De NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode beveelt domperidon niet aan. Deze CAT laat zien dat domperidon een verhoging van de melkproductie geeft zonder ernstige bijwerkingen bij moeder of kind. Als niet-medicamenteuze adviezen, eventueel met behulp van een lactatiekundige, onvoldoende resultaat opleveren, kan de huisarts domperidon 3 dd 10 mg overwegen.

De belangrijkste reden om borstvoeding te staken is te weinig melkproductie. Domperidon kan als dopamine-agonist de prolactinespiegel verhogen. Is domperidon een effectieve en veilige optie voor het verhogen van de melkproductie?

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

November 2017 doorzochten we PubMed met de Mesh-termen ‘breast feeding’ AND (domperidone OR galactogues), waarbij we in *all fields* ook synoniemen gebruikten. Het filter ‘systematic review’ leverde 156 artikelen op, waarvan 1 relevante meta-analyse. Na die meta-analyse verschenen nog 2 relevante klinische trials.

De meta-analyse van Osadchy includeerde drie RCT’s die domperidon 3 d1 10 mg (n = 37) vergeleken met placebo (n = 41) voor de melkproductie bij vrouwen met te weinig borstvoeding. Domperidon verhoogde de dagelijkse melkproductie met 75% (95%-BI 55 tot 95, p < 0,001, I² 50%). Er was geen sprake van bijwerkingen bij moeder en kind. De dubbelblinde RCT van Jantarsaengaram vergeleek domperidon (n = 22) met placebo (n = 23) voor de melkproductie van vrouwen die op veertig weken een sectio kregen. De melkproductie nam gedurende de vier dagen postpartum geleidelijk toe, met op alle dagen een significant hogere melkproductie in de domperidon-groep. Op dag 4 was er een gemiddeld verschil in melkproductie van 100 ml (95%-BI 134 tot 248, p < 0,003). De enige gerapporteerde bijwerking van domperidon was een droge mond (32%).

De dubbelblinde RCT van Asztalos vergeleek domperidon 3 dd 10 mg voor 4 weken met twee weken placebo, gevolgd door twee weken domperidon 3 dd 10 mg bij moeders van prematuren (< 29 weken), die ondanks niet-medicamenteuze adviezen te weinig melkproductie hadden. Na 2 weken was het aantal moeders met 50% verhoging van de melkproductie significant groter in de domperidongroep dan in de placebogroep (78% versus 58%; OR 2,6; 95%-BI 1,0 tot 6,3, p < 0,04). Na 28 dagen was er geen significant verschil meer in verhoging van de melkproductie. Er waren ook geen verschillen in bijwerkingen.

EFFECTIEF EN VEILIG

Zowel de meta-analyse als de twee recentere RCT’s vonden



Domperidon verhoogt de melkproductie zonder bijwerkingen.

Foto: iStock

een statistisch significante en klinisch relevante verhoging van de melkproductie door domperidon, zonder ernstige bijwerkingen bij moeder of kind. De meta-analyse includeerde drie RCT’s, twee van hoge en één van redelijke kwaliteit, waarbij blinding en onderzoeksverlaters niet waren gespecificeerd. De melkproductie is op verschillende manieren gemeten: met kolfapparaten of met het wegen van de baby voor en na de borstvoeding. De RCT van Jantarsaengaram is van goede kwaliteit. Wel valt op dat melkproductie gemeten is op twee extra kolfmomenten 2 uur na de borstvoeding. Extra kolven kan voor meer melkproductie zorgen, wat het effect van domperidon kan verdunnen. De RCT van Asztalos is matig van kwaliteit. Deze geeft geen uitleg over blinding en de onderzoekers hebben de inclusiecriteria gedurende de trial versoepeld. Gezien de tweedelijnsonderzoekspopulaties kan het effect in de relatief gezondere eerstelijnspopulatie mogelijk minder sterk zijn.

In enkele case-reports zijn bij chemotherapiepatiënten ernstige cardiale bijwerkingen gemeld van hoge doseringen IV-domperidon. Bij een dosering van 3 dd 10 mg bij gezonde kraamvrouwen zonder interacterende medicatie is het risico op bijwerkingen bij het kind echter verwaarloosbaar en is het risico op ritmestoornissen door QT-verlenging bij de moeder gering. De huisarts kan domperidon veilig voorschrijven, zonder een ecg. Zie voor een stappenplan bij onvoldoende melkproductie: <https://www.ntvg.nl/artikelen/domperidon-ter-betovordering-van-de-lactatie>. ■

LITERATUUR

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

Pelt E, Bruggink SC. Domperidon bij onvoldoende melkproductie. Huisarts Wet 2018;61(6):60. DOI: 10.1007/s12445-018-0109-0. Leids Universitair Medisch Centrum, Afdeling Public Health en eerstelijnsneeskunde, Leiden: E. Pelt, huisarts-in-opleiding; dr. S.C. Bruggink, huisarts. Dit is een CAT, critically appraised topic, waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

Lopend onderzoek

Kinderen met eczeem krachtiger behandelen?

Karlijn van Halewijn



Het advies is nu: start bij een matige exacerbatie met een klasse 1-corticosteroid.

Foto: Shutterstock

Ouders hebben vaak angst voor de gevolgen van corticosteroidgebruik bij de behandeling van eczeem bij kinderen. Huisartsen zijn daarom vaak terughoudend met het voorschrijven van klasse 2- of 3-corticosteroiden. Ook in de literatuur en de richtlijnen is er geen consensus. Nieuw Rotterdams onderzoek in de huisartsenpraktijk moet bewijs leveren voor de beste behandeling.

Constitutioneel eczeem is de meest voorkomende chronische huidaandoening bij kinderen. In de huisartsenpraktijk ligt de prevalentie van deze vorm van eczeem bij kinderen van 0 tot 18 jaar rond de 6%.¹ Er is weinig bekend over de ziektelast en het natuurlijk beloop van eczeem bij kinderen, bijvoorbeeld over aantal, duur en ernst van de exacerbaties. De NHG-Standaard Eczeem raadt aan om bij een matige exacerbatie te starten met een klasse 1-corticosteroid.² Als deze behandeling onvoldoende effect heeft, adviseert de standaard een step-up beleid met een klasse 2- en uiteindelijk een klasse 3-corticosteroid. Patiënten kunnen het beste zo laag mogelijk starten, om zo bijwerkingen te voorkomen.³ Het is niet bekend of deze strategie effectief is en of ze daadwerkelijk zorgt voor minder bijwerkingen dan wanneer de patiënt met een hogere klasse start.^{3,4} Initiële therapie met een klasse 3-corticosteroid zou kunnen leiden tot een sneller herstel en een lagere totale blootstelling aan corticosteroiden. Daarnaast zou een laagfrequente onderhoudsbehandeling met klasse 3-corticosteroid ook kunnen leiden tot minder exacerbaties en dus een betere controle op de lange termijn.

Op het moment is het voor kinderen met eczeem en hun ouders nog niet duidelijk of ze met een mild of sterk corticosteroid moeten beginnen. Gezien de angst voor corticosteroiden is dit een relevante vraag. Omdat er ook weinig bekend is over de ziektelast en het natuurlijk beloop van eczeem bij kinderen, zijn ook dit aandachtsgebieden in het onderzoek. Met de uitkomst van het Rotterdams eczeemonderzoek kunnen wij bewijs leveren voor de beste behandeling van constitutioneel eczeem bij kinderen in de huisartspraktijk. We verwachten de eerste resultaten in 2021. ■

LITERATUUR

1. Pols DHJ, Nielen MMJ, Korevaar JC, Bindels PJE, Bohnen AM. Reliably estimating prevalences of atopic children: an epidemiological study in an extensive and representative primary care database. NPJ Prim Care Respir Med 2017;27:23.
2. Dirven-Meijer PC, De Kock C, Nonneman MGM, Van Sleuwen D, De Witt-de Jong AWF, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Eczeem. Huisarts wet 2014;57:240-52.
3. NVDV. Richtlijn Constitutioneel eczeem. 2006 (gedeeltelijk herzien in 2014). <http://www.nvdv.nl/wp-content/uploads/2014/08/Richtlijn-Constitutioneel-Eczeem-2014.pdf>.
4. SIGN. Management of atopic eczema in primary care. 2011. <http://www.sign.ac.uk/assets/sign125.pdf>.

Van Halewijn KF. Krachtige behandeling effectiever bij kinderen met eczeem? Huisarts Wet 2018;61(5):63.DOI: 10.1007/s12445-018-0120-5. Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: K.F. van Halewijn, aiotho, k.vanhalewijn@erasmusmc.nl. Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

Nieuwe website H&W.org

Wij ontwierpen en realiseerden, in samenwerking met twee professionele bureaus, een volledig vernieuwde website. Uitgangspunten: een heldere vormgeving, voor desktop maar ook voor mobiel/tablet, een goede zoek- en archieffunctie, makkelijk toegankelijk en natuurlijk continu actueel. Alle artikelen worden ingedeeld in een van de vier rubrieken, ieder te herkennen aan hun eigen kleur.

- Nieuws (geel)
- Wetenschap (groen)
- Praktijk (rood)
- NHG (blauw)

We publiceren online first, waardoor u digitaal direct toegang hebt tot de recentste artikelen. Als vanouds verschijnen ze daarna ook maandelijks in de vernieuwde printuitgave.

Vernieuwde zoekfunctie

H&W

Huisarts en Wetenschap

Voer een zoekterm of artikelcode in

Geavanceerd zoeken

Author

Titel

Artikelcode

Van

Tot en met

Selecteer een jaar

Selecteer een jaar

Zoeken

Nieuwe functie: dossiers

Diagnostiek	Ketenzorg	Levensende	SOLK
E-health	Kwaliteit & HRMO	Patiënteninbreng	Spoedzorg

Relevante artikelen van acht belangrijke thema's in de huisartsenzorg overzichtelijk bij elkaar.

Ons volledige archief vanaf 1957 beschikbaar in enkele kliks.



Doorlopend vernieuwd, online first

Houd dit bij en u bent bij!

Snel op de hoogte

5 populaire artikelen

1

NIEUWS

Welke patiënten ziet de alos?

2

NHG RICHTLIJN

Advies DOAC's in geactualiseerde NHG-Standaarden Atriumfibrilleren en Diepe veneuze trombose

3

NHG FORUM

Jan Kremer: 'Complexiteit omarmen'

4

NHG FORUM

Rookvrije start

5

NHG FORUM

Interview: met adviesraad richtlijnen: 'Wij kunnen ons met de inhoudelijke kant bezighouden'

Leer van casuïstiek uit de praktijk



Regelmatig een nieuwe kennisquiz van Huisartsopleiding Nederland

Toets uw kennis

Aangewezen beleid bij lichen sclerosus

Mevrouw Van Driel, 55 jaar, komt op het spreekuur vanwege langdurige jeukklachten rond de vagina. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts witte, porseleinachtige, atrofische plekken van de vulva met enkele krabeffecten. De huisarts vermoedt lichen sclerosus en verricht een huidbiopsie. Deze diagnose wordt door de patholoog bevestigd. Wat is het aangewezen beleid, naast behandeling met indifferente zalf?

Start lokaal klasse-2-corticosteroid

Start lokaal klasse-4-corticosteroid

Verwijzen naar specialist voor behandeling

Heldere vormgeving, ook op mobiel



Onze nieuwe website is ook geschikt gemaakt voor mobiel. **Tip:** maak een aanklikbaar icoontje op het scherm van uw mobiel of tablet, zodat de site werkt als een app. Zorg voor een internetverbinding en surf naar www.henw.org. Vervolgens:

- Voor Android [Chrome]**
1. Klik in Chrome rechtsboven op de drie puntjes of het +-teken.
 2. Kies voor 'toevoegen aan startscherm'.

- Voor iPhone [Safari]**
1. Klik in Safari onder in beeld op het vierkantje met het pijltje naar boven.
 2. Kies voor 'zet in beginscherm'.

Vanzelfsprekend zijn er altijd verbeterpunten. Wij werken hard aan de optimalisatie van de website, en horen daarbij ook graag uw input. Heeft u suggesties, opmerkingen, tips over onze nieuwe site? Laat ze ons weten via redactie@nhg.org o.v.v. Website.

Apptip Evernote

Annet Sollié, Bart Timmers

Evernote is een ware digitale schatkist. Met deze app kunt u eenvoudig notities maken, informatie opslaan en delen. Bovendien is de informatie snel terug te vinden, ook na jaren nog. Dat maakt Evernote volgens onze testers tot de handigste medische app voor artsen.

Evernote is onze meest gebruikte app, zowel op onze smartphone als computer. Hoe vaak komt u niet (medische) informatie tegen die handig is om te bewaren? Eigen aantekeningen, geluidsfragmenten, pdf's, Word-bestanden, foto's, websites, het past allemaal in Evernote. En het mooiste: u vindt de informatie supersnel terug op het moment dat u deze nodig hebt. Het kost weliswaar even moeite om Evernote te leren kennen en in te richten, maar daarna beschikt u over een echte digitale schatkist. Dit geldt zeker voor de betaalde versie. Handige schemaatjes uit H&W? Fotootje, in Evernote. Folder van de regionale ggz? Inscannen, in Evernote. Notulen van het werkoverleg? Rechtstreeks maken in Evernote en delen met de hele praktijk. De informatie is eenvoudig en snel terug te vinden, omdat Evernote full text zoekt. Delen van informatie gaat al net zo handig. U kunt een complete map (notitieboek in Evernote) delen met aios, een collega of de hele praktijk. Documenten kunt u eenvoudig doorsturen. Al uw documenten in Evernote worden continu (beveiligd) gesynchroniseerd op alle apparaten waarmee u bent ingelogd (onafhankelijk van platform en apparaat). Wij gebruiken deze app al jaren en hebben er van alles in



verzameld, maar er is niets te merken van minder snelheid of van traagheid bij het zoeken. Evernote is wat ons betreft de handigste niet-medische app voor artsen! ■

Naam:	Evernote
Maker	Evernote corporation
Doel:	Bewaren en terugvinden van informatie
Platform:	iOS, Android
Prijs	Gratis, maar betaalde versie biedt veel meer functionaliteit [abonnement € 29,99 of € 59,99 per jaar]
Oordeel:	●●●●●

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

Redactie
Ivo Smeele [hoofdredacteur], Marian van den Brink, Lidewij Broekhuizen, Ben Crul, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Nadine Rasenberg, Annet Sollié, Wim Verstappen.

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot (secretaresse), Judith Mulder [web- en eindredactie], Susan Umans [bladmanagement], Anita Wittebol [office manager], Steven de Kock, Marjolein 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



Stoppen met invullen

Je ervaart het pas als je het meemaakt: het zou een uitspraak van een beroemde voetballer kunnen zijn. Laatst maakte ik een staaltje van administratieve last mee bij mijn dienst op een huisartsenpost. Je schrijft je eerst in bij een waarneembemiddelingsbureau. Je moet niet alleen een stapel formulieren aanleveren met bewijskracht van RGS, BIG, BLS/AED, verzekeringen, klachtencommissie, maar ook op gesprek komen, waarbij je je identificeert. Vervolgens moet je bij elke HAP de hele handel opnieuw aanleveren. Dit keer moest ik nog naar een tweede waarneem-

bureau voor hetzelfde verhaal, inclusief identificatiebezoek. Het management van de HAP bestaat vaak uit huisartsen. We doen het dus onszelf aan. We hebben deze maanden actief zaken geschrapt die onnodig zijn of eenvoudiger kunnen, zoals formulieren die geen duidelijke reden hebben: de jaarlijkse verwijsformulieren chronische indicatie voor paramedici, uitvoeringsverzoeken voor de wijkverpleging, en herhaalde verwijzingen naar de ggz voor dezelfde patiënt. Bij het NHG gaan we de NHG-Praktijkaccreditering vereenvoudigen. Vaak vul je in de spreekkamer de formulieren in om ervan af te zijn, of de patiënt ter wille te zijn. Bij administratieve last wijzen we snel naar externe partijen, maar laten we ook naar onszelf kijken. Ben ik

blij dat in [Ont-Regel de Zorg](#) Huisartsen schrappunt 8 is: 'de administratie die nodig is om als waarnemer te werken bij een huisartsenpost'. ■

Rob Dijkstra



ICPC geactualiseerd

Het NHG heeft een nieuwe versie van de ICPC-1 aangeleverd voor de huisartsinformatiesystemen. Commentaar van leden, onder andere op HAweb, is in deze nieuwe versie verwerkt. Om beter aan te sluiten bij de huidige praktijk, zijn de omschrijvingen van een aantal hoofdcodes en subcodes voorzien van een moderne vertaling. Zo is rubriek A20 vertaald als 'Gesprek levenseinde/behandelwensen' en er zijn nieuwe subrubrieken toegevoegd voor actinische keratose en voor prikkelbare luchtwegen. Zie www.nhg.org/themas/artikelen/icpc.

Highlights 2017

Wat deed het NHG in het afgelopen jaar, samen met de leden? We hadden speciale aandacht voor ouderenzorg, infectiepreventie en huidafwijkingen. We publiceerden richtlijnen, het boek *Palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk* en het webdossier [Organisatie van kwaliteit in de praktijk](#) met documenten en informatie, en organiseerden nascholing en symposia. De website Thuisarts.nl en



HAweb.nl ondergingen een make-over. Voor meer highlights, zie www.nhg.org.

5 STANDAARDEN
3 ACCREDITATIEPUNTEN
1 AVOND

Nog enkele plekken beschikbaar!

STIP COLLEGE
23 MEI 2018
GRONINGEN

Huiselijk geweld



Artsen dienen te zorgen voor kinderen en volwassenen die risico lopen door kindermishandeling en huiselijk geweld. Maar wanneer kom je in actie en wanneer doe je een melding bij Veilig Thuis? In situaties waarin kindermishandeling en huiselijk geweld zich voordoen, helpt het afwegingskader artsen bij het inschatten of een melding nodig is. Het is de bedoeling dat het afwegingskader, in ontwikkeling onder leiding van de KNMG, in juli 2018 gebruiksklaar is. Vanaf 2019 zijn artsen verplicht om met het afwegingskader te werken.

Zie www.nhg.org/kindermishandeling.

Symposium Medisch Leiderschap



Werk- en privéstress binnen de perken houden, je praktijkteam leiden, maar ook je nek uitsteken voor de publieke zaak. Hoe krijg je dat voor elkaar? Het is allemaal een kwestie van medisch leiderschap.

Voor het eerst was het NHG dit jaar medeorganisator van het symposium Medisch Leiderschap, samen met Platform Medisch Leiderschap, Coaches voor Medici, en de Beleid en Organisatie Huisartsen Advies Groep (BOHAG). Als keynotespreker gaf directievoorzitter van het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft, Carina Hilders, haar invulling aan de drie niveaus van leiderschap: persoonlijk leiderschap, leidinggeven aan anderen, en maatschappelijk leiderschap. Hilders is behalve ziekenhuisbestuurder ook gynaecoloog, en bijzonder hoogleraar medisch management en leiderschap aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

BLOEMENSTALLETJE

Hilders' overgang van arts naar bestuurder verliep in een sneltreinvaart: 'Binnen drie weken ging ik van gynaecoloog naar directievoorzitter. Ik liep 's ochtends vanaf de parkeerplaats tussen de mensen naar het ziekenhuisgebouw en ik dacht, het kan toch niet waar zijn dat ik hier de baas ben?!'

Als directievoorzitter staat ze voor lastige maatregelen, zoals een stafmedewerker ontslaan. Hilders: 'Het draait om jouw waarden. Je moet niet bang zijn voor de

medische staf. Als het misgaat begin ik wel een bloemenstalletje, dacht ik in het begin.' Deze ontspannen houding van Hilders begon bij persoonlijk leider-

'Uitgelopen politijd betekent dat mijn artsen het goed doen'

schap, het microniveau van medisch leiderschap. 'Ik neem tijd voor reflectie, elke ochtend. Ik sta stil bij waar ik mee bezig ben en maak bewuste keuzes.'

GENIETEN

Bewust stilstaan bij keuzes betekende voor gynaecoloog Hilders ook dat ze naast haar werk als bestuursvoorzitter

weer patiënten is gaan zien. Medisch leiderschap is genieten van je vak, van contact met je patiënt, vindt Hilders. 'Op woensdagochtend weer een witte jas aan voelde vreemd, maar binnen een paar minuten was ik weer dokter. Het gesprek met de patiënt is fantastisch. Dan kun je direct waarde toevoegen. Elke woensdagochtend is genieten.'

UITGELOPEN SPREEKUUR

Persoonlijk leiderschap helpt Hilders bij leiderschap op mesoniveau: leidinggeven aan anderen. 'Besturen is een kwestie van harde metingen, van prestatie-indicatoren, van registratietaken. Maar doordat ik ook weer dokter ben weet ik: uitgelopen politijd is een teken dat mijn artsen het juist goed doen. Ze hebben blijkbaar patiënten gezien met complexe klachten.'

Persoonlijke waarden ondersteunen ook leiderschap op macroniveau: maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen. Hilders: 'Ik benoem een gemeenschappelijk doel dat past bij mijn intrinsieke waarden. Dat geeft mij energie. Wat voegt echt waarde toe, wat gaan we wel doen, wat juist niet? We hebben bijvoorbeeld integrale geboortezorg goed geregeld in onze regio, maar daardoor is productiviteit van mijn ziekenhuis verminderd. Voor die harde waarden zijn de zorgverzekeraars medeverantwoordelijk, dus die spreek ik daarop aan. Maar mijn intrinsieke waarden blijven altijd leidend.'

Zie www.nhg.org, Programma Symposium Medisch Leiderschap 2018.

'ARTSEN, LET MEER OP FYSIOLOGISCHE KANT VAN STRESS'

Carolien Hamming, coach en directeur van CSR Centrum voor stressmanagement, gaf een workshop met tips tegen stress, met een overzicht van actueel stressonderzoek: 'Stress is een diffuus begrip doordat biologisch en psychosociaal wetenschappelijk onderzoek gescheiden plaatsvindt. De psychologische benadering bij ernstige stressklachten als duizeligheid, extreme vermoeidheid, hart- en vaatziekten, lijkt niet toereikend. Chronische stress zorgt namelijk voor lichamelijk disfunctioneren, dat ernstige vormen kan aannemen. Hoog tijd dat artsen zich meer gaan bemoeien met de fysiologische effecten van chronische stress.'



Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Cytotec® bij Mirena® voor nullipara?



Wiebe Bosma

Foto: geïnterviewde

'Wie heeft er ervaring met Cytotec® en Mirena®-plaatsing bij nullipara, multipara en spiraalwisseling?', vraagt Wiebe Bosma, huisarts in Meppel, op het HAweb Ledenforum. Bosma: 'Het artikel in *Huisarts & Wetenschap* van februari 2017 (zie kader/red.) meldt dat er geen evidence voor is.'

Bosma licht later toe: 'Ik werk sinds enige tijd in een groot, nieuw gezondheidscentrum waarin drie praktijken samenwerken. Vandaar de oproep op HAweb: we willen uniform beleid in Cytotec®-gebruik.'

Ik geef geen misoprostol, maar adviseer wel een NSAID van tevoren. Mijn ervaring is dat een ontspannen sfeer tijdens het inbrengen van een spiraal belangrijk is. Daarom schakel ik altijd een assistente in. Zij kan de patiënte afleiden, geruststellen, uitleg geven, maar ook mij assisteren, waardoor de ingreep sneller gaat. Ook jonge vrouwen zeggen vaak na afloop dat het ondanks alle verhalen die ze gehoord hebben, best meevalt met de pijn en het allemaal heel snel achter de rug is.'

Heeft u ook een vraag?

Plaats een oproep op HAweb Ledenforum!

Ik heb de evidence niet onderzocht, maar normale Mirena® plaatsen bij nulli's, ook bij jonge meiden, gaat eigenlijk altijd probleemloos met één uur voorafgaand twee tabletten Cytotec® vaginaal en een ibuprofen.

Huisarts in Haaksbergen

Ik zie verschillende werkwijzen: alleen plaatsing tijdens menstruatie, na pcm en/of NSAID, na Arthrotec® en na misoprostol vaginaal. De CAT in H&W van 2017 is zo te zien conform noot 42 van de NHG-Standaard Anticonceptie: misoprostol voegt niets toe omdat plaatsing zonder blijkbaar even goed gaat als met. Ik plaats en wissel Mirena® en Cu-IUD zonder misoprostol bij nulli- en multiparavrouwen; vaak niet tijdens menstruatie. Wel adviseer ik voorafgaand aan de plaatsing pcm en ibuprofen in de hoop dat pijn en ongemak tijdens en na plaatsing minder zijn. Hoewel de evidence daar dus ook mager voor is.

Huisarts in Amsterdam

De Mirena® plaats ik doorgaans probleemloos, ook bij nullipara. Bij nullipara laat ik de vrouw wel tijdens of net na de menstruatie komen, bij multipara vind ik dat niet belangrijk. Tijdens de menstruatie plaatsen doe je omdat de cervix dan al openstaat, maar of dat echt uitmaakt? Ik laat meestal wel ibuprofen slikken een uur voor de plaatsing omdat een NSAID een prostaglandinesyntheseremmer is, dus minder contractie in de baarmoeder. Voor paracetamol geldt dat niet; werkt natuurlijk wel pijnstillend.

Huisarts in Houten

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

RICHTLIJNEN, INSTRUCTIEFILMS EN INFORMATIE

Richtlijnen:

- NHG-Standaard Anticonceptie (www.nhg.org/standaarden/samenvatting/anticonceptie) met (op de pagina *samenvattingskaart*) documenten en instructiefilms:

- Procedure Plaatsing spiraal

Instructiefilms ('Online scholing NHG'):

- Inbrengen van een koperspiraal
- Inbrengen van een hormoonspiraal

Thuisarts.nl:

- www.thuisarts.nl/spiraaltje

NHG-Dossier:

- Dossier Seksuele gezondheid en klachten

Huisarts & Wetenschap:

- Nummer 2 (februari) 2017: 'Misoprostol voorafgaand aan IUD-plaatsing'



Christine Weenink, kaderhuisarts ggz, heeft een huisartsenpraktijk in de binnenstad van Utrecht, met een populatie van 11.000 patiënten, veel studenten, relatief weinig gezinnen en relatief veel chronische psychiatrie. Weenink is voorzitter van de NHG-congrescommissie.

INTERVIEW

met Christine Weenink, huisarts en NHG-congresvoorzitter

‘Psychische gezondheid is vooral weerbaarheid’

In deze rubriek portretteren we praktiserende huisartsen die iets bijzonders doen. Christine Weenink is kaderhuisarts ggz en voorzitter van het NHG-congres over ggz getiteld *Dokter, kijk eens tussen mijn oren! Psychische klachten in de huisartsenpraktijk*, op 9 november aanstaande.

Wat heb jij met ggz?

‘Tijdens mijn huisartsenopleiding, in een stadspraktijk in Amsterdam begin jaren negentig, had ik een opleider die veel aandacht gaf aan mensen met psychische klachten. Daar zag ik wat psychische klachten kunnen betekenen in het leven van een patiënt, en welke rol je als huisarts kunt spelen. Van hem heb ik het vijfgesprekkenmodel geleerd. In 2010 ben ik de kaderopleiding ggz gaan doen. Het was een warm bad: allemaal mensen met dezelfde fascinatie. Ik leerde om klachten nog beter in kaart te brengen, kreeg meer zicht op wat iemand nodig heeft, en op wat ik kan bieden. Ik zie het nu eerder als de patiënt in de piekermodus schiet, of steeds dezelfde patronen vertoont in werk en relaties. Vanwege mijn aandachtsgebied heb ik, naast de drie poh’s-somatiek, drie poh’s-ggz in dienst.’

Wat is de taak van huisartsen bij psychische klachten?

‘Psychische klachten zijn een onlosmakelijk deel van ons vak. Veel klachten hebben een psychische component. Vaak uiten mensen juist bij de huisarts het eerste hun klachten en dan is onze taak signaleren, normaliseren, diagnosticeren, zo nodig verwijzen. Daarvoor is wel goede samenwerking nodig met de poh-ggz, psychologen, psychiaters en het sociale domein. Ik ben blij met dit congres over ggz: ik wil mijn collega’s handvaten bieden bij de zorg voor mensen met psychische problemen. Maar ik wil ook laten zien wat we als huisartsen al goed doen soms zonder dat we het ons bewust zijn. Net had ik een spoedgeval, een meneer die huilend aan de telefoon zat. Hij heeft een depressie en een conflict met de burens. In korte tijd kan ik veel doen. Ik ben van de bemoediging. Ik vraag hem wat hij zelf kan doen, hoe hij omgaat met tegenslagen, wat zijn houvast is, en hoe hij het gaat redden tot en met het weekend. Wij geven geen therapie, maar dit zijn wel degelijk zinvolle interventies.’

Moeten huisartsen zich in ggz gaan verdiepen?

‘Gelukkig heeft de huisartsenopleiding veel aandacht voor

psychische klachten. Je hoeft het zelf niet als aandachtsgebied te hebben, als je het maar goed organiseert. Je zou elke zorggroep een eigen kaderhuisarts ggz gunnen voor de organisatie van regionale samenwerking, om samen met de poh-ggz de basishuisartsenzorg zelf goed te organiseren. Samen kom je verder dan alleen, dus zoek je samenwerkingspartners actief op, zoals de ggz en het sociale domein. Hoe je die organisatie kunt vormgeven, is een rode draad op het congres. Een tweede rode draad is inhoudelijke verdieping over alledaagse psychische klachten: wat kan ik als huisarts doen bij somberheid,

angst, verslaving? Hoe communiceer ik met verwarde patiënten? Hoe bied ik mensen met minder gezondheidsvaardigheden persoonlijke zorg? De derde rode draad is de psychische gezondheid.’

‘Ik ben van de bemoediging’

Wat bedoel je met psychische gezondheid?

‘Psychische gezondheid is vooral weerbaarheid: de soms onscherpe scheidslijn tussen gezond en ziek, kwetsbaarheid naast kracht. Waarom heeft de een last van bepaalde omstandigheden en de ander niet? En hoe zit het met de gezondheid van de dokter zelf, in de hectiek van alledag? Op het congres zal veel ruimte zijn voor ervaren: de ervaringen van de patiënt, waar het uiteindelijk om draait, maar ook het zien, horen, ondergaan van kunst, muziek, theater en sport. Daar voelt iedereen zich direct een beetje beter van.’

Vrijdag 9 november: *Dokter, kijk eens tussen mijn oren!*

Psychische klachten in de huisartsenpraktijk

www.nhgcongres.nl

COLOFON NHG FORUM

Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Fijtje Koets [tekst] en Margot Scheerder [foto's]. Eindredactie en contact: Fijtje Koets, f.koets@nhg.org; 030-282 35 00.

NHG Forum is een uitgave van het NHG-bureau. Voor het colofon van het wetenschappelijke deel van *Huisarts & Wetenschap*: blader vier pagina's terug.