

Nazorg en controle voor kanker

Koolmonoxidevergiftiging

Herziening NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2

Wat verwacht de maatschappij van een huisarts
buiten diensttijd?

Oncologische nazorg bij de huisarts

Onlangs was ik bij een nascholing van huisartsen en specialisten die begon met de stelling dat oncologische nazorg een taak van de huisarts is. De meningen waren verdeeld. Een relevant probleem, want krijgt de huisarts er weer een taak bij? Omdat de levensverwachting van kankerpatiënten door betere behandeling (chirurgie, radiotherapie, chemo-immunotherapie en complicatiepreventie) sterk toegenomen is, gaat het om grote aantallen patiënten. De gemiddelde vijfjaarsoverleving is nu bijna 60% tegen 30% zo'n 40 jaar geleden. Een normpraktijk heeft per jaar 15 tot 25 nieuwe patiënten met de diagnose kanker. Deze vragen veel zorg in de periode van de diagnose, initiële behandeling en in de eerste jaren daarna. Overheid en zorgverzekeraars willen de hoogcomplexere zorg in de tweede lijn en de controles in de eerste lijn. Zo staat het in hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg, dat zonder de eerste lijn tot stand is gekomen. Oncologen zijn verdeeld over de vraag wie wat moet doen. Veelal gaat het om sterk geprotocolleerde zorg, die vaak door verpleegkundigen wordt gedaan. Menig specialist vindt het behouden van dit type zorg tussen alle complexe vraagstukken door juist wel prettig!

Huisartsen zien belemmeringen op het gebied van deskundigheid, ervaring, tijd, middelen, samenwerking en patiëntpreferenties. En zij vinden dat deze nazorg duidelijk meerwaarde moet hebben.

Hoe denken kankeroverlevers er zelf over? Brandenbarg laat in zijn artikel zien dat voor hen de psychosociale begeleiding en continuïteit van zorg van groot belang zijn, naast medische aspecten. Laten wij huisartsen(praktijk) nu net van onszelf vinden dat we daar best goed in zijn! De medische aspecten kunnen we leren, zoals we gedaan

hebben bij de chronische aandoeningen. Ook bij oncologische nazorg kunnen we ondersteund worden door een praktijkondersteuner of verpleegkundige. En we kunnen daarbij het organisatiemodel van de chronische zorg gebruiken (onder meer voor de randvoorwaarden).

Na een stevige discussie over nazorg bij kankerpatiënten op de nascholing, was een ruime meerderheid voorstander om de rol van de huisarts hierbij verder te bekijken. Natuurlijk met goede financiering, deskundigheidsbevordering, samenwerking, protocollen, et cetera.

Tijd om hier eens werk van te maken. ■

Ivo Smeele

Bij oncologische nazorg vinden patiënten psychosociale begeleiding en continuïteit van zorg belangrijk.





Wetenschap

- 14 **Alarmsymptomen voor kanker als reden van komst**
Een knobbel in de borst als reden van komst heeft de grootste voorspellende waarde voor kanker, namelijk 15%.
- 18 **Nazorg en controle voor kanker**
De huisarts kan een belangrijke rol spelen bij het verduidelijken van nut en noodzaak van klinische onderzoeken na kanker en bij psychosociale ondersteuning.
- 23 **Uitdagingen van stoppen met roken bij COPD**
Stoppen-met-rokenbegeleiding verloopt bij COPD-patiënten moeizamer en met meer frustratie dan bij andere rokers.
- 26 **Sociale netwerken en CVRM**
Interventies ter verbetering van CVRM-zorg kunnen effectiever kunnen zijn als zij zich richten op een gedeelde positieve visie op CVRM van het team.
- 30 **Wat verwacht de maatschappij van een huisarts buiten diensttijd?**
De voorbeeldfunctie van de arts komt steeds vaker ter sprake door de (sociale) media. Huisartsen moeten zich hiervan bewust zijn.
- 34 **Gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap**
In Nederland gebruikt 2 tot 3% van de vrouwen gedurende de zwangerschap een SSRI.
- 36 **Spurlingtest bij diagnose cervicale radiculopathie**
Een literatuuronderzoek naar de validiteit van het lichamelijk onderzoek bij de diagnose cervicale radiculopathie.

Praktijk

- 44 **Koolmonoxidevergiftiging**
Koolmonoxidevergiftigingen zijn lastig te herkennen, vooral chronische. De verschijnselen zijn specifiek en kunnen langdurig zijn.
- 47 **Slangenbeten in Nederland**
Bij slangenbeten is allereerst pijnstilling van belang en immobilisatie van de extremiteit. Daarna moet men proberen de soort en giftigheid van de slang te achterhalen.
- 50 **Behandeling van diarree**
Behandeling van acute diarree is bij gezonde mensen meestal niet nodig. Het geven van voorlichting en advies volstaat, behalve als de diarree langer dan tien dagen aanhoudt.
- 52 **Ecg-casus 'Een raadsel'**
Ontcijfer dit ecg van een onbekende patiënt.
- 52 **Uw diagnose**
Een 66-jarige man heeft sinds enkele weken een bultje in zijn linker lies.
- 53 **Kennistoets**
Medicatiegebruik tijdens zwangerschap en lactatie

Nieuws

- 6 **Overlevingskans na kanker neemt toe**
- 7 **Intra-arteriële behandeling veilig bij beroerte**
- 7 **Brede declaratiemogelijkheden voor het e-consult**
- 8 **Patiëntgegevens bij het oud papier**
- 8 **Maternale depressie dreunt lang na**
- 9 **Appende dokters en de nieuwe privacywetgeving**
- 10 **CHA₂DS₂-VASc-risicoscore geen statisch gegeven**
- 10 **Fysiotherapie zinvol bij knie- en heupartrose**
- 11 **Effect van ADHD-medicatie op schoolprestatie valt tegen**
- 11 **Generieke medicatie liefst met hetzelfde uiterlijk**
- 12 **Gezond oud worden moeilijk bij lage SES**
- 12 **Omgaan met verzoeken van familie en vrienden**
- 13 **Jan van Esprijs voor aios Davith de Vries**
- 66 **Duale plaatjesremming of alleen aspirine**
- 67 **Zelfafnametest baarmoederhalskanker betrouwbaar**
- 68 **Verbeteren van palliatieve zorg in de eerste lijn**
- 69 **Onderzoek pijnbestrijding bij kinderen met OMA**

NHG

- 54 **NHG-Wetenschapsdag 2018**
Bruggen bouwen tussen onderzoek en praktijk.
- 56 **Onderzoek NHG-Wetenschapsdag 2018**
De op de Wetenschapsdag gepresenteerde abstracts op een rijtje, geclusterd per aandachtsgebied.
- 64 **Stappenplan medicamenteuze behandeling beperkt gewijzigd**
Herziening NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2
- 71 **Thuisarts.nl verrijkt met overzichten**
- 72 **Prijs voor onderzoek atriumfibrilleren**
Eerste NHG-Wetenschapsprijs voor huisarts Sander van Doorn
- 74 **'Binnen een maand van je insuline af'**
Interview met huisarts Iris de Vries, voorzitter Arts & Voeding



- Troponine-POCT voor huisarts is kosteneffectief
- Behandeling van postmenopauzale vaginale hinder
- Beweging verbetert schoolprestaties van kinderen met overgewicht

Overlevingskans na kanker neemt toe

Nicole Verbiest

De overlevingskans van kanker nam de afgelopen vijftig jaar sterk toe. Sinds de jaren zestig is de vijfjaarsoverleving van kanker nagenoeg verdubbeld. Dat blijkt uit onderzoek van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL).

Het IKNL onderzoekt cijfers uit de landelijke database voor kanker, de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). Medewerkers van IKNL verzamelen gegevens uit patiëntendossiers in ziekenhuizen en vullen daarmee de database. Ze registreren per tumor, dus een patiënt met verschillende tumoren komt vaker voor in het bestand. Zo wordt ruim 95% van alle kankergevallen in Nederland vastgelegd. Tussen 1961 en 1970 was de gemiddelde vijfjaarsoverleving van alle vormen en stadia van kanker 36%, in de periode 2010 tot 2015 was dit 64%. Hogere leeftijd en een hoger tumorstadium voorspellen een slechtere overleving. Overlevingscijfers zijn relatief gunstig voor mamma- en coloncarcinoom. Door de invoering van bevolkingsonderzoeken (respectievelijk in 1990 en 2014) nam de goede prognose



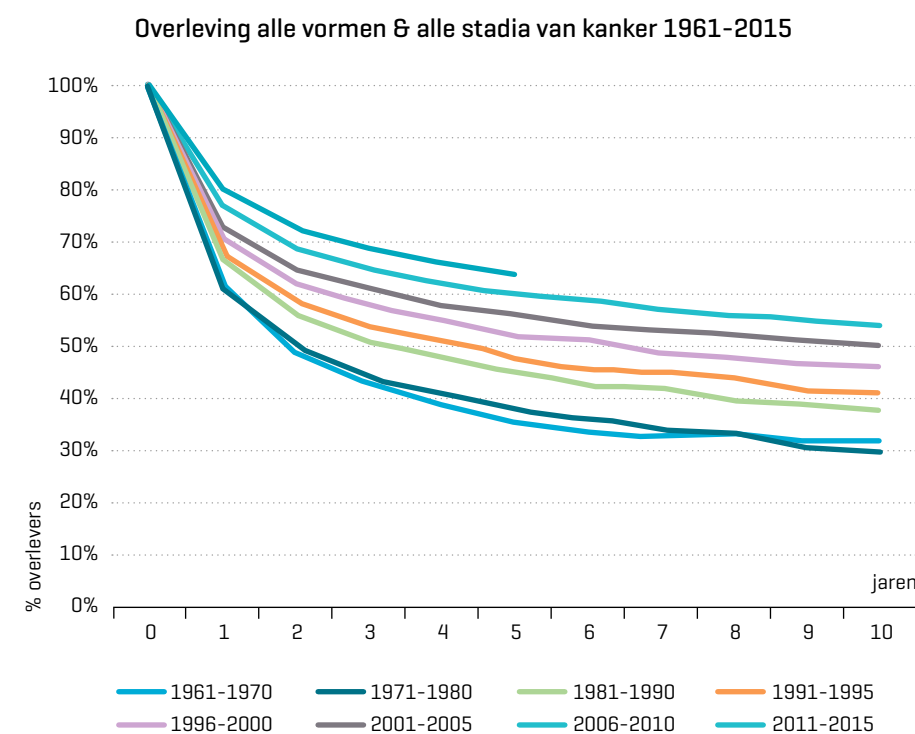
De omvang van de nazorg groeit bijtoename van de overlevingskansen.

Foto: iStock

van deze twee kankersoorten verder toe. De overleving van primaire levertumoren, pancreascarcinoom en oesofaguscarcinoom is ronduit slecht, maar ook bij deze kankersoorten is verbetering

zichtbaar door betere diagnostiek en behandeling. De tijd die een patiënt te leven heeft na de diagnose kanker neemt toe, een onomstreden goede ontwikkeling. Uit dit onderzoek blijkt echter niet wat de kwaliteit van leven van deze mensen is. Hebben zij veel zorg nodig? Het is te verwachten dat de omvang van de nazorg groeit naarmate patiënten de kanker vaker en langer overleven. Willen wij als huisarts dan een (centrale) rol spelen bij de begeleiding van deze patiënten? ■

www.iknl.nl/over-iknl/nieuws/nieuws-detail/2017/12/07/kansen-op-overleving-kanker-afgelopen-50-jaar-fors-toegenomen.



Intra-arteriële behandeling veilig bij beroerte

Vincent van Vugt

Het MR CLEAN-onderzoek, een groot baanbrekend Nederlands onderzoek, toonde in 2014 voor het eerst de effectiviteit aan van intra-arteriële behandeling bij herseninfarcten. Die behandeling is inmiddels standaardzorg. Uit een recent onderzoek in BMJ blijkt nu dat intra-arteriële behandeling bij herseninfarcten in de dagelijkse praktijk net zo veilig en effectief is als in onderzoeksverband.

Nederlandse ziekenhuizen registreren alle interventies in het MR CLEAN-register, omdat interventies soms wel werken tijdens onderzoeken met strenge inclusiecriteria, maar falen in de dagelijkse praktijk. Bij de intra-arteriële behandeling wordt via de liesslagader een katheter opgevoerd tot aan de trom-

bus, zodat deze lokaal verwijderd kan worden. In 2014 bleek deze behandeling beter dan alleen de standaard intraveneuze trombolysen bij herseninfarcten. Voor zowel arteriële als veneuze behandeling geldt dat deze zo snel mogelijk moet worden gestart. Zestien Nederlandse ziekenhuizen registreerden 1488 patiënten die tussen maart 2014 en juni 2016 een intra-arteriële behandeling kregen. De belangrijkste uitkomstmaat was functioneel herstel na beroerte. Deze patiënten herstelden beter dan de patiënten die tussen 2010 en 2014 in het originele MR CLEAN-onderzoek intra-arterieel werden behandeld (OR 1,30; 95%-BI 1,02 tot 1,67) of in de controlegroep zaten (OR 1,85; 95%-BI 1,46 tot 2,34). De patiënten uit het MR CLEAN-register

ontwikkelde minder vaak intracranieële bloedingen en werden gemiddeld een uur sneller behandeld.

Intra-arteriële behandeling van herseninfarcten is veilig en effectief in de dagelijkse praktijk. De resultaten zijn zelfs beter dan in onderzoeksverband, mogelijk door de opgedane ervaring van de interventieradiologen. Deze resultaten zijn belangrijk voor iedere huisarts. Het advies voor insturen zal veranderen aangezien het arteriële 'trombolysewindow' langer is dan de huidige viereneenhalf uur. Dit is ook verwerkt in de herziene NHG-Standaard Beroerte. ■

Jansen I, et al. Endovascular treatment for acute ischaemic stroke in routine clinical practice: prospective, observational cohort study (MR CLEAN Registry). BMJ 2018;360:k949.

Brede declaratiemogelijkheden voor het e-consult

Annet Sollié

Nog steeds zijn er in de huisartsenpraktijk maar weinig e-consulten. Slechts 4% van de patiënten geeft aan van die mogelijkheid gebruik te maken, terwijl toch minstens zes op de tien huisartsen het e-consult aanbiedt. Onduidelijkheid over de financiering is waarschijnlijk een van de oorzaken van het geringe aantal e-consulten. Dat blijkt uit de eHealth-monitor, het jaarlijkse onderzoek van het Nictiz en het Nivel naar de stand van zaken rond e-health in Nederland.

Veel huisartsen denken dat voor een e-consult slechts € 4,50 kan worden gedeclareerd, het tarief voor een telefonisch consult, maar de declaratiemogelijkheden zijn veel breder. De vergoeding is namelijk niet afhankelijk van de vorm van zorgverlening (mail, telefonisch, spreekkamer) maar van de tijdsinveste-



Vergoeding voor een consult is niet afhankelijk van de vorm van dienstverlening. Foto: iStock

ring en de geleverde zorgverlening, aldus het Nictiz. Een e-consult kan dus worden gedeclareerd als een e-mailconsult, als een regulier consult of als een dubbel consult. Het is ook handig om te weten dat de declaratie los staat van wie de zorg

in de praktijk verleent. Dit betekent dat ook een praktijkondersteuner en een assistente een e-consult mogen voeren. Het Nictiz werkt momenteel aan een actieagenda om de bekendheid van het e-consult te vergroten. Een van de zeven punten uit die actieagenda behelst het wegnemen van de financieringshobbels. Andere punten zijn hulp bij het slim incorporeren van het e-consult in de dagelijkse praktijk, het verhogen van de gebruiksvriendelijkheid en het ontwikkelen van een communicatie-toolkit om het e-consult onder aandacht van de patiënten te brengen. ■

<http://kennismagazine.nictiz.nl/econsult-bij-de-huisarts#!/actieagenda>. www.ehealth-monitor.nl.

Patiëntgegevens bij het oud papier

Nicole Verbiest

Patiëntgegevens belanden in grote hoeveelheden bij het oud papier in plaats van in de papierversnipperaars. Bij doorzoeken van 591,6 kilogram oud papier in Canadese ziekenhuizen vonden onderzoekers 2687 documenten met persoonsgegevens. De meeste documenten kwamen uit de spreekkamers van artsen.

Medisch personeel moet zorgvuldig omgaan met patiëntgegevens. Niet alleen documenten met medische infor-

matie, maar ook met louter persoonsgegevens hoor je te versnipperen. Vijf ziekenhuizen ondergingen een recycling audit om te zien hoeveel patiëntgegevens bij het oud papier terecht kwamen. In allevijf de ziekenhuizen vonden de onderzoekers patiëntgegevens bij het oud papier. Gemiddeld vonden ze 4,54 documenten met patiëntgegevens per kilogram oud papier, 70% bevatte medische inhoud. In de spreekkamers van artsen vonden ze nog meer: 18,41

documenten per kilogram, waarvan 86% met medische inhoud. Zorgvuldig omgaan met patiëntgegevens lijkt vanzelfsprekend, iedere zorgverlener weet hoe het hoort. Helaas gaat het dus toch weleens mis, al blijkt uit dit onderzoek niet wat daarvan de reden is. Het roept de vraag op hoe goed wij dit zelf doen in onze eigen spreekkamers en praktijken. Ik daag u uit: wat zou u vinden als u de bak met oud papier omkeert? ■

Ramjist JK, et al. Disposal of paper records containing personal information in hospitals. JAMA 2018;319:1162-3.

Maternale depressie dreunt lang na

Marianne Mol

Kinderen van moeders die een depressie hebben gehad, missen significant vaker routinebezoeken aan de Jeugdgezondheidszorg. Dit verzuim is er nog jaren nadat de moeder een depressie heeft gehad. Dat blijkt uit Deense onderzoek. Hoewel de Nederlandse Jeugdgezondheidszorg anders is ingericht dan de Deense, brengen de uitkomsten van dit onderzoek de kwetsbaarheid van deze groep ouders en kinderen nog eens voor het voetlicht.

In Denemarken verricht de huisarts routinecontroles in het kader van de Jeugdgezondheidszorg. In een cohort-onderzoek linkten de onderzoekers gegevens van alle kinderen die tussen 2000 en 2013 werden geboren aan de medische gegevens van hun moeder. De criteria voor maternale depressie waren: opnames wegens depressie, poliklinische afspraken wegens depressie of recepten voor antidepressiva. De onderzoekers onderscheidden drie groepen: nooit

depressief, doorgemaakte depressie (ten minste voldaan aan een van de criteria in de 6 tot 60 maanden voorafgaand aan het routinebezoek) en recente depressie (ten minste voldaan aan een van de criteria in de laatste 6 maanden voorafgaand aan het routinebezoek).

Kinderen van moeders met een recente depressie hadden een tot 16% verhoogd risico op het missen van een controle. Opmerkelijker was dat kinderen van een moeder met een doorgemaakte depressie zelfs na vijf jaar follow-up een licht verhoogd risico hadden op het missen van een controle (RR 1,12; 95%-BI 1,09 tot 1,14).

De kracht van dit onderzoek is het omvangrijke geboortecohort, gevolgd door een vrijwel volledige follow-up. Het herhaaldelijk missen van routinebezoeken aan de Jeugdgezondheidszorg zou een belangrijk waarschuwingssignaal moeten zijn voor zorgverleners. Advies voor huisartsen: neem het serieus als een jeugdarts contact opneemt wanneer een kind een aantal afspraken verzuimt bij CB-controles. ■

Lyngsøe BK, et al. Attendance of routine childcare visits in primary care for children of mothers with depression: a nationwide population-based cohort study. Br J Gen Pract 2018;68:e97-e104.



In Denemarken missen kinderen van moeders met een recente depressie vaker routinecontroles van de Jeugdgezondheidszorg.

Foto: iStock

Appende dokters en de nieuwe privacywetgeving

Annet Sollie

Vanaf 25 mei 2018 is er een nieuwe privacywet van toepassing binnen de hele EU, de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming). Burgers krijgen meer rechten (onder andere om persoonlijke gegevens te ontvangen, in te zien en te laten verwijderen), maar organisaties en ook huisartsen krijgen meer plichten. En er zijn hogere boetes. Wat vinden en weten patiënten hier eigenlijk van? KPMG ondervroeg hierover 1000 Nederlanders van 15 jaar en ouder.

Minder dan 20% van de ondervraagden is überhaupt op de hoogte van de nieuwe privacywetgeving. Opvallend is dat de meerderheid seksuele voorkeur, etnische achtergrond en geloofsovertuiging niet als gevoelige persoonsgegevens ziet, terwijl deze gegevens door de AVG juist

extra bescherming krijgen. Wat betreft medische gegevens, door de wet bestempeld als 'bijzondere persoonsgegevens', maakt slechts 28% zich zorgen over de privacy. Er zijn meer mensen die niet weten wie er toegang heeft tot hun elektronisch patiëntendossier (35%) dan mensen die dit wel weten (30%) en 90% heeft nog nooit het eigen elektronisch patiëntendossier ingezien. Van de respondenten denkt 44% dat de huisarts hun bijzondere persoonsgegevens goed beschermt, maar de helft van hen antwoordt op vragen hierover met niet eens/niet oneens wat aangeeft dat deze mensen eigenlijk niet goed weten hoe de bescherming is geregeld. En de appende dokters? Bijna de helft (vooral jongeren) accepteert niet dat een arts foto's via WhatsApp deelt met

een collega, ook niet voor een second opinion. Zeventig procent van de ondervraagden vindt dat je een gesprek met een arts zou moeten kunnen opnemen om het te kunnen terugluisteren. Ondanks het feit dat dit onderzoek is uitgevoerd door een commerciële organisatie (KPMG) die andere organisaties ondersteunt om op tijd aan de nieuwe wet te voldoen, geeft het toch een beeld: de gemiddelde patiënt lijkt zich geen grote zorgen te maken, maar is ook niet goed geïnformeerd. ■

<https://home.kpmg.com/nl/nl/home/insights/2018/02/weten-is-willen.html>.
www.lhv.nl/actueel/nieuws/privacy-wet-avg-zorgt-voor-nieuwe-verplichtingen-huisartsen.



Van de ondervraagde Nederlanders maakt 28% zich zorgen over privacy.

Foto: iStock

CHA₂DS₂-VASc-risicoscore geen statisch gegeven

Wim Lucassen

Huisartsen gebruiken de CHA₂DS₂-VASc-risicoscore om bij patiënten met atriumfibrilleren (AF) het risico op trombo-embolie in te schatten en dit af te wegen tegen het risico op bloeding bij behandeling met antitrombotische medicatie. Een recent Taiwanees onderzoek laat zien dat de CHA₂DS₂-VASc-score geen statisch gegeven is. Het lijkt daarom redelijk patiënten met AF en een risicoscore van 0 of 1 jaarlijks te beoordelen.

De onderzoekers includeerden ruim 31.000 patiënten (gemiddelde leeftijd 64 jaar) met AF die niet werden behandeld met orale anticoagulantia. De gemid-

delde CHA₂DS₂-VASc op baseline was 1,29 en steeg naar 2,31 na een gemiddelde follow-up van 6 jaar. Gedurende de follow-up ontwikkelde 13,2% van de patiënten een ischemisch CVA. Van de CVA-patiënten trad bij 89% een toename op van de CHA₂DS₂-VASc van ≥ 1, terwijl dit in de groep zonder CVA slechts bij 55% het geval was. Het is logisch dat met het verstrijken van de tijd de CHA₂DS₂-VASc toeneemt door de stijgende leeftijd en optredende comorbiditeit (zoals het ontwikkelen van diabetes). Dit kan echter betekenen dat een patiënt die eerder niet voor medicatie in aanmerking kwam, nu wel antitrombotisch behandeld moet

worden. Het onderzoek laat zien dat patiënten met de grootste verandering in CHA₂DS₂-VASc-score ook het grootste risico lopen om een ischemisch CVA te krijgen. De onderzoekers doen geen uitspraak over hoe vaak we het risico op een ischemisch CVA moeten inschatten. Toch lijkt het redelijk dat huisartsen het risico jaarlijks in kaart brengen bij patiënten met AF en een CHA₂DS₂-VASc van 0 of 1. ■

Chao T, et al. Relationship of aging and incident comorbidities to stroke risk in patients with atrial fibrillation, J Am Coll Cardiol 2018;71:122-32.

Fysiotherapie zinvol bij knie- en heupartrose

Jurgen Damen

De basisverzekering vergoedt vanaf begin 2018 fysiotherapie voor knie- en heupartrose. Gezien de duidelijke positieve effecten van oefentherapie, zoals beschreven in eerdere Cochrane-reviews, lijkt het goed om patiënten met knie- en heupartrose hier nog eens op te wijzen.



Wijs patiënten met knie- en heupartrose op de vergoeding uit de basisverzekering voor fysiotherapie. Foto: iStock

Fransen et al. onderzochten de gerapporteerde effecten van oefentherapie in 10 onderzoeken van goede kwaliteit met in totaal 549 patiënten. Het gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD) voor pijn was direct na de behandeling -0,38 (-0,55 tot -0,2), waarbij ongeveer 6 mensen behandeld moesten worden om 1 persoon daarvan profijt te laten hebben. Voor functie was het SMD -0,33 (-0,54 tot -0,05). Deze effecten hielden ook stand na 6 maanden follow-up. In die periode was er zelfs nog een kleine verbetering in functie. Hieruit concluderen de auteurs dat er een sterk bewijs is dat met oefentherapie heuppijn afneemt en de functie verbetert bij patiënten met heupartrose. Dezelfde auteurs bestudeerden ook het effect van oefentherapie bij knieartrose door een meta-analyse van 10 reviews. Het SMD voor pijn was -0,49 (-0,39 tot -0,59) en er moesten ongeveer 4 mensen worden behandeld om 1 persoon daarvan profijt te laten hebben. Voor functie was het verschil -0,52 (-0,39 tot -0,64). Na

een periode van 2 tot 6 maanden na de behandeling namen de effecten af. De auteurs concluderen dat er bewijs is van goede kwaliteit dat oefentherapie 2 tot 6 maanden kniepijn vermindert en dat er verbetering optreedt in het fysiek functioneren.

De NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten trekt dezelfde conclusie. Op dit moment is er nog geen goede richtlijn voor heupklachten in Nederland. Juist patiënten met deze klachten lijken het meeste baat te hebben bij fysiotherapie. Huisartsen kunnen hen wijzen op de vergoeding daarvoor in de basisverzekering. ■

Fransen M, et al. Exercise for osteoarthritis of the hip. Cochrane Database Syst Rev 2014;4:CD007912.

Fransen M, et al. Exercise for osteoarthritis of the knee. Cochrane Database Syst Rev 2015;1:CD004376.

Effect van ADHD-medicatie op schoolprestaties valt tegen

Daan Backes

De behandeling van kinderen met ADHD met methylfenidaat leidt niet of nauwelijks tot betere prestaties bij lezen en rekenen op school. Deze opvallende conclusie trekken Amsterdamse onderzoekers na het analyseren van de resultaten van 34 onderzoeken met totaal 1777 kinderen van voornamelijk basisschoolleeftijd.

Hyperactiviteit, impulsiviteit en concentratieproblemen zijn symptomen van ADHD. Deze symptomen kunnen leiden tot slechtere schoolprestaties, blijven zitten of vroegtijdig schoolverlaten. Medicatie zoals methylfenidaat leidt bij de meeste kinderen tot afname van hyperactiviteit en impulsiviteit, en tot betere concentratie. Het is echter onduidelijk of deze verbetering ook leidt tot een verbetering van de schoolprestaties. De onderzoekers deden een meta-analyse van 34 onderzoeken naar het effect van

methylfenidaat op schoolprestaties bij kinderen met ADHD. Zij beoordeelden de kwaliteit van de onderzoeken aan de hand van de Cochrane-richtlijnen. Behandeling met methylfenidaat verbeterde het aantal gemaakte rekenopgaves binnen de tijd (productiviteit) met 8% (95%-BI 4 tot 11%), maar het effect op het aantal juist gemaakte rekenopgaves (nauwkeurigheid) was zeer beperkt (3%; 95%-BI 1 tot 5%). Behandeling met methylfenidaat gaf een kleine verbetering van de leessnelheid, maar had geen effect op nauwkeurigheid van het lezen (6%; 95%-BI -1 tot 13%). Het effect van methylfenidaat op de schoolprestaties van kinderen lijkt zeer beperkt. Dit is belangrijk om te benoemen in de voorlichting aan kinderen en ouders bij de overweging om te starten met medicatie voor ADHD. Zoals de huidige NHG-Standaard ADHD bij kinderen benoemt, is medicamenteuze behandeling met name gericht op vermindering



Het effect van methylfenidaat op schoolprestaties lijkt zeer beperkt volgens Amsterdams onderzoek.

Foto: iStock

van hyperactiviteit en impulsiviteit en op verbetering van het concentratievermogen. De onderzoekers stellen dat het positieve effect van methylfenidaat op het gedrag en de productiviteit op school op langere termijn wel zou kunnen leiden tot betere schoolprestaties, maar hiervoor is nog geen bewijs. ■

Kortekaas-Rijlaarsdam AF, et al. Does methylphenidate improve academic performance? A systematic review and meta-analysis. European Child & Adolescent Psychiatry 2018 DOI:1007/s00787-018-1106-3.

Generieke medicatie liefst met hetzelfde uiterlijk

Vincent van Vugt

Patiënten vertrouwen generieke middelen minder dan het origineel. Na het verlopen van het octrooi brengt de farmaceut soms zelf een generiek huismerk op de markt. Dat ziet er precies hetzelfde uit als het originele middel, maar is een fractie van de oorspronkelijke prijs. Volgens de BMJ willen patiënten na generieke substitutie met een generiek huismerk minder vaak terug naar het origineel.

De onderzoekers analyseerden een zorgverzekeringsdatabase waarin medicijngebruik tussen 2004 en 2013 was bijgehouden. Ze beoordeelden acht medicijnen waarvoor tevens generieke

huismerken waren uitgebracht. Het ging om bekende middelen zoals amlodipine, quinapril en sertraline. In totaal stapten 94.909 patiënten over van het origineel naar een generiek huismerk, en 116.017 naar een ander generiek middel. Vervolgens bekeken de onderzoekers hoeveel patiënten toch weer teruggingen naar het origineel. Gemiddeld gebeurde dit 8,2 keer per 100 gevolgdde persoonsjaren. Bij de generieke huismerken bleek dit 28% minder vaak te gebeuren dan bij andere generieke middelen (gepoolde hazard ratio 0,72; 95%-BI 0,64 tot 0,81). Generieke substitutie is een goede manier om kosten in de zorg te besparen.

Het is belangrijk dat huisartsen en apothekers de overgang naar een generiek middel goed uitleggen. De bioactieve stoffen, en dus de werking, zijn in principe gelijk bij alle generieke middelen. Het succes van het generieke huismerk komt waarschijnlijk doordat de pillen dezelfde kleur, dezelfde vorm en hetzelfde merk hebben. Voor medicatie geldt bij patiënten dus een voorkeur voor oude wijn in oude zakken. ■

Desai R, et al. Differences in rates of switchbacks after switching from branded to authorized generic and branded to generic drug products: cohort study. BMJ 2018;361:k1180.

Gezond oud worden moeilijk bij lage sociaaleconomische status

Vincent van Vugt

Lage sociaaleconomische status (SES) is geassocieerd met verminderd fysiek functioneren bij ouderen. Dit onderzoek toont aan dat het verkleinen van het verschil tussen arm en rijk net zo veel gezondheidswinst kan opleveren als de preventie van chronische ziektes, zoals diabetes.

In 37 grote cohortonderzoeken onder patiënten uit 24 verschillende landen, waaronder Nederland, werd gekeken naar het verband tussen SES en functioneren. Tussen 1990 en 2017 volgden de onderzoekers 109.107 mannen en vrouwen tussen de 45 en 90 jaar oud. Zij classificeerden de SES als laag, gemiddeld of hoog. Loopsnelheid, een belang-

rijke maat voor fysiek functioneren, was de belangrijkste uitkomstmaat. De loopsnelheid neemt altijd af naarmate je ouder wordt, maar bepaalde ongezonde factoren versnellen dit proces. Een 60 jaar oude man met een lage SES had gemiddeld dezelfde loopsnelheid als een 66,6 jaar oude man met een hoge SES (95%-BI 5,0 tot 9,4). Bij vrouwen in dezelfde leeftijdsgroep was het verschil in gezonde jaren 3,4 (95%-BI 3,6 tot 6,2). Vergeleken met andere ongezonde factoren kostte een lage SES gemiddeld net zoveel gezonde jaren als obesitas en diabetes, en beduidend meer dan hypertensie en roken. Gezond oud worden is wereldwijd een belangrijk doel. Het verband tussen lage

SES en afname van functioneren op latere leeftijd was relatief het sterkst in welvarende landen, zoals Nederland. De afgelopen jaren is er steeds meer aandacht voor het bestrijden van risicofactoren van chronische ziektes als obesitas en roken. Nu blijkt de groeiende kloof tussen arm en rijk net zo belangrijk. Sommige problemen zijn te groot voor de spreekkamer: de politiek is nu aan zet. ■

Stringhini S, et al. Socioeconomic status, non-communicable disease risk factors, and walking speed in older adults: multi-cohort population based study. BMJ 2018;360:k1046.

Omgaan met verzoeken van familie en vrienden

Jurgen Damen

Iedere dokter krijgt weleens de vraag van een familielid om naar een plekje te kijken of een recept voor te schrijven. De KNMG-richtlijnen adviseren echter duidelijk niet te dokteren voor bekenden. Dit onderzoek laat zien welke factoren dokters afwegen voordat ze wel of niet ingaan op zo'n verzoek van familie of vrienden. Zij bevinden zich vaak in een dilemma.

Giroldi et al. onderzochten hoe huisartsen in Nederland omgaan met verzoeken van familieleden en bekenden. Dit deden zij door middel van focusinterviews met in totaal 49 huisartsen, van wie 33 huisartsen-in-opleiding en 16 huisartsen met gemiddeld meer dan 5 jaar ervaring. Iedere arts die participeerde in dit on-

derzoek bleek ervaring te hebben met dit soort verzoeken. Het feit is ook bekend uit de internationale literatuur, waarin 99% van alle dokters weleens werd gecoconsulteerd door familie of vrienden en waarin 85% aangeeft weleens een recept voor hen te hebben uitgeschreven. In dit onderzoek speelden bij elk verzoek drie vragen een rol, namelijk wat wordt er gevraagd (spoedgeval), waar wordt het gevraagd en door wie wordt het gevraagd. Daarnaast kwamen uit de interviews de volgende overwegingen naar boven: het bewaren van de werk-privébalans, het risico op het maken van een medische fout, het mogelijk verstoren van de relatie met de patiënt en/of zijn behandelend arts en het vertrouwen in de eigen vaardigheden als dokter.

De onderzoekers duiken in een onderwerp dat iedere arts herkent en laten zien dat het in de praktijk bijzonder lastig is om niet op dit soort verzoeken in te gaan, ondanks het dringende advies daarover. De data tonen op welke wijze en hoe genuanceerd artsen met dit soort vragen omgaan voordat zij een dergelijk verzoek weigeren of inwilligen. De auteurs suggereren dat het bespreken van dit dilemma in de opleiding nuttig kan zijn om stil te staan bij alle overwegingen. ■

Giroldi E, et al. Family physicians managing medical requests from family and friends. Ann Fam Med 2018;16: 45-51.

Jan van Esprijs voor aios Davith de Vries

Fijtje Koets

Met zijn *critically appraised topic* (CAT) 'Geen antibiotica bij ongecompliceerde diverticulitis: een veilige optie?' heeft Davith de Vries, aios aan UMC Groningen, de Jan van Esprijs 2018 gewonnen. De Jan van Esprijs, bedoeld om de band te versterken tussen wetenschap en de praktische toepasbaarheid daarvan, wordt jaarlijks uitgereikt aan een huisarts in opleiding. De Vries wist overtuigend en helder duidelijk te maken dat het geen zin heeft om preventief antibiotica tegen perforatie te geven bij diverticulitis.

Een diverticulitis verloopt meestal goedaardig en is self-limiting. De meest voorkomende complicatie is echter geperforeerde diverticulitis, die kan zorgen voor een acute buik. Er is veel geprobeerd om deze complicatie te voorkomen, onder andere met antibiotica. Die lijken nu overtuigend niet van toegevoegde waarde

te zijn. Met zijn literatuuroverzicht toonde De Vries aan dat een conservatieve behandeling van ongecompliceerde diverticulitis veilig is en niet onderdoet voor antibiotische behandeling. Bovendien vermijdt je de bijwerkingen en resistentie die antibiotica tot gevolg kunnen hebben. De NHG-Standaard Diverticulitis adviseert om diverticulitispatiënten zonder aanwijzingen voor complicaties thuis te behandelen zonder antibiotica. Dit advies blijft dus overeind, maar nu met aanmerkelijk betere onderbouwing. De Vries maakt wel de kanttekening dat we als huisarts niet de diagnostische middelen hebben om complicaties van diverticulitis met eenzelfde zekerheid uit te sluiten als in de tweede lijn. Blijf dus letten op patiënt- en contextfactoren, zorg voor actief vervolgen, geef vangnetadviezen en verwijs tijdig bij een verslechterend beloop. ■



Juryvoorzitter Victor van der Meer reikt de Jan van Esprijs uit aan Davith de Vries

www.nhgwetenschapsdag.nl

Op de hoogte met nieuwsbrief H&W

Huisarts en Wetenschap brengt sinds half juni wekelijks een digitale nieuwsbrief uit die alle leden per e-mail ontvangen. Hiermee bent u direct volledig op de hoogte van het laatste H&W-nieuws. In de nieuwsbrief leest u namelijk welke artikelen afgelopen week gepubliceerd zijn op www.henw.org.

Dit voorjaar lanceerden wij de nieuwe website van H&W. Bij de ontwikkeling van de site waren de uitgangspunten: een heldere vormgeving voor desktop en mobiel/tablet, actuele dossiers en een goede zoek- en archieffunctie. En, niet onbelangrijk: een hoge actualiteitswaarde. Die hoge actualiteitswaarde komt tot uiting doordat H&W sinds dit voorjaar

artikelen online first publiceert. De lezer heeft zo digitaal direct toegang tot de recentste artikelen. Om u zo snel mogelijk op de hoogte te stellen van alle net verschenen nieuwsberichten en artikelen, ontvangt u van ons dus een wekelijkse nieuwsbrief. De artikelen en nieuwsberichten die afgelopen week op www.henw.org zijn gepubliceerd, zijn onderverdeeld in de rubrieken Nieuws, Wetenschap, Praktijk en NHG. U ziet in een oogopslag of er voor u interessante onderwerpen tussen zitten. Door het artikel aan te klikken komt u direct bij het juiste artikel terecht op de website.



Als vanouds verschijnen de artikelen daarna ook maandelijks in de vernieuwde printuitgave van H&W. We wensen u veel plezier en gemak bij het gebruik van de nieuwsbrief. Suggesties kunt u mailen naar redactie@nhg.org. ■

Alarmsymptomen voor kanker als reden van komst

Annemarie Uijen, Kees van Boven, Nina van de Wiel, Sibo Oskam, Henk Schers, Willem Assendelft

- Inleiding

Huisartsen moeten alarmsymptomen voor kanker niet alleen kunnen herkennen, maar ook kunnen inschatten hoe groot de kans is dat het echt om kanker gaat. De spontaan genoemde klacht of wens van een patiënt bij de huisarts noemt men de ‘reden van komst’ oftewel de reason for encounter (RFE). Sommige RFE’s zijn een alarmsymptoom voor kanker. Wij onderzochten de voorspellende waarde van deze RFE’s.
- Methode

Wij voerden een retrospectief cohortonderzoek uit in het eerstelijns registratienetwerk Family Medicine Network. We selecteerden patiënten ouder dan 45 jaar die tussen 1995 en 2014 [118.219 patiëntja- ren] bij de huisarts kwamen met als RFE een van de alarmsymptomen die gedefinieerd zijn door KWF Kankerbestrijding en UK Cancer Research. We berekenden de positief voorspellende waarde (PVW) van deze RFE’s voor de diagnose ‘kanker’.
- Resultaten

Een knobbel in de borst had de hoogste PVW [14,8%], gevolgd door postmenopauzale bloeding [3,9%], hemoptoë [2,7%], rectaal bloedverlies [2,6%], hematurie [2,2%] en verandering in de stoelgang [1,8%].
- Conclusie

Alarmsymptomen voor kanker die de patiënt bij binnenkomst spontaan noemt, hebben op zichzelf een voorspellende waarde, al wordt het beleid natuurlijk vooral bepaald door anamnese en lichamelijk onderzoek. De positief voorspellende waarde van zulke alarmsymptomen, die ook gecommuniceerd worden in publiekscampagnes, is een factor om rekening mee te houden.

ACHTERGROND

Een van de belangrijkste uitdagingen voor huisartsen is het schatten van de kans dat een symptoom het eerste signaal is van een ernstige ziekte.¹ Dit is vooral belangrijk wanneer het om kanker gaat, omdat juist dan een vroege diagnose de overlevingskans sterk verbetert.²⁻⁴ Huisartsen worden dagelijks geconfronteerd met potentieel alarme-

renzicht in de relatie tussen alarmsymptomen als RFE en de uiteindelijke diagnose is belangrijk voor een adequate interpretatie van de klacht en kan richting geven aan anamnese en beleid.¹⁰ Eerdere onderzoeken in de huis- artsenpraktijk lieten zien dat hematurie, bloed spugen, dysfagie en rectaal bloedverlies geassocieerd zijn met een verhoogd risico op kanker, met name bij mannen en 65-plussers,¹¹ en dat rectaal bloedverlies of anemie belang- rijke signalen zijn voor de diagnose ‘darmkanker’.⁹ Deze onderzoeken waren gebaseerd op symptomen en signalen die werden geregistreerd ná anamnese en lichamelijk onderzoek, en niet op de RFE. Wij onderzochten welke waarde alarmsymptomen die de patiënt aan het begin van het consult spontaan presenteert hebben voor de diagnose ‘kanker’ in de huisartsenpraktijk.

METHODE

Onderzoeksopzet en populatie

Voor dit retrospectieve cohortonderzoek gebruikten we gegevens uit het Nederlandse eerstelijnsregistratienetwerk Family Medicine Network (FaMe-Net) over de periode

van 1995 tot en met 2014.^{12,13} Binnen FaMe-Net registre- ren 24 huisartsen in zeven huisartsenpraktijken sinds 1971 alle contacten tussen huisartsen en patiënten. Iedere ziek- te-episode (reeks van contacten behorende tot één gezond- heidsprobleem) wordt gecodeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC).^{14,15} In ieder contact registreren de huisartsen de RFE, gedefinieerd als de door de patiënt spontaan geuite reden van komst,¹⁰ de diagnose en de diagnostische en therapeutische interventies volgens de ICPC. Om de validiteit van de registratie te bewaken, bespreken de huisartsen in maandelijks bijeenkomsten elkaars coderingen. Uit de registratie betrokken we de gegevens van alle patiënten van 45 jaar en ouder; per jaar ongeveer 7000. De gegevens betroffen in totaal 118.219 patiëntjaren en 299.013 nieuwe ziekte-episodes.

Alarmsymptomen

We analyseerden alle ziekte-episodes aan het begin waarvan de patiënt een alarmsymptoom voor kanker noemde als reden van komst. We gingen daarbij uit van de alarmsymptomen zoals die gedefinieerd zijn door KWF Kankerbestrijding en UK Cancer Research,^{8,9} en zetten deze om naar de correspon- derende ICPC-codes.

Statistische analyse

Om de voorafkans te bepalen, berekenden we de incidentie van alle kankerdiagnoses in onze dataset en vergeleken deze met de landelijke cijfers voor 2005 in de Nederlandse Kanker- registratie. Vervolgens bepaalden we de positief voorspellende waarde (PVW) van de RFE door te berekenen welk percentage van de episodes waarin de RFE een alarmsymptoom was,

Tabel 1

Incidenties van kanker bij patiënten ouder dan 45 jaar in de Fa- Me-Net-registratie, 1995-2014

Type kanker	Incidentie*
Borst	2,49†
Huid	1,75
Prostaat	1,58‡
Darm	1,07
Bronchus/long	0,85
Geslachtsorganen vrouw [met uitzondering van cervix en borst]	0,66†
Spijsvertering [met uitzondering van maag, pancreas en colon/rectum]	0,41
Blaas	0,28
Maag	0,19
Luchtwegen [met uitzondering van bronchus/long]	0,10

* Per 1000 patiënten per jaar.
† Per 1000 vrouwen per jaar.
‡ Per 1000 mannen per jaar.

WAT IS BEKEND?

- Huisartsen worden dagelijks geconfronteerd met alarm- symptomen voor kanker en moeten de waarde ervan inschatten.
- Alarmsymptomen voor kanker komen vaak aan de orde in publiekscampagnes.
- Als de patiënt spontaan een alarmsymptomen noemt als reden om de huisarts te consulteren, is de voorspellende waarde van zo’n *reason for encounter* niet duidelijk.

WAT IS NIEUW?

- Van de alarmsymptomen voor kanker die de patiënt kan noemen als reden van komst, heeft een knobbel in de borst de hoogste voorspellende waarde [14,8%], gevolgd door postmenopauzaal bloedverlies [3,9%].
- De alarmsymptomen voor kanker met de laagste voorspel- lende waarde zijn hoesten [0,1%], pijnlijke mictie [0,1%] en intermenstrueel of postcoïtaal bloedverlies [0%].

daadwerkelijk uitmondde in de diagnose ‘kanker’. Ten slotte berekenden we voor ieder alarmsymptoom het absolute ver- schil tussen de incidentie (voorafkans) en de PVW.

RESULTATEN

Incidentie

[Tabel 1] toont de incidentie van verschillende soorten kanker in onze dataset. De hoogste incidenties hadden borstkanker (2,49 per 1000 patiënten per jaar), huidkanker (1,75), pros- taatkanker (1,58) en darmkanker (1,07). Deze incidenties waren vergelijkbaar met de cijfers uit de Nederlandse Kanker- registratie.¹⁶

Positief voorspellende waarde van de alarmsymptomen

[Tabel 2] toont het aantal gemelde alarmsymptomen en de PVW per 100 patiënten per jaar bij patiënten die zich presen- teerden met een alarmsymptoom als RFE. Bij 11 alarmsympto- men als RFE was de kans op kanker als uiteindelijke diagnose meer dan 1 per 100 patiënten (>1%). De hoogste PVW’s op kanker werden gevonden bij patiënten die zich presenteerden met knobbel/zwelling in de borst (vrouw) (14,8%) en post- menopauzaal bloedverlies (3,9%). Dit betekent, bijvoorbeeld, dat bij 14,8% van de vrouwelijke patiënten met een leeftijd ≥45 jaar die zich op het spreekuur presenteerden met: ‘ik heb een knobbel(tje) in de borst’ , borstkanker werd gediagnosticeerd. De laagste PVW’s werden gevonden bij patiënten die zich presenteerden met intermenstrueel bloedverlies en postcoïtaal bloedverlies (in geen enkel geval endometrium- of cervixcarci- noom). De grootste verschillen tussen de incidentie (voorafkans) en de PVW vonden we bij de kankers die beginnen met een knobbel of zwelling in de borst (incidentie 2,5 versus PVW 148 per 1000 patiënten per jaar) en postmenopauzaal bloedverlies (incidentie 0,7 versus PVW 39 per 1000 patiënten per jaar). De

Tabel 2

Positief voorspellende waarde van alarmsymptomen voor kanker als reden van komst in de huisartsenpraktijk

Alarmsymptoom*	n†	PVW*	Meest gestelde kankerdiagnose§
Knobbel/zwelling borst vrouw	400	14,8	borst
Postmenopauzaal bloedverlies	385	3,9	uterus
Hemoptoë	225	2,7	bronchus/long
Rectaal bloedverlies	913	2,6	colon/rectum
Hematurie	693	2,2	blaas
Gewichtsverlies	866	2,1	colon/rectum, maag, bronchus/long, prostaat, nier, pancreas, onbekend
Symptomen/klachten tepel vrouw	187	2,1	borst
Slikprobleem	302	2,0	maag, andere maligniteit van het spijsverteringskanaal¶
Verandering faeces/defaecatiepatroon	433	1,8	colon/rectum
Lokale zwelling/knobbel huid	6.283	1,8	huid
Naevus	814	1,8	huid
Symptomen/klachten prostaat	343	0,9	prostaat
Frequente mictie/aandrang (mannen)	1.007	0,6	prostaat
Andere symptomen/klachten urine	653	0,5	prostaat, blaas
Symptomen/klachten stem	804	0,4	maligniteit van de luchtwegen, hodgkin
Symptomen/klachten aspect huid	716	0,4	huid
Moeheid	5.454	0,3	colon/rectum, pancreas, leukemie, andere maligniteit van het spijsverteringskanaal, hodgkin, andere maligniteit van de luchtwegen, andere maligniteit geslachtsorganen, onbekende origine
Kortademigheid	4.677	0,3	bronchus/long, leukemie, hodgkin, andere maligniteit luchtwegen, borst, onbekende origine
Hoesten	13.749	0,1	bronchus/long, hodgkin, maligniteit van het spijsverteringskanaal, borst, onbekende origine
Pijnlijke mictie	3.269	0,1	blaas, prostaat
Intermenstrueel bloedverlies	134	0	–
Postcoitaal bloedverlies	59	0	–

* Alarmsymptomen zoals benoemd in de International Classification of Primary Care [ICPC].

† Aantal episodes waarin de patiënt spontaan een alarmsymptoom voor kanker noemde als reden van komst (RFE) bij de huisarts.

‡ Positief voorspellende waarde per 100 episodes per jaar met dezelfde RFE.

§ Meest gestelde diagnose bij dit alarmsymptoom die een kanker betrof.

kleinste verschillen vonden we bij hoesten (de kans op long-kanker verandert nauwelijks, van 0,9 naar 1 per 1000 patiënten per jaar) en frequente mictie of aandrang (de kans op prostaat-kanker stijgt van 1,6 naar 6 per 1000 patiënten per jaar).

De alarmsymptomen die gezondheidsorganisaties communiceren in hun publiekscampagnes verschillen in hun voorspellende waarde

BESCHOUWING

We vonden dat het risico op kanker inderdaad verhoogd is wanneer de patiënt spontaan een alarmsymptoom voor kanker noemt als reden om bij de huisarts te komen. RFE’s met

een hoge positief voorspellende waarde (PVW) zijn knobbel in de borst (14,8%), postmenopauzaal bloedverlies (3,9%), hemoptoë (2,7%), rectaal bloedverlies (2,6%), hematurie (2,2%) en gewichtsverlies (2,1%). De grootste verschillen tussen de voorafkans en de PVW van het alarmsymptoom vonden we bij kankers die starten met een zwelling in de borst of met postmenopauzaal bloedverlies. Voor kankers die beginnen met hoesten of frequente mictie was het verschil veel minder groot.

Vergelijking met eerder onderzoek

Een grootschalig onderzoek in Britse huisartsenpraktijken kwam voor de verschillende typen kanker uit op vergelijkbare incidenties als de onze.¹¹ De Britse onderzoekers vonden wel flink hogere PVW’s voor rectaal bloedverlies bij darmkanker (3,4% tegenover 2,6%) en voor hematurie bij blaaskanker (7,3% tegenover 2,2%). Dat komt waarschijnlijk doordat wij

uitgingen van de ingangsklacht zoals benoemd door de patiënt (de RFE) en niet van de symptomen zoals geregistreerd door de huisarts. De RFE heeft een geheel andere betekenis dan alarmsymptomen die tijdens de anamnese worden uitgevraagd.

Beperkingen

De alarmsymptomen zoals gedefinieerd door KWF Kankerbestrijding en UK Cancer Research corresponderden niet altijd goed met de beschikbare ICPC-codes. Zo moesten we bijvoorbeeld ‘blijvend hoesten’ vertalen naar ICPC-code R05 (hoesten) en pasten er meerdere ICPC-codes bij ‘urinewegproblemen of verandering bij het plassen’ (U01: pijnlijke mictie; U02: frequentie mictie/aandrang; U05: ander mictieprobleem; Y06: symptomen/klachten prostaat). Omdat ons databestand te klein was om de PVW van combinaties van RFE’s te bepalen, hebben we ons beperkt tot enkelvoudige RFE’s. Om die reden konden we ook de resultaten niet verder stratificeren naar leeftijd en geslacht.

CONCLUSIE

Er is al veel bekend over de voorspellende waarde van alarmsymptomen voor kanker, maar er is nog niet eerder gekeken naar de voorspellende waarde van alarmsymptomen die de patiënt zelf spontaan noemt aan het begin van een consult (RFE). De RFE is een ander concept dan symptomen uit de anamnese. Patiënten hebben nagedacht voordat ze bij de huisarts komen, ook over wat ze als eerste tegen de huisarts gaan zeggen, en hun eerste zinnen hebben al een voorspellende waarde op zichzelf. Onze resultaten tonen de voorspellende waarde van de RFE voor de diagnose ‘kanker’ – het verdere beleid wordt natuurlijk vooral bepaald door de gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek. Ze geven ook het relatieve belang aan van de alarmsymptomen die gezondheidsorganisaties communiceren in hun publiekscampagnes. Bij een knobbel in de borst of postmenopauzaal bloedverlies lijkt spoedige diagnostiek gerechtvaardigd, bij andere alarmsymptomen zal de huisarts ook gegevens uit de anamnese laten meewegen, bijvoorbeeld leeftijd, andere symptomen, medische en familiale voorgeschiedenis, en bevindingen uit het licha-



Alarmsymptomen voor kanker die de patiënt bij binnenkomst spontaan noemt, hebben op zichzelf een voorspellende waarde.

Foto: iStock

melijk onderzoek, bij het al dan niet inzetten van verdere diagnostiek. ■

LITERATUUR

1. Lamberts H, Oskam SK, Okkes IM. Het klinisch verband tussen klachten en uiteindelijke diagnoses in de huisartspraktijk, vastgesteld met achterafkansen berekend op grond van het Transitieproject. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:2566-72.
2. Hamilton W. Cancer diagnosis in primary care. Br J Gen Pract 2010;60:121-8.
3. Mulka O. NICE suspected cancer guidelines. Br J Gen Pract 2005;55:580-1.

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

Uijen AA, Van Boven K, Van de Wiel N, Oskam SK, Schers HJ, Assendelft WJ. Alarmsymptomen voor kanker als reden van komst. Huisarts Wet 2018;61(7):14-7. DOI: 10.1007/s12445-018-0208-y. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: dr. A.A. Uijen, huisarts-senior onderzoeker, annemarie.uijen@radboudumc.nl; dr. K. van Boven, huisarts-senior onderzoeker; N. van de Wiel, student; dr. H.J. Schers, huisarts-senior onderzoeker; prof. dr. W.J.J. Assendelft, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. S.K. Oskam, wiskundige. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit artikel werd eerder gepubliceerd als: Van Boven K, Uijen AA, Van de Wiel N, Oskam SK, Schers HJ, Assendelft WJJ. The diagnostic value of the reason for encounter for diagnosing cancer in primary care. J Am Board Fam Med 2017;30(6):806-12. Publicatie gebeurt met toestemming.

Nazorg en controle voor kanker

Daan Brandenburg, Geertruida de Bock, Annette Berendsen

- Inleiding**
- De meeste patiënten komen na een behandeling voor kanker in een traject van nazorg en controle terecht. Door de stijging van het aantal patiënten met kanker en de toenemende overleving komt er steeds meer druk op deze zorg te liggen. In dit literatuuronderzoek beschrijven wij de verwachtingen en voorkeuren van patiënten met betrekking tot deze zorg.
- Methode**
- Een literatuuronderzoek op basis van een systematische zoekstrategie in de databases van PubMed, CINAHL en PsychInfo. We hebben de gevonden onderzoeken geselecteerd en de gegevens van zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeken verzameld.
- Resultaten**
- Na screening hebben we 12 artikelen geïnccludeerd. Deze beschrijven gezamenlijk 849 patiënten tussen de 28 en 90 jaar. Patiënten verwachten dat controle gericht is op het opsporen van recidieven. Ze willen veel klinische tests, omdat die hen gerust kunnen stellen. Daarnaast vinden patiënten dat artsen hun tijdens de nazorg en controle voldoende informatie moeten verstrekken en advies moeten geven over hun ziekte en leefstijl. Bovendien verwachten ze psychosociale ondersteuning. Daarbij is continuïteit van de zorgverlener belangrijk.
- Conclusie**
- Patiënten lijken na de behandeling voor kanker een grote behoefte te hebben aan klinische tests. De nazorg en controle moeten duurzaam en effectief zijn. De huisarts kan nut en noodzaak van klinische onderzoeken verduidelijken en speelt een rol bij de psychosociale ondersteuning.

INLEIDING

Doordat de bevolking vergrijst, neemt het aantal patiënten met kanker toe.¹ Dankzij vroegere opsporing, betere stadiëring en betere behandelingen krijgen steeds meer patiënten in opzet een curatieve behandeling.² De diagnose kanker en bijbehorende behandelingen hebben een grote fysieke en psychosociale impact op de patiënt en diens naasten. Na de (curatieve) behandeling voor kanker moeten patiënten de draad van hun leven weer oppakken. In deze periode lopen zij het risico op recidieven en krijgen zij te maken met

Patiënten vinden het erg belangrijk dat dezelfde arts de hele follow-up doet

andere effecten van de ziekte of de behandeling.³ De meeste overlevenden van kanker worden daarom na de behandeling nog gevolgd. De nazorg en controle hebben tot doel psychologische zorg te bieden, recidieven vroegtijdig op te sporen, bijwerkingen van de behandeling te monitoren en de geleverde zorg te evalueren.⁴ In Nederland gebeurt dat meestal in het ziekenhuis.

De organisatie van de nazorg en controle is onderwerp van discussie. Onder andere in Nederland wordt gesuggereerd dat de huisarts deze in de toekomst kan gaan overnemen.^{5,6} Om deze discussie te voorzien van een patiëntenperspectief hebben we in de literatuur gezocht naar onderzoeken naar de verwachtingen en voorkeuren van patiënten wat betreft de nazorg en controle. In dit artikel gaan we expliciet in op de rol die de huisarts hierbij mogelijk kan spelen.

METHODE

Zoekstrategie en inclusie

In december 2016 hebben we de databases van PubMed, CINAHL en PsychInfo systematisch doorzocht met een combinatie van MeSH- en vrije tekst-zoektermen, zonder tijd- of taalrestricties. We hebben onderzoeken geïnccludeerd met originele gegevens over de verwachtingen of voorkeuren die volwassen, voor kanker behandelde patiënten hebben met betrekking tot de follow-up. Onderzoeken onder volwassen overlevenden van kinderkanker, patiënten in de behandel- of terminale fase hebben we geëxcludeerd.

Gegevensverzameling

We hebben de titels en abstracts van de gevonden onderzoeken beoordeeld op geschiktheid: één auteur (DB) heeft alle gevonden titels en abstracts beoordeeld, de andere auteurs (AJB



Patiënten willen het liefst levenslange follow-up voor hun kanker.

Foto: iStock

en GHB) ieder de helft. We hebben de verschillen besproken, totdat we consensus hadden bereikt. Voor de screening van de volledige tekst op geschiktheid en de gegevensverzameling hebben we dezelfde procedure gevolgd. We hebben informatie over het onderzoek, patiëntkarakteristieken, tumorkarakteristieken en behandeling verzameld. Daarnaast hebben we de gegevens over de verwachtingen en voorkeuren van patiënten met betrekking tot de inhoud, duur en frequentie van de nazorg en controle vergaard.

RESULTATEN

Zoekresultaten

Nadat we duplicaten hadden verwijderd, bleven 812 van de 847 gevonden artikelen over. Na beoordeling van de abstracts hebben we de volledige tekst van 40 artikelen onderzocht, waarvan we er 12 hebben geïnccludeerd: 5 met kwantitatieve en 7 met kwalitatieve onderzoeksresultaten. De onderzoeken betroffen samen 849 patiënten tussen 28 en 90 jaar. Het merendeel van hen was behandeld voor borstkanker, gevolgd door sarcomen, hematologische kanker (inclusief lymfomen), eierstok-, testis- en longkanker. Een klein aantal patiënten was behandeld voor prostaat-, colon-, lever-, schildklier- en huidkanker.

Inhoud van de zorg

Patiënten geven aan dat het opsporen van recidieven de belangrijkste reden voor follow-up is en dat de follow-up volgens hen vooral moet bestaan uit klinische onderzoeken om deze

op te sporen.⁷⁻¹⁰ Het uitsluiten van een recidief biedt geruststelling.¹⁰⁻¹² Verschillende onderzoeken suggereren dat patiënten er na een negatieve testuitslag van uitgaan dat ze weer een periode ‘schoon’ zijn. Veel patiënten geven aan meer onderzoek te willen dan tot nu toe het geval is: bloedtests, botscans, röntgenfoto's en zelfs total-body scans.^{7,9,11,13,14} Tegelijkertijd laten onderzoeken zien dat het ondergaan van deze onderzoe-

WAT IS BEKEND?

- Doordat de bevolking vergrijst, stijgt het aantal patiënten met kanker en neemt de druk op nazorg en controle toe.
- De huisarts is informeel betrokken bij de nazorg voor kanker.
- Volgens verschillende instanties kan de huisarts in de toekomst een grotere en formelere rol in deze zorg krijgen.

WAT IS NIEUW?

- Patiënten willen na de behandeling voor kanker zo intensief mogelijk gecontroleerd worden.
- Tests brengen ook spanning en stress met zich mee.
- Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij het bespreekbaar maken van de angst voor recidieven, de betrekkelijkheid van tests en de stress die tests met zich meebrengen.

ken ook kan leiden tot gevoelens van angst en spanning.^{7,13} Daarnaast vinden patiënten dat artsen hen tijdens de controles informatie en advies moeten geven over verschillende aspecten van hun ziekte, zoals langetermijneffecten en prognose, leefstijl, omgaan met pijn, moeheid en de preventie van recidieven of nieuwe kankers.^{10,11,14,15} Patiënten geven aan dat psychosociale begeleiding onderdeel van de follow-up moet zijn.^{7,8,10} Deze mag meer aandacht krijgen dan in de huidige follow-up het geval is, net als ondersteuning bij problemen als depressie en angst.

Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij het bespreekbaar maken van de angst voor recidieven

Organisatie van de zorg

In een klein aantal onderzoeken werd patiënten ook gevraagd naar hun verwachtingen ten aanzien van de organisatie van de follow-up. Ze vinden het erg belangrijk dat dezelfde arts de hele follow-up doet.^{8,12,16} Dat maakt het mogelijk om een band op te bouwen, hetgeen leidt tot een hogere waardering van de zorg.¹² Patiënten willen bovendien het liefst levenslange follow-up voor hun kanker, ter geruststelling, voor begeleiding en het opsporen van metastasen.^{9,14,15,17} De meeste patiënten zijn tevreden over de frequentie van de nazorg en controle.⁹ Patiënten geven aan dat ze zich aan het einde van de behandeling en voor de eerste controle kwetsbaar voelen. Ze willen dan graag meer contact met het ziekenhuis.¹²

BESCHOUWING

Volgens patiënten is de ideale arts voor nazorg altijd bereikbaar en in staat om goede psychosociale ondersteuning te bieden, en beschikt hij of zij over een onuitputtelijke kennis over kanker en bijbehorende behandelingen. Ook willen zij toegang hebben tot een scala aan tests om recidieven uit te sluiten. Deze wensen van patiënten lijken een argument voor continuering van de huidige organisatie van controles in het ziekenhuis. Het valt echter te betwijfelen of tests de gewenste zekerheid kunnen bieden. Daarnaast bestaat er een kans op fout-positieve uitslagen, die tot veel onrust kunnen leiden. Bovendien leidt de toename van het aantal overlevenden van kanker tot een forse druk op de zorg, die mogelijk niet alleen de tweede lijn kan bieden. Een veelbesproken optie is daarom dat de huisarts (delen van) deze zorg overneemt. Eerder onderzoek heeft laten zien dat de organisatie van deze zorg door de huisarts niet tot verschillen in klinische uitkomsten of patiënttevredenheid leidt.¹⁸ Hoewel uit Nederlands kwalitatief onderzoek blijkt dat patiënten hun huisarts bezoeken voor informatie over kanker en leefstijl, en voor psychosociale steun,^{19,20} lijken patiënten toch een

voorkeur te geven aan controle in het ziekenhuis.^{12,15,21} Andere onderzoeken laten echter zien dat een aanzienlijk deel van de patiënten controle door de huisarts wil overwegen wanneer er sprake is van goede communicatie tussen de huisarts en de specialist, en wanneer de huisarts over de kennis, mogelijkheden en tijd beschikt.^{13,19} Los van een mogelijk formele rol in de toekomst ziet de huisarts patiënten die zijn behandeld voor kanker nu ook al vaker na hun behandeling.^{19,20,22,23} Het is hierbij van groot belang dat de huisarts beschikt over kennis over de behandeling, bijwerkingen, langetermijneffecten en algemene leefstijladviezen. Daarnaast is het essentieel dat de communicatie met de behandelend specialist goed geregeld is. Huisartsen kunnen een belangrijke rol spelen bij het bespreekbaar maken van de angst voor recidieven, de betrokkenheid van tests en de stress die tests met zich meebrengen, evenals de doelen van controles.⁴

CONCLUSIE

Patiënten willen na de behandeling voor kanker zo intensief mogelijk gecontroleerd worden. Dat is wel begrijpelijk, maar niet altijd mogelijk of wenselijk. Want de zorg voor deze groep patiënten staat al onder druk vanwege de toename van het aantal overlevenden. Bovendien leveren controles en eventuele fout-positieve testuitslagen angst en spanning op. De huisarts kan mogelijk een rol bij de nazorg spelen. Communicatie met de specialist, scholing en ondersteuning zullen dan wel goed geregeld moeten worden. ■

LITERATUUR

- 1. Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding. Kanker in Nederland tot 2020. Trends en prognoses. Amsterdam: KWF Kankerbestrijding, 2011.
- 2. La Vecchia C, Bosetti C, Lucchini F, Bertuccio P, Negri E, Boyle P, et al. Cancer mortality in Europe, 2000-2004, and an overview of trends since 1975. Ann Oncol 2010;21:1323-60.
- 3. Harrington CB, Hansen JA, Moskowitz M, Todd BL, Feuerstein M. It's not over when it's over: long-term symptoms in cancer survivors – a systematic review. Int J Psychiatry Med 2010;40:163-81.

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

Brandenburg D, De Bock GH, Berendsen AJ. Nazorg en controle voor kanker. Huisarts Wet 2018;61(7):18-21. DOI: 10.1007/s12445-018-0186-0. Rijksuniversiteit Groningen/Universitair Medisch Centrum Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde: dr. D. Brandenburg, postdoctoraal onderzoeker, d.brandenburg@umcg.nl; dr. A.J. Berendsen, programmaleider Oncologie in de huisartsenpraktijk; afdeling Epidemiologie: prof.dr. G.H. de Bock, hoogleraar Oncologische epidemiologie Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit artikel is een bewerkte vertaling van Brandenburg D, Berendsen AJ, De Bock GH. Patients' expectations and preferences regarding cancer follow-up care. Maturitas 2017;105:58-63.

Beschouwing

De uitdagingen van stoppen met roken bij COPD-patiënten

Eva van Eerd

Voor rokers met COPD is er maar één behandeling die de versnelde achteruitgang van de longfunctie kan remmen: stoppen met roken. Hoewel er evidence-based stoppen-met-rokeninterventies beschikbaar zijn, roken er nog steeds veel mensen met COPD. Momenteel zijn er nog geen stoppen-met-rokenbehandelingen die zich richten op rokers met COPD, hoewel zij specifieke problemen ervaren en andere behoeften hebben rondom het stoppen met roken dan andere rokers. Ik heb me voor mijn proefschrift verdiept in de specifieke problemen en behoeften bij deze groep rokers en bij de behandelend artsen, en heb vervolgens gekeken hoe ik deze informatie kon toepassen op bestaande stop-met-rokenbehandelingen. Het uiteindelijke doel is de ontwikkeling van een stoppen-met-rokeninterventie specifiek voor rokers met COPD.

Uit een Cochrane-review over stoppen met roken bij COPD bleek dat er momenteel geen stoppen-met-rokenbehandelingen bestaan die specifiek op rokers met COPD zijn gericht.¹

Tijdens het uitvoeren van een Cochrane-review kwam ik erachter dat voor rokers met COPD, net als voor rokers zonder COPD, een combinatie van farmacotherapie en een gedragsmatige interventie het meest effectief is.¹ Desondanks roken er nog veel mensen met COPD en lijkt het aantal rokers onder

Rokers met COPD zijn zich nog minder dan andere rokers bewust van de gezondheidseffecten van roken

hen hoger te liggen dan onder mensen zonder COPD, zo blijkt uit een onderzoek in een Britse populatie.² Rokers met COPD lopen tegen specifieke problemen aan en hebben andere behoeften bij het stoppen met roken.³⁻⁶ Voor mijn proefschrift verdiepte ik me in een aantal van de behoeften en problemen van zowel COPD-patiënten als hun behandelend artsen.



Rokers accepteren stoppen-met-rokenadvies en zijn bereid hierover met hun arts te spreken, mits dit op een empathische manier gebeurt.

Foto: Hollandse Hoogte

DE KERN

- Voor rokers met COPD is stoppen met roken de enige behandeling die verergering van de ziekte remt.
- COPD-patiënten vinden het nóg lastiger dan andere rokers om met roken te stoppen omdat ze meer verslaafd en minder zelfredzaam zijn, en vaker depressieve klachten hebben.
- Artsen stellen ook dat de stoppen-met-rokenbegeleiding bij COPD-patiënten moeizamer verloopt, wat bij beide groepen tot frustraties leidt.
- Bij de stoppen-met-rokenbegeleiding van COPD-patiënten is het daarom belangrijk rekening te houden met de mate van verslaving, zelfredzaamheid en depressieve klachten. Daarnaast is het zinvol aandacht te besteden aan sociale interacties, gezondheidspercepties en morele agenda's omtrent roken en stoppen met roken.

FACTOREN DIE HET STOPPEN-MET-ROKEN BEÏNVLOEDEN

Op basis van vragenlijsten en interviews met COPD-patiënten is gekeken naar patiëntgerelateerde factoren die het stoppen-met-roken beïnvloeden. Een aantal punten viel op: rokers met COPD rapporteerden een hogere mate van depressie en nicotineverslaving, naast een lagere zelfredzaamheid ten aanzien van stoppen met roken.⁶ Rokers met COPD hadden minder vertrouwen in de effectiviteit van de hulpmiddelen bij het stoppen met roken.⁶ Daarnaast leken rokers met COPD zich nog minder dan andere rokers bewust van de gezondheidseffecten van roken.⁶ Tot slot gaven zij aan dat hun gedachten over het leven en de dood gerelateerd waren aan hun rookgedrag en benadrukten ze teleurgesteld te zijn over de manier waarop hun zorgprofessionals hen benaderden.⁵

Rokers met COPD rapporteerden een hogere mate van depressie en nicotineverslaving

Ook zijn gegevens geanalyseerd van focusgroepdiscussies gehouden met huisartsen en longartsen in zeven verschillende landen in Oost- en West-Europa en Azië. Er is gekeken welke factoren interfereerden met de uitvoering van stoppen-met-rokenbehandelingen door artsen.⁷ Daarbij werden drie thema's onderscheiden. Ten eerste bleek er frustratie te zijn bij artsen over rokende COPD-patiënten. Dit had invloed op de uitvoering van stoppen-met-rokenbehandelingen en kon ertoe leiden dat de begeleiding van rokers met COPD minder goed verliep.⁷ Ten tweede bleek dat er onder artsen beperkte kennis was en negatieve overtuigingen bestonden over stoppen-met-rokenbehandelingen.⁷ Dit bemoeilijkte de effectieve behandeling van rokers in het algemeen. Tot slot

viel op dat organisatorische factoren, zoals gebrek aan tijd, de manier beïnvloedden waarop artsen stoppen-met-rokenbehandelingen uitvoerden.⁷

SPECIFIEKE KNELPUNTEN

Uit het onderzoek blijkt dat er veel algemene aan roken gerelateerde problemen en behoeften zijn bij zowel COPD-patiënten als artsen. Er vielen echter ook enkele knelpunten op die zich vooral bij rokers met COPD voordeden. Ik stel daarom voor om bestaande stoppen-met-rokeninterventies ook voor COPD-patiënten in te zetten en daar COPD-specifieke elementen aan toe te voegen, zoals extra aandacht voor depressieve symptomen, de mate van nicotineverslaving en de zelfredzaamheid bij het stoppen met roken. Daarnaast is het belangrijk dat artsen in hun communicatie met rokers met COPD meer aandacht besteden aan sociale interacties, gezondheidspercepties en morele agenda's omtrent roken en stoppen met roken. Uit de resultaten blijkt ook dat onder artsen behoefte bestaat aan scholing over stoppen-met-rokenbehandelingen. Hierin zouden zowel het gebruik van hulpmiddelen bij het stoppen-met-roken, als communicatieve vaardigheden en het bespreken van ethische kwesties aan bod moeten komen.

BESCHOUWING

De resultaten van de onderzoeken in mijn proefschrift laten zien dat er bij patiënten met en zonder COPD enkele patiënt- en artsgerelateerde problemen en behoeften spelen die een effectieve stoppen-met-rokenbehandeling in de weg staan. Er zijn fysieke, psychologische en sociale factoren die het stoppen met roken beïnvloeden. Hier dienen artsen en praktijkondersteuners rekening mee te houden bij de begeleiding van patiënten die willen stoppen met roken.

Vanuit het patiëntenperspectief bezien, blijken rokers stoppen-met-rokenadvies te accepteren en bereid te zijn hierover met hun arts te spreken, mits dit op een empathische manier gebeurt. COPD-patiënten gaven aan dat ze het op prijs stellen wanneer de arts oprechte interesse toont, omdat ze het daardoor makkelijker vinden om eigen ideeën en ervaringen te delen. Het is belangrijk dat artsen en praktijkondersteuners hier rekening mee houden en vaker met hun patiënten over roken praten. Ze kunnen hun dan vertellen wat de nadelige gevolgen van roken zijn en welke mogelijkheden er zijn om ermee te stoppen. Het blijkt namelijk dat veel patiënten in Nederland, zowel rokers als niet-rokers, de gezondheidsrisico's van roken nog altijd onderschatten.⁸ Daarnaast valt op dat rokers ook weinig kennis hebben over middelen die kunnen helpen om met roken te stoppen. Ze maken vaker gebruik van alternatieven dan van evidence-based stoppen-met-rokenbehandelingen.⁸

Artsen blijken vooral over stoppen met roken te beginnen als een patiënt met aan roken gerelateerde symptomen op het spreekuur komt. Onder artsen bestaan ook misverstanden over het nut van dergelijke gesprekken, terwijl er voldoende bewijs is dat wat dokters zeggen een aanzienlijke invloed

heeft op het rookgedrag van hun patiënten. Een kort stoppen-met-rokenadvies zorgt er al voor dat een op de veertig rokers met roken stopt.⁹ Maar zoals eerder opgemerkt: 'C'est le ton qui fait la musique.'

CONCLUSIE

Zowel artsen als patiënten hebben COPD-specifieke problemen en behoeften met betrekking tot roken. Het is aan te raden om bij bestaande stoppen-met-rokeninterventies bij COPD-patiënten COPD-specifieke elementen toe te voegen. ■

LITERATUUR

1. Van Eerd EA, Van der Meer RM, Van Schayck OC, Kotz D. Smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2016(8):CD010744.
2. Shahab L, Jarvis MJ, Britton J, West R. Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample. Thorax 2006;61:1043-7.

3. Jimenez-Ruiz CA, Masa F, Miravittles M, Gabriel R, Viejo JL, Villasante C, et al. Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD. Chest 2001;119:1365-70.

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

Van Eerd E. De uitdagingen van stoppen met roken bij COPD-patiënten. Huisarts Wet 2018;61(7):23-5. DOI:10.1007/s12445-018-0187-z. Huisartsgeneeskunde of Family Medicine, Maastricht University, Maastricht: E. van Eerd, huisarts en onderzoeker, eva.vaneerd@maastricht-university.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift Van Eerd E. Challenges in smoking cessation for people with chronic obstructive pulmonary disease. Maastricht: Maastricht University, 2017.



Lid Raad van Advies van Huisarts en Wetenschap

H&W is het door huisartsen en aios meest gelezen en hoogst gewaardeerde communicatiemedium over wetenschap en de huisartsgeneeskundige praktijk, met een oplage van 15.000. Om de onafhankelijkheid en kwaliteit van H&W te borgen is er een Raad van Advies. Deze adviseert gevraagd en ongevraagd over het gevoerde en te voeren inhoudelijke beleid, ziet toe op het functioneren van de hoofdredacteur en redactie van H&W en kan het NHG-bestuur adviseren over belangrijke beleidsbesluiten van en ten aanzien van de redactie. Zij functioneert als klankbord voor de hoofdredacteur, bewaakt inhoudelijk de koers van het blad en treedt op bij conflicten tussen de redactie van H&W en het bestuur van het NHG. De Raad vergadert in principe tweemaal per jaar en bestaat uit zeven leden. De Raad is per direct op zoek naar een lid.

WE ZOEKEN IEMAND MET:

- Affiniteit met (wetenschappelijk) publiceren
- Enig inzicht in communicatie via wetenschappelijke tijdschriften
- Affiniteit met de toepassing van moderne media (internet)

- Goede contactuele eigenschappen
- Creativiteit
- Ruime ervaring als huisarts
- Bestuurlijke en/of universitaire ervaring (strekt tot aanbeveling).

Op de leden van Raad van Advies H&W is de regeling 'Vacatie- en bestuursvergoeding' van het NHG van toepassing.

PROCEDURE

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur, een door de Verenigingsraad aangewezen lid, een lid van de Raad van Advies en een lid namens de directie van het NHG. De zittingstermijn is twee maal drie jaar. Verdere informatie kunt u krijgen bij hoofdredacteur Ivo Smele (telefoon 030-2823561/0617068540 of per e-mail: i.smele@nhg.org). Sollicitatiebrieven voorzien van een Curriculum Vitae kunt u voor 15 augustus 2018 mailen naar: redactie@nhg.org of sturen aan: Redactie H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. ■

Sociale netwerken en cardiovasculair risicomanagement

Naomi Heijmans, Jan van Lieshout, Michel Wensing

- Inleiding

Ondanks allerlei initiatieven krijgen nog steeds niet alle patiënten zorg in het kader van cardiovasculair risicomanagement (CVRM), zoals aanbevolen in de richtlijn, of ze bereiken hun streefwaarden niet. Het is daarom de vraag hoe we CVRM verder kunnen verbeteren. Een beter begrip van de netwerken waarin zorgverleners samenwerken, kan hier mogelijk een rol in spelen.
- Methode

We voerden een exploratief onderzoek uit naar de relevantie van informatie-uitwisseling in sociale netwerken voor CVRM. Uit eerdere onderzoeken leidden we kenmerken van sociale netwerken af die mogelijk een relatie met CVRM hebben. In een grootschalig kwantitatief onderzoek hebben we de relatie van die kenmerken met drie CVRM-uitkomsten getest [het professioneel handelen van de praktijkondersteuner, de systolische bloeddruk en het LDL-cholesterolgehalte van patiënten]. In totaal hebben 180 zorgverleners uit 31 huisartsenpraktijken aan dit onderzoek deelgenomen. De hypothesen hebben we multivariaat getest met multilevel logistische regressieanalyses.
- Resultaten

Het bleek dat praktijken met een opinieleader een grotere kans hadden dat hun praktijkondersteuner adequaat presteerde dan praktijken waarin geen opinieleader aanwezig was. Praktijken waarin de positieve attitudes voor het behalen van streefwaarden weinig homogeen waren, hadden een kleinere kans op het behalen van de streefwaarden voor bloeddruk.
- Conclusie

Onze resultaten laten zien dat er een relatie bestaat tussen specifieke netwerkkenmerken en CVRM-uitkomsten. Toekomstige initiatieven ter verbetering van CVRM zouden van opinieleaders gebruik kunnen maken en zich kunnen richten op het versterken van een gedeelde visie op CVRM.

INLEIDING

Heeft de manier waarop medewerkers binnen praktijken samenwerken invloed op de kwaliteit van de geleverde zorg? Er zijn grote verschillen tussen praktijken in de behaalde streefwaarden voor bijvoorbeeld cardiovasculair risicomanagement (CVRM).^{1,2} Wij onderzochten of verschillen in sociale netwerken (kanalen voor het uitwisselen van informatie en het coördineren van activiteiten) samenhangen met de kwaliteit van de cardiovasculaire zorg.

Daarvoor hebben wij kenmerken van sociale netwerken in kaart gebracht. We hebben daarbij twee bredere dimensies van netwerkkenmerken onderscheiden: *netwerkstructuur* en *netwerkcultuur*. Het eerste heeft betrekking op de netwerkdichtheid, de frequentie van het contact en de zogenaamde centraliteit [**kader**]. De netwerkcultuur betreft de homogeniteit en de aanwezigheid van opinieleaders – denk hierbij aan gedeelde meningen en bestaande normen en waarden binnen het netwerk.

De netwerkkenmerken hebben wij gebruikt om een aantal hypothesen op te stellen. We verwachtten dat we betere uitkomsten

voor CVRM zouden vinden in huisartsenpraktijken met de volgende kenmerken:

1. een hoge dichtheid van het netwerk van zorgverleners;
2. een hoge frequentie van contact tussen zorgverleners;
3. een grote homogeniteit van attitudes jegens het behalen van klinische streefwaarden;
4. de aanwezigheid van CVRM-coördinatoren met een hoge centraliteit;
5. de aanwezigheid van een opinieleader voor CVRM.

METHODE

Om deze hypothesen te testen, hebben we een observationeel onderzoek gedaan bij in totaal 180 zorgverleners in 31 huisartsenpraktijken.¹¹ Deze zorgverleners namen ook deel aan een overkoepelend project gericht op de verbetering van CVRM.¹² In ons onderzoek hebben we de netwerken van zorgverleners binnen praktijken (bijvoorbeeld huisartsen, praktijkondersteuners, praktijkassistenten) in kaart gebracht met behulp van vragenlijsten. Deelnemers konden aangeven met welke collega's uit de praktijk zij communiceerden over 1) CVRM

- WAT IS BEKEND?

- Ondanks allerlei initiatieven blijft CVRM suboptimaal.
 - Het is onduidelijk hoe we hier verbetering in kunnen bereiken.
- WAT IS NIEUW?

- Sociale netwerken kunnen een nieuwe invalshoek bieden om CVRM te optimaliseren.
 - We vinden dat kenmerken van netwerkcultuur gerelateerd zijn aan CVRM-uitkomsten.
 - Deze resultaten kunnen gebruikt worden om CVRM te optimaliseren.

in het algemeen en het CVRM-beleid, en 2) CVRM voor specifieke patiënten. Deze gegevens hebben we gebruikt om de netwerkkenmerken te berekenen (de netwerkdichtheid, de frequentie van het contact, de centraliteit van CVRM-coördinatoren en de homogeniteit van attitudes). Attitudes hebben we gemeten met twee vijfpuntsschalen, waarbij we zorgverleners vroegen aan te geven hoe belangrijk zij het behalen van streefwaarden vonden bij patiënten met een beperkte levensverwachting (1: 'totaal onbelangrijk' tot 5: 'erg belangrijk'). Met twee open vragen hebben we in kaart gebracht of er een opinieleader in de praktijk aanwezig was en zijn we nagegaan of dit een persoon uit de specifieke huisartsenpraktijk was.

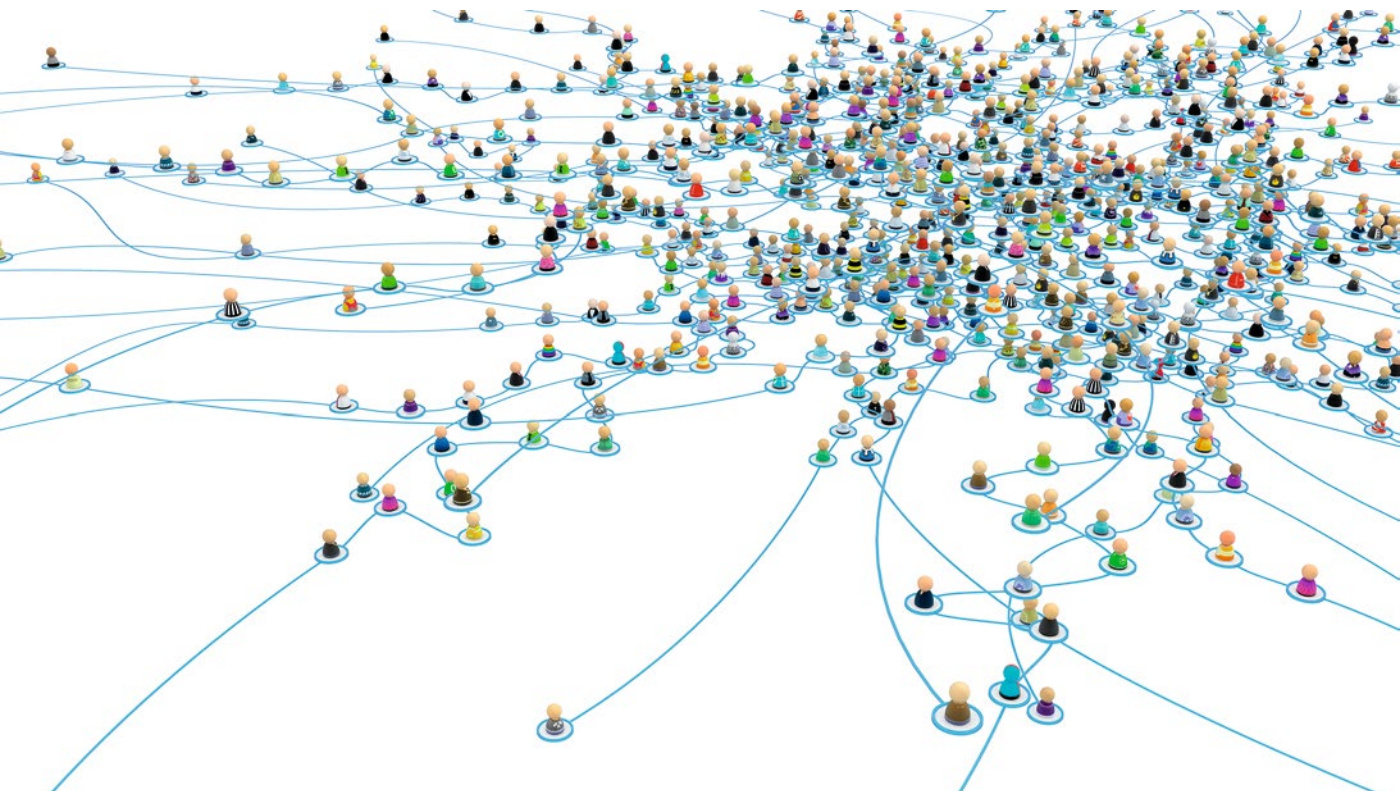
Voor het meten van de kwaliteit en uitkomsten van CVRM hebben we gebruikgemaakt van gegevens uit de medische dossiers van 1620 patiënten. Uitkomsten betroffen 1) het

professionele handelen van de praktijkondersteuner (wel/niet adequaat), 2) de systolische bloeddruk (SBD, goed/te hoog) en 3) het LDL-cholesterolgehalte (goed/te hoog) van patiënten. Het professionele handelen van praktijkondersteuners (conform de primaire uitkomstmaat van het overkoepelende project¹³) hebben we als adequaat gescoord als ten minste aan een van de volgende voorwaarden was voldaan: als in het medisch dossier opgenomen was dat de patiënt advies had gekregen over ten minste één levensstijlitem (dieet, roken of fysieke beweging) en als er onlangs een doel was opgesteld voor het verbeteren van een levensstijlaspect (maximaal vijftien maanden geleden). Indien de levensstijl geen verandering behoeft, hebben we dit ook genoteerd. Daarnaast was er een aantal voorwaarden voor het doorverwijzen van patiënten, rekening houdend met depressieve klachten. Deze voorwaarden kwamen voort uit het overkoepelende project.

Het behalen van streefwaarden werd meestal niet belangrijk gevonden

De achterliggende gedachte was dat het gemakkelijker voor patiënten zou zijn om aan hun levensstijl te werken wanneer zij in staat waren met hun depressieve klachten om te gaan. Te hoge bloeddruk was gedefinieerd als SBD > 140 mm Hg, te hoog LDL was gedefinieerd als > 2,5 mmol/l.

De hypothesen hebben we multivariaat getest met multilevel logistische regressieanalyses. De effecten van de netwerken-



Netwerkcultuur [‘wat leeft binnen een netwerk’] hangt samen met de uitkomsten van CVRM.

Foto: Shutterstock

Kenmerken van netwerken

Netwerkdichtheid: de proportie van alle mogelijke verbin-
dingen in een gegeven netwerk, die een aanwijzing voor de
cohesie vormen.³ In dichte netwerken beïnvloeden men-
sen elkaar sterker en vertonen zij vaker hetzelfde gedrag,
hetgeen de variatie in CVRM zou verminderen.
Contactfrequentie: volgens de speltheorie leidt frequente
interactie onder bepaalde voorwaarden tot vertrouwen en
onderlinge afstemming van handelen, in tegenstelling tot
laagfrequente interactie.
Homogeniteit: de mate waarin gelijksoortige individuen
met elkaar relaties aangaan. Mensen zijn geneigd om aan
te nemen dat mensen die op hen lijken, hen eerder zullen
accepteren, makkelijker te vertrouwen zijn en gelijke
overtuigingen zullen hebben. Een grote homogeniteit kan
het oppakken van nieuwe informatie beïnvloeden door een
wederzijdse bekrachtiging van attitudes en gedrag.⁴

Centraliteit van mensen in een netwerk: de mate waar-
in relaties via bepaalde personen lopen. De invloed van
personen met een hoge centraliteit kan groot zijn door-
dat zij door hun vele contacten veel invloed op de gang
van zaken hebben.⁵⁻⁷ In Nederland zou men verwachten
dat praktijkondersteuners of huisartsen met de rol van
CVRM-coördinator of casemanager personen met een
hoge centraliteit zijn doordat zij doelgericht een zeer cen-
trale rol in het gezondheidszorgnetwerk hebben gekregen.
Opinie leider: een persoon die invloed heeft op menin-
gen, attitudes, overtuigingen, motivaties en gedrag van
anderen.⁸ Deze rol is niet aan een specifieke positie of
beroepsgroep gebonden. In eerdere onderzoeken bleek
hun aanwezigheid samen te hangen met het versnellen
van het oppakken van klinische richtlijnen en het naleven
van richtlijnen.^{9,10}

merken hebben we gecontroleerd voor praktijk- en patiënt-
kenmerken. De praktijkkenmerken betroffen netwerkgrootte
en de onderzoeksgroep van het overkoepelende project
(controle of interventie). Patiëntkenmerken waren leeftijd,
geslacht en patiëntgroep (met hart- en vaatziekte of met een
hoog risico hierop).

RESULTATEN

Wij geven in dit artikel een korte samenvatting van onze be-
vindingen. Voor de data en interpretatie hiervan verwijzen wij
naar de oorspronkelijke publicatie.
De aanwezigheid van een opinie leider, in bijna alle gevallen
een medewerker van de praktijk, bleek positief samen te
hangen met het professionele handelen van praktijkonder-
steuners. Praktijken met een opinie leider hadden een grotere

**Verbeterplannen moeten zich richten
op een opinie leider binnen praktijken**

kans op adequaat presteren van hun praktijkondersteuner dan
praktijken waarin geen opinie leider aanwezig was.
Ook homogeniteit bleek gerelateerd aan CVRM. Over het al-
gemeen vonden wij dat er binnen homogene praktijken eerder
overeenstemming was over de stelling dat het behalen van
streefwaarden onbelangrijk was. Praktijken hadden een klei-
nere kans op het behalen van streefwaarden voor bloeddruk
als de homogeniteit qua positieve attitudes voor het behalen
van streefwaarden laag was.
We hebben geen effecten gevonden van netwerkdichtheid,
frequentie van contact en centraliteit op enige van de uitkom-
sten. Ook had geen van de onderzochte netwerkkenmerken
een effect op het cholesterolgehalte.

BESCHOUWING

Dit onderzoek laat zien dat de netwerkcultuur (‘wat leeft bin-
nen een netwerk’) samenhangt met de uitkomsten van CVRM.
Cultuur lijkt belangrijker dan de structuur (‘hoe het netwerk
opgebouwd is’). Mogelijk zorgen de relatief hoge dichtheid
en intensiviteit van de interactie in veel huisartsenpraktijken
ervoor dat kenmerken van de structuur van het netwerk
relatief weinig verklaringskracht hebben. Toch mogen we deze
kenmerken niet zomaar als onbelangrijk van tafel vegen.
Toen we dit onderzoek uitvoerden, waren de richtlijnen voor
CVRM al goed geïmplementeerd en daarnaast hebben we mo-
gelijke invloeden (bijvoorbeeld contacten uit de CVRM-zorg-
groep) van buiten de praktijk niet meegenomen. Daardoor
zou de structuur van netwerken wel degelijk van invloed
kunnen zijn op CVRM- en andere zorg. Toekomstige onder-
zoeken zullen dit duidelijk moeten maken.
Ons onderzoek levert een aantal concrete verbeter suggesties
voor CVRM op. Zo zouden toekomstige verbeterplannen
zich kunnen richten op een opinie leider binnen praktijken.
Deze kan nieuwe kennis verspreiden of anderen helpen om
zorgrichtlijnen adequaat te volgen. Om te voorkomen dat
de effecten van opinie leidergerichte interventies tegenvallen
is het wel belangrijk dat toekomstige onderzoeken zich ook,
en vooral, richten op het uitdiepen van specifieke rollen en
invloeden van opinie leiders. Eerdere onderzoeken naar het
inzetten van opinie leiders vonden namelijk – om onduidelijke
redenen – wisselende effecten.¹⁴
De resultaten met betrekking tot de homogeniteit van kli-
nische attitudes laten zien dat specifieke en gedeelde menin-
gen en overtuigingen belangrijk zijn. Dit strookt met de ge-
dachte dat CVRM een teaminspanning vereist. Meer specifiek
vonden we dat het behalen van streefwaarden in het algemeen
niet als belangrijk werd aangemerkt. Ook bleek dat praktijken
een kleinere kans hadden op het behalen van streefwaarden
wanneer de homogeniteit van positieve attitudes voor het

behalen van streefwaarden kleiner was. De implicaties van
deze bevinding zijn hierdoor tweeledig. Als eerste kan het
belangrijk zijn om van de negatieve houding een speerpunt
van interventies te maken. Als tweede zouden toekomstige
interventies effectiever kunnen zijn als zij zich richten op een
gedeelde positieve visie op CVRM. Voorbeelden van derge-
lijke interventies zijn het inzetten van opinie leiders of nog
meer gebruikmaken van interactieve werkvormen.

CONCLUSIE

Netwerkcultuur hangt samen met uitkomsten van CVRM.
Mogelijk kunnen met netwerkgebaseerde benaderingen ver-
beteringen in CVRM gerealiseerd worden. ■

LITERATUUR

1. Van Lieshout J, Wensing M, Campbell SM, Grol R. Primary
care strength linked to prevention programs for cardiovascular
disease. Am J Manag Care 2009;15:255-62.
2. Ludt S, Petek D, Laux G, Van Lieshout J, Campbell SM, Künzi
B, et al. Recording of risk-factors and lifestyle counselling in

- patients at high risk for cardiovascular diseases in European
primary care. Eur J Prev Cardiol 2012;19:258-66.
3. West E, Barron DN, Dowsett J, Newton JN. Hierarchies and
cliques in the social networks of health care professionals: impli-
cations for the design of dissemination strategies. Soc Sci Med
1999;48:633-46.

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

Heijmans N, Van Lieshout J, Wensing M. Sociale netwerken en car-
diovasculair risicomanagement. Huisarts Wet 2018;61[7]:26-9. DOI:
10.1007/s12445-018-0185-1.
Scientific center for quality of healthcare, Radboudumc, Nijmegen: N.
Heijmans, onderzoeker, naomi.heijmans@radboudumc.nl; J. van Lies-
hout, senior onderzoeker. Medische faculteit, Universiteit Heidelberg,
Heidelberg: M. Wensing, hoogleraar Gezondheidszorgonderzoek en
Implementatiewetenschap.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een bewerkte vertaling van Heijmans N, Van Lieshout J, Wensing
M. Information exchange networks of health care providers and
evidence-based cardiovascular risk management: an observational
study. Implement Sci 2017;12:7.

Intermezzo

Bezuinigen

Ferdinand Schreuder

Talloos zijn de kranten- en tijdschriftartikelen, de voor-
drachten en symposia over kostenbeheersing in de
gezondheidszorg. Er is, ondanks de vergrijzing, flink
bezuinigd: zo’n 120 euro per ingeschreven patiënt per jaar
gedurende de afgelopen vier jaar, waarvan de helft geen
echte bezuiniging was, maar verschuiving van de kosten
van collectief naar individueel. Gemiddeld heeft iedere
normpraktijk tien patiënten die hun baan in de zorg zijn
verloren in deze ronde. Inmiddels hebben we gemiddeld
250 patiënten in de praktijk zonder aanvullende verzeke-
ring, 37 zelfs zonder basisverzekering. Ik ben dan ook wel
gemotiveerd iets aan die kosten te doen.
Nou zijn veel van die kosten ‘ver van mijn bed’. Neem
bijvoorbeeld administratiekosten van het ziekenhuis: die
blijken verantwoordelijk voor 20% van alle kosten van de
tweede lijn! Dertig procent van de kosten van de ‘cure’ zou
niet of nauwelijks iets met medisch nut, maar vooral met
aanbod te maken hebben; dit zal zich toch wel vooral in
de tweede lijn afspelen. Daarnaast de almaar stijgende

medicijnkosten. Mijn rol in het bezuinigen hierop bestaat
vooral in minder ‘doen’ en minder voorschrijven. Er is im-
mers allerlei medisch handelen dat geen nut heeft: foto’s
van sinus of LWK aanvragen, antidepressiva voorschrijven
bij lichte depressie, naar fysiotherapeut verwijzen voor
tennisarm. Laboratoriumonderzoek kan vaak ook wel wat
zuiniger. Met een uitgespaarde verwijzing heb ik vaak
mijn eigen salaris die dag alweer terugverdiend voor de
verzekeraar.
Maar er zijn gebieden waarin ik meer kan doen: zinloze
richtlijnen en voorschriften negeren bijvoorbeeld. Iedereen
kent voorbeelden daarvan: voorschriften van de Werk-
groep Infectie Preventie aangaande gewrichtspuncties of
speculumonderzoek, het instellen van een bedrijfshulp-
verlener in een gezondheidscentrum, risico-inventarisatie
ten behoeve van de arbo op de praktijk, enzovoort, enzo-
voort. Die dingen kosten misschien niet veel geld, maar
wel tijd die ik kan besteden aan een goed gesprek met
mijn patiënt: dat bespaart soms heel veel geld. ■

Wat verwacht de maatschappij van een huisarts buiten diensttijd?

Pim van Montfort, Emmely van der Steen, Marcel Hukkelhoven, Arie de Jong, Roger Rennenberg, Walther van Mook

Dat u als huisarts een maatschappelijke voorbeeldfunctie heeft, is niets nieuws onder de zon. Dat u, ook wanneer u geen dienst hebt, een hulpplicht hebt, zal ook niemand verbazen. Maar in hoeverre mogen anderen u aanspreken op uw gedrag wanneer u niet aan het werk bent? In hoeverre kan het tuchtrecht worden ingeschakeld bij conflicten die u in uw vrije tijd hebt, bijvoorbeeld op uw sportclub?

Onlangs heeft het KNMG in zijn gedragsregels vastgelegd dat *alle* artsen bij directe of indirecte patiëntgebonden werkzaamheden nuchter dienen te zijn.¹ Verbaast het u dat dit pas dit jaar is vastgelegd? Misschien verbaast het u dan nog meer dat een huisarts in 2007 een waarschuwing heeft gekregen omdat hij onvoldoende gehoor gaf aan een noodsituatie omdat hij geen dienst had, moe was en alcohol had gedronken.² De grens tussen werk en privé, en de daarmee gepaard gaande verwachtingen en verplichtingen, is echt niet altijd even dui-

delijk. Bovendien zijn de ideeën daarover aan verandering onderhevig. Dit blijkt ook uit de gevallen van de gepensioneerde hoogleraar die zelfs zonder arts-patiëntrelatie het beroepsgeheim wist te schenden, de arts die in de trein telefonisch een patiëntoverdracht deed en twee coassistenten die, eveneens in de trein, hun mening gaven over de gang van zaken in een huisartsenpraktijk.³⁻⁵

Wellicht praat u tijdens een etentje met uw collega ook wel eens over uw werk en dus ook over de patiënten die u verbazen, irriteren of moedeloos maken. Wanneer u onderling ervaringen deelt, kunt u deze beter relativeren en er makkelijker afstand van nemen. Hierdoor kunt u uiteindelijk meer begrip opbrengen voor uw patiënten. Als professional bent u gewend om u aan uw beroepsgeheim te houden en daarom zorgt u er dan ook voor dat alles wat u zegt niet te herleiden is tot specifieke personen. En toch kan de persoon die in het restaurant achter u zat besluiten een klacht in te dienen, omdat hij vindt



Hoe draagt u uw voorbeeldfunctie als arts uit?

Foto: iStock

dat u zich onprofessioneel hebt gedragen en tot verantwoording moet worden geroepen. Een deel van de klachten die mensen bij tuchtcolleges deponderen heeft dan ook te maken met onprofessioneel gedrag. Hetzelfde geldt voor de meerderheid van de klachten die bij klachtencommissies in universitaire medische centra worden ingediend.⁶ Er bestaat om die reden steeds meer belangstelling voor professionaliteit, professioneel gedrag en professionele identiteitsontwikkeling.^{7,8} Bij al deze concepten, die we verder in dit artikel eenvoudigweg aanduiden als 'professioneel gedrag', is sprake van verandering van inzicht en evolutie, onder andere veroorzaakt door eisen van de medische beroepsverenigingen en patiënten(organisaties), en de noodzaak tot (re)certificering, kwaliteitsverbetering en bewaking van patiëntveiligheid.^{9,10} Hieronder zullen we de verplichtingen en verwachtingen rond professioneel gedrag *buiten* de werkvloer kort bespreken. Daarbij leggen we de nadruk op aspecten die specifiek voor huisartsen van belang zijn.

JURIDISCHE KADERS VOOR ARTSEN

Wet BIG, WGBO, het tuchtrecht en Wkkgz

De juridische kaders van het handelen van artsen zijn vastgelegd in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Het uitgangspunt is telkens dat werknemers in de zorg handelen conform de geldende professionele standaarden. Deze wetten vormen de kaders voor artsen, óók voor professioneel gedrag, maar doen geen expliciete uitspraak over (de inhoud van) professioneel gedrag, dan wel de gestelde voorbeeldfunctie.

De huidige Wet BIG noemt in artikel 47 lid 1 sub a en b twee tuchtnormen. De eerste, genoemd onder a, heeft betrekking op de directe zorgverlening, de arts-patiëntrelatie. Onder de tweede algemeen geformuleerde tuchtnorm, genoemd onder b, vallen handelingen die niet onder de eerste tuchtnorm kunnen worden gebracht, maar wel in strijd zijn met het algemeen belang van een goede uitoefening van de gezondheidszorg. Aangezien deze laatste wettelijke norm veel openlaat, is het vooral aan de tuchtrechter om hieraan invulling te geven.

Tot op heden is de jurisprudentie over het professionele handelen van een arts in zijn vrije tijd beperkt. Uitspraken in dit verband gaan over zaken waarbij het evident is dat de positie van de arts ter discussie staat. Bijvoorbeeld een arts die verantwoordelijk is voor een moordpoging of werd betrap op het bezit van kinderporno.^{11,12} Na een analyse van de relevante jurisprudentie concluderen Caressa Bol en Jos Dute dat de huidige lijn in de jurisprudentie is 'dat handelingen die niet in de hoedanigheid van BIG-geregistreerde zijn verricht maar in de privésfeer, tuchtrechtelijk toch kunnen worden getoetst als zij niet los kunnen worden gezien van de hoedanigheid van geregistreerde. Daarvan kan sprake zijn wanneer het vertrouwen van de samenleving in het betreffende beroep wezenlijk is aangetast'.¹³

DE KERN

- Een arts heeft een expliciete maatschappelijke voorbeeldfunctie en is voor de maatschappij altijd arts, ook buiten diensttijd.
- Deze voorbeeldfunctie komt door de [sociale] media steeds vaker ter sprake en privégedrag blijft steeds minder vaak privé.
- De huidige richtlijnen geven geen duidelijkheid over professioneel gedrag in de privésfeer.
- Huisartsen moeten zich bewust worden dat ze als arts een voorbeeldfunctie hebben, ook buiten werktijd.

In 2016 is een wetsvoorstel ingediend om de Wet BIG op bepaalde onderdelen te moderniseren (Tweede Kamer, vergaderjaar 2016-2017, 34629). Dat wetsvoorstel beoogt onder andere de tweede tuchtnorm in de Wet BIG te verduidelijken met de zinsnede 'in strijd met wat een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt'. Hiermee zoekt de wetgever aansluiting bij de formulering van de tuchtnorm in de Wet op het notarisambt en de Advocatenwet. Met de voorziene wijziging van de tweede tuchtnorm in de Wet BIG wil de wetgever uitdrukkelijk regelen dat óók gedragingen die een BIG-geregistreerde, *niet* verricht in de hoedanigheid van BIG-geregistreerde, in strijd kunnen zijn met de tweede tuchtnorm.¹³ Kortom, de tuchtnorm strekt zich uit tot buiten uw werkzaamheden als huisarts, ongeacht of deze zijn verricht in reguliere werktijd of tijdens een dienst.

De Wkkgz zegt indirect wel iets over handelen in tegenspraak met de professionele standaard en met veronachtzaming van de rechten van de patiënt, maar gaat niet concreet in op gedrag dat een zorgverlener in de privésfeer vertoont. In hoeverre staat handelen volgens de professionele standaard gelijk aan professioneel gedrag buiten de reguliere werkzaamheden?

Normenkader uit de beroepsgroep

Met de Nederlandse artseneed zweren of beloven artsen bij het afsluiten van hun opleiding onder andere 'de verantwoordelijkheid voor de samenleving te kennen' en 'het beroep van arts in ere te houden'.¹⁴ De eed is een manier om de morele waarden van de medische beroepsgroep onder de aandacht te brengen en sluit daarmee aan op de verwachtingen die de maatschappij van de geneeskunde en artsen heeft. Het afleggen van de eed is geen wettelijke verplichting, en wanneer men beslist deze niet af te leggen heeft dat geen consequenties voor de inschrijving in het BIG-register of de uitoefening van de geneeskunde.¹⁴

De genoemde wettelijke normen en de aspecten van de Nederlandse artseneed vinden een nadere uitwerking en concretisering in het door de beroepsgroep opgesteld normenkader. Dit gebeurt in de vorm van richtlijnen, standaarden en protocollen. Deze fungeren als beoordelingsmaatstaf voor het professionele handelen en hebben daarom een juridische betekenis. Het modelprotocol Vermeend disfunctioneren huisarts van

de Landelijke Huisartsenvereniging beschrijft hoe de beroepsgroep moet omgaan met disfunctioneren. Hoewel dit protocol professioneel gedrag noemt, doet het geen expliciete uitspraken over de kaders daarvan.

De KNMG-richtlijn Gedragsregels voor artsen uit 2013 gaat in op onderwerpen als ‘de arts in relatie tot publiciteit’ en ‘de arts in relatie tot zijn collegae’, maar doet ook geen expliciete uitspraken over gedrag buiten werktijden. De richtlijn stelt wel dat ‘de arts te allen tijde in noodsituaties en bij calamiteiten en voor zover mogelijk, eerste hulp moet verlenen’, dus wellicht ook in de vrije tijd en niet alleen in Nederland. Zo heeft het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg een internist een waarschuwing opgelegd omdat deze tijdens diens vakantie niet naar de pols van een vrouw in het reisgezelschap had gekeken. Bij gebrek aan expertise en ontbreken van een medische urgentie had de internist daarvan afgezien. Later heeft het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg de arts vrijgesproken. Wanneer er sprake was geweest van een grotere medische urgentie, zou het oordeel wellicht anders zijn geweest. Met deze uitspraak heeft het Centraal Tuchtcollege ‘een ondergrens gelegd van wat van een Nederlandse arts in het buitenland mag worden verwacht, op vakantie of niet’.¹⁵ Bedenk dat het hier specifiek om medisch (be)handelen gaat en niet om de meer generieke competenties.

Het KNMG-manifest uit 2007 definieert professionaliteit als volgt: ‘Het geheel van waarden, gedragingen en verhoudingen met de samenleving dat het vertrouwen van mensen in artsen ondersteunt en rechtvaardigt’.¹⁶ Medische professionaliteit heeft dus ook als doel het vertrouwen in de arts te behouden en te vergroten. Artsen moeten voorkomen dat hun privé-gedrag dit vertrouwen schaadt. Dit roept de vraag op wanneer we vinden dat het vertrouwen van een arts wordt aangetast.

Duidelijke voorbeelden zijn openbare dronkenschap of drugsgebruik. Maar moeten we qua leefstijl ook op andere vlakken, bijvoorbeeld op het gebied van voeding en gewicht, altijd het goede voorbeeld geven?

De gedragscodes van zorginstellingen en ziekenhuizen kunnen wellicht een aanwijzing geven. Aan deze codes liggen veelal ethische vragen ten grondslag als: ‘Hoe zou ik willen dat mijn eigen naasten behandeld worden?’ en ‘Zou ik willen dat mijn handelen publiekelijk bekend wordt?’ De huidige gedragscodes laten het onderwerp professionaliteit in de vrije tijd echter grotendeels onbesproken.^{17,18}

INVULLING VAN DE VOORBEELDFUNCTIE

We kunnen dus stellen dat artsen ook in hun vrije tijd een maatschappelijke voorbeeldfunctie hebben. Daarom is het logisch dat bepaald gedrag een arts zwaarder wordt aangerekend, bijvoorbeeld namen van ziekten gebruiken bij het schelden of grappen maken over een patiënt. Dergelijk gedrag is vergelijkbaar met dat van een jurist die de wet overtreedt of een militair die in een bar op de vuist gaat. De betekenis en wijze van invulling van deze voorbeeldfunctie komen dus tot stand vanuit een wisselwerking tussen maatschappij en beroepsgroep. Hoewel er tussen individuen

verschillen van mening bestaan over de scheiding tussen werk en privé, en over professioneel en onprofessioneel gedrag, bepaalt de maatschappij, en niet de beroepsorganisatie, de uiteindelijke kaders. Nog belangrijker dan het tot in detail beschrijven van de voorbeeldfunctie is de bewustwording van deze voorbeeldfunctie bij de beroepsgroep, zodat elke arts daar gericht invulling aan kan geven. Artsen moeten dan ook bewust worden gemaakt van hun voorbeeldfunctie. Om deze bewustwording te vergroten zijn eenvoudige interventies vaak voldoende.¹⁹

WELK ROLMODEL WILT U ZIJN?

Tot op heden ontbreken duidelijke richtlijnen over professioneel gedrag van artsen in hun vrije tijd, hoewel er binnen het tuchtrecht wel handvatten te vinden zijn. Hoe ver deze voorbeeldfunctie reikt en hoe deze moet worden vormgegeven zijn vragen die uiteindelijk de maatschappij moet beantwoorden. De maatschappij bepaalt mede wat acceptabel is en wanneer er grenzen worden overschreden. Het is onmogelijk om een voorbeeldfunctie in alle situaties zo in te vullen dat iedereen zich er altijd in kan vinden. Het is wel wenselijk dat de beroepsgroep, vooruitlopend op het maatschappelijk debat, zelf de grenzen van het acceptabele probeert te exploreren. Hoewel het normenkader weinig richting geeft en de beschikbare jurisprudentie beperkt is, kan het vergroten van het bewustzijn al een verbetering geven van het professionele gedrag buiten werktijd. De belangrijkste vragen zijn: welk voorbeeld zou u zelf willen geven? Hoe wilt u dat uw collega's zich gedragen? Spreekt u hen op hun gedrag aan en doen zij dat ook bij u als dat nodig is? Wanneer artsen bewust bij deze vragen stilstaan, zijn we al halverwege. ■

LITERATUUR

1. De Rond M. Gedragsregel Nul is de norm formeel vastgelegd. Utrecht: KNMG, 2018.
2. Crul BVM, Van Meersbergen DYA. Geen dienst, wel hulpplicht. Med Contact 2007;62:1560-2.
3. Dute J CJ. Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 18 juni 2013. Tijdschr Gezondheidsrecht 2013;37:594.

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

Van Montfort P, Van der Steen E, Hukkelhoven M, De Jong A, Renzenberg A, Van Mook W. Wat verwacht de maatschappij van een arts buiten diensttijd? Huisarts Wet 2018;61(7):30-2. DOI: 10.1007/s12445-018-0184-2. Maastricht University, Faculty of Health Medicine and Life Sciences (FHML): P. van Montfort, arts-onderzoeker, pim.vanmontfort@maastrichtuniversity.nl; E. van der Steen, aios ziekenhuisgeneeskunde; mr. M. Hukkelhoven, adviseur juridische zaken en strategie en beleid van het onderwijs; mr. A. de Jong, huisarts; dr. R. Renzenberg, internist en mastercoördinator opleidingsdomein geneeskunde; prof. dr. W. van Mook, directeur Academie Medische Vervolgopleidingen. Maastricht Universitair Medisch Centrum+: prof. dr. W. van Mook, internist-intensivist. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

BOEIENDE CASUS? STUUR 'M IN!

Komt u weleens een casus tegen waarvan u denkt: het zou wel aardig zijn om deze ervaring te delen met collega's? Waar een leerpunt in zat of een eyeopener? Schrijf de casus dan op en stuur het stuk naar Huisarts en Wetenschap via redactie@nhg.org.

Uitgangspunt is een klacht van een patiënt die u beschrijft.

Vervolgens beschrijft u wat er gedaan is aan onderzoek en hoe de casus afliep. Daarna volgt het leerpunt of de eyeopener.

Wat ging goed? Wat kan beter of anders? Het kan om een zeldzame, maar zeker ook om een veelvoorkomende presentatie of aandoening gaan.

Kijk voor verdere auteursinstructies op:

www.henw.org/casuistiek. En vergeet niet uw camera bij de

hand te houden voor foto's die de casus kunnen illustreren.

Denk daarnaast ook aan het gebruik van tabellen of figuren.

H&W

Huisarts en Wetenschap



Ivo Smeele,
hoofredacteur H&W

Wij zien uw bijdrage graag tegemoet!

Gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap

Liselotte Oppel, Irene van Vliet, Mattijs Numans



De adviezen van huisartsen aan SSRI-gebruiksters zijn niet altijd eenduidig.

Foto: iStock

Er leven veel vragen over het al dan niet gebruiken van selectieve serotonineheropnameremmers tijdens de zwangerschap. Op de POP-poli's (Psychiatrie, Obstetrie, Pediatrie) blijkt dat de adviezen die huisartsen geven niet altijd overeenstemmen met de multidisciplinaire richtlijn hierover. Oppel et al. gingen na hoe huisartsen omgaan met de beschikbare informatie over SSRI's en zwangerschap.

In Nederland gebruikt 2 tot 3% van de vrouwen gedurende de zwangerschap een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI).¹⁻³ De combinatie van psychiatrische stoornis, zwangerschap en medicatiegebruik vraagt om een multidisciplinaire, specialistische benadering. Ook huisartsen worden regelmatig met de vraag geconfronteerd of patiënten wel veilig een SSRI kunnen gebruiken bij kinderwens of gedurende de zwangerschap. Deze vragen zijn in veel regio's aanleiding geweest voor de oprichting van POP-poli's, samenwerkingsverbanden tussen de afdelingen Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie. In de Leidse POP-poli bleek dat de adviezen van huisartsen aan SSRI-gebruiksters die een kinderwens hadden of zwanger waren niet altijd eenduidig waren, en soms zelfs tegenstrijdig met de Multidisciplinaire richtlijn SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie.² Zo bleek met enige regelmaat dat vrouwen

voor of tijdens de zwangerschap acuut stopten met SSRI's, iets wat over het algemeen niet wordt aanbevolen vanwege een hoog risico op verslechtering van de psychiatrische aandoening.³ Daarom hebben de onderzoekers in 2017 de beschikbare informatie geïnventariseerd en met een vragenlijstonderzoek in kaart gebracht hoe huisartsen die informatie gebruiken.

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN VERSUS NHG-STANDAARDEN Effect ziekte op zwangerschap en kraamperiode

De multidisciplinaire richtlijn benoemt de risico's van psychiatrische ziekte bij zwangerschap, te weten verhoogde kans op vroeggeboorte en laag geboortegewicht, en adviseert de kans op terugval sterk mee te laten wegen als men een stopadvies overweegt aan vrouwen die een SSRI gebruiken. Tijdens de kraamperiode moet de vrouw het SSRI-gebruik zeker voortzetten, want dan is het risico op recidief van een depressie of angststoornis sterk verhoogd. Bij complexere afwegingen adviseert de richtlijn de vrouw te verwijzen naar een psychiater, bij voorkeur voorafgaand aan de zwangerschap.² De NHG-Standaard Preconceptiezorg beschrijft dat onbehandelde depressies een negatieve invloed kunnen hebben op de zwangerschap en adviseert verwijzing bij (doorgemaakte) complexe psychiatrie.⁴

Effecten SSRI op zwangerschap/kraamperiode

De multidisciplinaire richtlijn beschrijft de risico's van SSRI-gebruik tijdens de zwangerschap. Bij de pasgeborene kan het leiden tot cardiale septumdefecten, persisterende pulmonale hypertensie (PPHN) en neurologische, respiratoire, autonome en gastro-intestinale symptomen ten gevolge van ontwenning of toxiciteit. Daarom luidt het advies om in het ziekenhuis te bevallen en postpartum de neonaat gedurende twaalf uur te observeren. De richtlijn stelt daarbij echter dat het risico op zwangerschaps- en baringscomplicaties geen reden kan zijn om SSRI-gebruik te ontraden of te staken. Voor paroxetine adviseert de richtlijn de dosis te maximaliseren op 20 mg per dag, preconceptieel en in het eerste trimester.² De NHG-Standaard Preconceptiezorg adviseert samen met de patiënte af te wegen of het wenselijk is de medicatie te continueren, aan te passen of te stoppen, en raadt aan advies te vragen aan een psychiater bij (doorgemaakte) complexe psychiatrie.⁴ De NHG-Standaard Depressie adviseert vrouwen die zwanger zijn of willen worden te verwijzen naar een psychiater of tweedelijns ggz-instelling om de plaats van antidepressiva te beoordelen.⁵ De NHG-Standaard Angst geeft een gelijklopend advies.⁶

Vragenlijstonderzoek

De ervaring in de Leidse POP-poli was aanleiding te inventariseren wat huisartsen weten van de richtlijnen op dit gebied. Via de huisartsennetwerken rond de universitaire medische centra van Leiden, Utrecht, Rotterdam en Amsterdam vroegen de onderzoekers huisartsen een online vragenlijst in te vullen; 166 van hen gaven gehoor aan die oproep. Zij vroegen de respondenten naar informatie over henzelf en over de geschatte prevalentie van psychiatrische problematiek en zwangerschap in hun praktijk. Daarnaast vroegen zij hun oordeel over de multidisciplinaire richtlijn en suggesties om de richtlijn voor huisartsen aantrekkelijker en bruikbaar te maken. De meeste respondenten gaven aan dat ze per jaar wel enkele patiënten zagen die psychofarmaca gebruiken en daarbij zwanger waren of een actieve kinderwens hadden. Bijna driekwart kende de multidisciplinaire richtlijn echter niet, en van de groep die aangaf de richtlijn wél te kennen had slechts iets meer dan de helft deze ook daadwerkelijk geraadpleegd. Uit het onderzoek kwam ook naar voren dat huisartsen de informatie uit de richtlijn niet optimaal hanteerbaar en toepasbaar vinden. Onze respondenten beoordeelden de inhoud van de richtlijn overwegend positief, maar hadden behoefte aan een snellere en toegankelijker informatiebron. Een van de verbeter-suggesties was wetenschappelijke informatie uit de richtlijn beter in te bedden in bestaande NHG-Standaarden. Andere, praktische suggesties waren het toevoegen van een zoekfunctie in de richtlijn, het ontwikkelen van een beknopte samenvatting met aanbevelingen voor huisartsen en een link naar de richtlijn op websites zoals Thuisarts, HAweb en de NHG-Standaarden. Twee voorname redenen voor onze respondenten om de richtlijn niet of niet nogmaals te gebruiken, waren tijdgebrek en

DE KERN

- In Nederland gebruikt 2 tot 3% van de vrouwen gedurende de zwangerschap een SSRI.
- Acute stoppen met een SSRI wordt over het algemeen niet aanbevolen.
- Huisartsen zijn onvoldoende op de hoogte van de Multidisciplinaire richtlijn SSRI-gebruik tijdens zwangerschap en lactatie.

een voorkeur voor behandelrichtlijnen die speciaal ontwikkeld zijn voor huisartsen.

AANBEVELINGEN

De onderzoekers hopen dat de inzichten uit hun onderzoek ertoe zullen leiden dat de multidisciplinaire richtlijn in de toekomst beter aansluit bij de praktijk. Zij hopen ook dat de dagelijkse implementatie in de eerste lijn zal worden bevorderd, bijvoorbeeld door de adviezen uit de richtlijn beter te laten aansluiten bij de NHG-Standaarden. In dit kader willen zij graag ook de NVOG-voorlichtingsbrochure Gebruik van SSRI-medicatie voor en tijdens de zwangerschap en in het kraambed onder de aandacht brengen.⁷ Deze brochure bevat beknopte, heldere informatie voor huisarts en patiënt, en is eenvoudig te downloaden. Zie ook de gerelateerde informatie bij dit artikel op www.henw.org. Meer bekendheid en betere naleving van de richtlijn zouden moeten resulteren in adequater beleid: consequentere beleidsvoering, minder variatie in handelen tussen zorgverleners, minder nadelige gevolgen en meer duidelijkheid voor de (aanstaande) zwangere en haar partner. Goede samenwerking en afstemming van de verwijzindicaties tussen de eerste lijn en de POP-poli's zal de zorg rondom deze complexe en kwetsbare patiëntengroep ten goede komen. ■

LITERATUUR

1. Bakker MK, Kölling P, Van den Berg PB, De Walle HE, De Jong Van den Berg LT. Increase in use of selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy during the last decade, a population-based cohort study from the Netherlands. *Br J Clin Pharmacol* 2008;65:600-6.
2. Duvekot JJ, Schneider AJ, Van Kamp IL, Lambregtse-Van den Berg MP, Van Vliet IM, Van der Veere CN, et al. Multidisciplinaire richtlijn SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie. Utrecht: NVOG/NVK/NVvP, 2012.
3. Ververs FF. Antidepressants during pregnancy, risks for mother and child [proefschrift]. Utrecht: Utrecht University, 2009.

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

Oppel LE, Van Vliet IM, Numans ME. Gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap. *Huisarts Wet* 2018;61(7):34-5. DOI: 10.1007/s12445-018-0195-z.
LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Leiden: L.E. Oppel, huisarts-in-opleiding, liselotteoppel@gmail.com; prof. dr. M.E. Numans, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. LUMC, afdeling Psychiatrie, Leiden: dr. I.M. van Vliet, psychiater.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Spurlingtest helpt bij diagnostiseren cervicale radiculopathie

Erik Thoomes, Cees Vos, Arianne Verhagen

- Inleiding

Huisartsen en fysiotherapeuten baseren de diagnose cervicale radiculopathie op informatie afkomstig van de anamnese en het lichamelijk onderzoek, eventueel aangevuld met beeldvormend onderzoek. Met dit onderzoek willen wij inzicht geven in het wetenschappelijk bewijs voor de validiteit van het lichamelijk onderzoek ten behoeve van de diagnose cervicale radiculopathie.
- Methode

De literatuur tot maart 2016 is doorzocht op onderzoeken die gegevens bevatten over de validiteit van lichamelijk onderzoek bij patiënten met een verdenking op een cervicale radiculopathie. Als referentiestandaard gebruikten we beeldvormend onderzoek en/of chirurgische bevindingen. De methodologische kwaliteit van de geïncludeerde onderzoeken is bepaald met de QUADAS-2.
- Resultaten

We vonden vijf onderzoeken die vijf verschillende tests evalueerden. Alleen de Spurlingtest werd in meer dan één onderzoek geëvalueerd, waarbij de specificiteit varieerde van 0,89 tot 1,00 [95%-BI 0,59 tot 1,00] en met een sensitiviteit variërend van 0,38 tot 0,97 [95%-BI 0,21 tot 0,99]. We vonden geen onderzoeken met gegevens over de validiteit van veelgebruikte neurologische tests als reflex-, sensibliteits- en spierkrachtonderzoek.
- Conclusies

Bij een consistente anamnese kunnen we met een positieve Spurlingtest toegevoegd aan het lichamelijk onderzoek de waarschijnlijkheid van de diagnose verhogen [beperkt bewijs]. Negatieve neurodynamische tests, zoals de Upper Limb Neural Test ULNT I, IIa en III, kunnen de diagnose helpen uitsluiten [beperkt bewijs].

INLEIDING

De termen ‘cervicale radiculopathie’ of ‘cervicaal radiculair syndroom’ (CRS) gebruiken we om uitstralende pijn in de arm te beschrijven, waarbij sprake is van motorische, sensorische en/of reflexveranderingen en die wordt geprovoceerd door bewegingen en/of houdingen van de nek.^{1,2} Er zijn weinig epidemiologische gegevens bekend, maar men schat de incidentie op 83,2 per 100.000 personen (107,3 voor mannen en 63,5 voor vrouwen), met een piekincidentie in de vijfde en zesde decade.³ De meest aangedane niveaus zijn C6 (66%) en C7 (62%).⁴ Vaak is de oorzaak een compressie van de neurologische structuren in de nek (stenose, discus hernia of degeneratie).^{3,5} Er bestaat nog geen NHG-Standaard voor nekklachten; ze worden wel zijdelings genoemd in de NHG-Standaard Schouderklachten.⁶ Het cervicaal radiculair syndroom valt, als specifieke pathologie, buiten de multidisciplinaire richtlijn KANS (Klachten van de Arm, Nek en/of Schouder).⁷ De diagnose stelt men op basis van informatie uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek, soms aangevuld met beeldvormend onderzoek.⁸ Het is belangrijk om

onderscheid te maken tussen radiculaire klachten ten gevolge van een zenuwwortelbeknelling en uitstralende somatische gerefereerde pijn, omdat het beleid en de prognose verschillen.⁹⁻¹¹ Valide lichamelijk onderzoek kan helpen bij het maken van dit onderscheid.¹⁰ Met ons onderzoek willen wij een overzicht geven van het wetenschappelijk bewijs voor de validiteit van het lichamelijk onderzoek ten behoeve van de diagnose cervicale radiculopathie. Daarom hebben we een update uitgevoerd van een systematische review uit 2007 naar de diagnostische accuratesse (validiteit) van lichamelijk onderzoek in het kader van de diagnostisering van een CRS.¹² Onlangs heeft men nieuwe tests en combinaties van tests beschreven en is een veel gebruikte test (Spurlingtest) verder onderzocht.¹³⁻¹⁵

METHODE

Onderzoeksontwerp

We hebben een diagnostische systematische review uitgevoerd volgens de richtlijnen van de Cochrane Collaboration.¹⁶

Onderzoekselectie

We hebben onderzoeken tot maart 2016 verzameld met behulp van een zoekstrategie die voldeed aan de richtlijnen van de Cochrane Diagnostic Test Accuracy Group. Selectiecriteria waren (P) patiënten ouder dan achttien jaar, die mogelijk een CRS zouden kunnen hebben; (I) lichamelijk onderzoek om een CRS aan te tonen of uit te sluiten; (C) een vergelijking met beeldvormende diagnostiek (MRI of CT-myeelografie) en/of operatieve bevindingen. Twee auteurs screeenden onafhankelijk van elkaar titels en abstracts, en beoordeelden de volledige tekst van mogelijk relevante artikelen op definitieve inclusie.

Methodologische kwaliteit

Twee auteurs hebben onafhankelijk van elkaar de methodologische kwaliteit van de geïncludeerde onderzoeken beoordeeld, waarvoor ze de Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies (QUADAS-2) gebruikten.¹⁷

Analyse

Twee auteurs extraheerden onafhankelijk van elkaar de gegevens uit de onderzoeken. Van elke indextest hebben ze 2 x 2-tabellen gemaakt, gebaseerd op aantallen terecht-positieven,¹⁸ fout-positieven (FP), terecht-negatieven (TN) en fout-negatieven (FN). Op basis daarvan hebben we de sensitiviteit (Se), specificiteit (Sp), likelihood ratio's (LR+/- (met hun 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI)) en prevalenties berekend. De analyses hebben we uitgevoerd in RevMan 5.3'. Wanneer onderzoeken klinisch voldoende homogeen (I² < 40%) waren, hebben we de resultaten in een boomgrafiek gepresenteerd.

RESULTATEN

Geïncludeerde onderzoeken

Van de 2850 gevonden onderzoeken konden we er na het lezen van 87 volledige manuscripten uiteindelijk vijf includeren.^{13-15,19,20} Twee onderzoeken gebruikten een combinatie van anamnese, lichamelijk onderzoek en beeldvormend onder-



Figuur 1 De Spurlingtest, hier voor het aantonen van een cervicaal radiculair syndroom links: lateroflexie links met axiale compressie.

WAT IS BEKEND?

- Er is weinig bekend over de diagnostische accuratesse of validiteit van provocatietests bij een cervicaal radiculair syndroom.
- Beeldvormende diagnostiek (MRI of CT-myeelografie) is niet betrouwbaar door de vele fout-positieve uitslagen bij asymptomatische mensen.
- Algemeen neurologisch onderzoek is niet specifiek genoeg om een cervicaal radiculair syndroom vast te stellen.

WAT IS NIEUW?

- Dankzij de hoge specificiteit is de Spurlingtest geschikt om het cervicaal radiculair syndroom aan te tonen.
- De hoge sensitiviteit van de Upper Limb Neural Tests maakt deze bruikbaar als test die het cervicaal radiculair syndroom kan uitsluiten. De specificiteit is hoger wanneer men een combinatie van vier Upper Limb Neural Tests toepast, als er een duidelijke definitie is van een positieve testuitslag.
- De Arm Squeeze Test is een nieuw beschreven test, die in het eerste onderzoek hoge specificiteit en sensitiviteit laat zien.
- We hebben geen onderzoeken gevonden die de validiteit van veel gebruikte neurologische tests (reflexen, kracht en sensibiliteit) evalueren.

zoek (MRI of CT-myeelografie) als referentiestandaard.^{13,14} Drie onderzoeken betroffen de Spurlingtest, terwijl alle andere tests (de Upper Limb Tension Test/Upper Limb Neural Test (ULTT/ ULNT), tractie-distractie, schouderabductie en Arm Squeeze Test) elk slechts in één onderzoek aan bod kwamen.^{15,19,20}

Methodologische kwaliteit

Over het geheel varieerde de methodologische kwaliteit van de onderzoeken van ‘slecht’ tot ‘matig’, omdat alle onderzoeken ten minste één ‘hoog’ of ‘onduidelijk’ risico op bias scoorden wat betreft de patiëntselectie, de indextest, de referentietest of de *flow-timing*.¹⁴

De Spurlingtest

Drie onderzoeken (n = 350) hebben de Spurlingtest geëvalueerd [figuur 1], maar deze gebruikten elk kleine varianten van de test voordat zij cervicale axiale compressie toevoegden [tabel].^{15,19,20} Twee onderzoeken rapporteerden een matige sensitiviteit (Se 0,65, 95%-BI 0,49 tot 0,79; Se 0,38, 95%-BI 0,22 tot 0,56) en een hoge specificiteit (Sp 1,00, 95%-BI 0,56 tot 1,00; Sp 0,94, 95%-BI 0,83 tot 0,99).²⁰ Een derde onderzoek meldde daarentegen een hoge sensitiviteit en specificiteit bij hun definitie van ‘echte’ radiculaire uitstraling (Se 0,98, 95%-BI 0,92 tot 0,99; Sp 0,89, 95%-BI 0,77 tot 0,96).¹⁵ Vanwege de hoge specificiteit concluderen we dat de Spurlingtest beter is in het diagnosticeren, dan het uitsluiten van CRS.

Tabel

Praktische uitvoering van de indextests

Beschrijving uitvoering indextests

Spurlingtest

Patiënt zittend. De onderzoeker staat achter de patiënt en voert cervicale ipsilaterale lateroflexie [naar de aangedane zijde toe] uit en voegt dan langzaam toenemende axiale cervicale compressie toe [tot maximaal ± 10 kg]. Een toename in symptomen beschouwt men als een positieve test.
Zie: <https://www.youtube.com/watch?v=PX1ttPRevnM&list=PLrTXpz63C8VU1NRlA4sKX92Kzz82-r1HV6index=1&t=0s>

Upper Limb Neurodynamic Test

Bij een patiënt in rugligging voert de onderzoeker opeenvolgende passieve bewegingen met de arm uit, specifiek voor elk van de vier ULNT's, om een toenemende spanning in de zenuw op te bouwen. De test is positief wanneer er sprake is van reproductie van patiëntspecifieke neurogene pijnklachten én er een toe- en afname zijn met structurele differentiatie
Zie: <https://www.youtube.com/watch?v=z5AAuRm8G9s&list=PLrTXpz63C8VU1NRlA4sKX92Kzz82-r1HV6index=3>] én wanneer er een duidelijk links-rechtsverschil is in uitstralende pijn of uitslag van de beweging.
Klinisch meest gebruikt is de ULNT 1 [n. medianus]
Schouderdepressie, abductie tot 110°, exorotatie in horizontale extensie, elleboogextensie, pols- en vingersupinatie en -extensie, en dan cervicale contralaterale lateroflexie
Zie: <https://www.youtube.com/watch?v=ix2uXBfI4k&list=PLrTXpz63C8VU1NRlA4sKX92Kzz82-r1HV6index=2>
ULNT 2a [n. medianus; bij beperkte schouderabductiemogelijkheid]
Schouderdepressie, elleboogextensie, exorotatie van de bovenarm en supinatie van de onderarm, pols- en vingerextensie, schouderabductie en cervicale contralaterale lateroflexie
ULNT 2b [n. radialis]
Schouderdepressie, elleboogextensie, endorotatie van de bovenarm en pronatie van de onderarm, pols- en vingerflexie, schouderabductie en cervicale contralaterale lateroflexie
ULNT 3 [n. ulnaris]
Schouderdepressie, abductie tot 110°, exorotatie in horizontale extensie, elleboogflexie, pols- en vingerpronatie-extensie en dan cervicale contralaterale lateroflexie

Arm Squeeze Test

De onderzoeker knijpt simultaan met duim en vingers in het middelste derde deel van de bovenarm, de duim posterior op m. triceps en de vingers anterior op m. biceps. De test is positief wanneer de patiënt de pijn > 3 punten hoger scoort dan die bij identieke simultane stevige knijp-druk op een combinatie van het ipsilaterale AC-gewricht en de dorsale subacromiale regio.

Schouderabductietest/Davidsons test

De zittende patiënt legt zijn aangedane hand via abductie/anteflexie bovenop het eigen hoofd. Een vermindering van symptomen is een positieve uitkomst.

Tractie-distractietest

Patiënt in rugligging. De onderzoeker voegt een axiale tractiekracht van ± 10-15 kg aan de nek van de patiënt toe. Een vermindering van klachten tijdens de tractie [en een terugkeer van klachten bij het loslaten van tractie [= distractie]] is een positieve test.
Zie: https://www.youtube.com/watch?v=zd3_fMi0KqU&list=PLrTXpz63C8VU1NRlA4sKX92Kzz82-r1HV6index=4

De Upper Limb Tension Test/Upper Limb Neural Tests

Eén onderzoek richtte zich op de overeenstemming tussen vier afzonderlijke ULNT's, ook wel Upper Limb Tension Tests (ULTT's) genoemd, afhankelijk van het feit of men voornamelijk de n. medianus, de n. radialis of de n. ulnaris test, of een combinatie daarvan.¹³ Het onderzoek definieert een positieve testuitslag als er sprake is van:

- een reproductie van patiëntspecifieke neurogene pijnklachten én;
- een toe- en afname met structurele differentiatie, én;
- een duidelijk links-rechtsverschil in uitstralende pijn.

Het gecombineerd gebruiken van de vier varianten had een sensitiviteit van 0,97 (95%-BI 0,83 tot 1,00) en een specificiteit van 0,69 (95%-BI 0,41 tot 0,88). Individueel had de ULNT 3 (n. ulnaris) de hoogste specificiteit (0,88 (95%-BI 0,60 tot 0,98)) en had de ULNT 1 (n. medianus) de hoogste sensitiviteit (0,83 (95%-BI 0,66 tot 0,93)) [figuur 2]. Vanwege de hogere sensitiviteit concluderen we dat de ULNT beter is in het uitsluiten, dan het diagnosticeren van CRS.

Schouderabductie (relief) test

De schouderabductietest is bij 13 patiënten onderzocht en liet een matige sensitiviteit van 0,47 (95%-BI 0,22 tot 0,73) en hoge specificiteit van 0,85 (95%-BI 0,54 tot 0,97) zien [figuur 3].²⁰

Tractie-distractietest

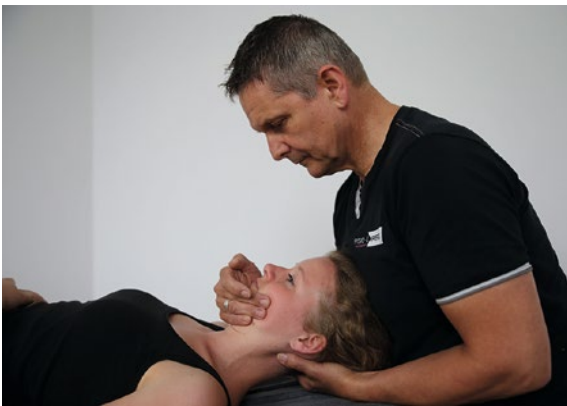
De tractie-distractietest is bij 24 patiënten onderzocht en wij hebben voor deze test een sensitiviteit berekend van 0,33 (95%-BI 0,13 tot 0,61) en een specificiteit van 0,97 (95%-BI 0,83 tot 0,99) [figuur 4].²⁰



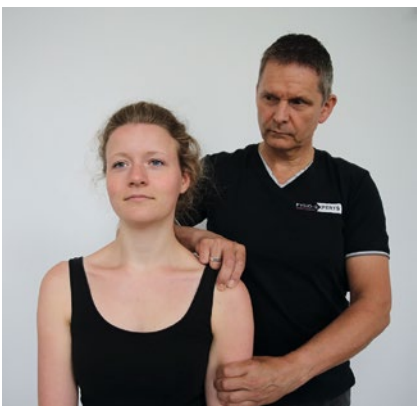
Figuur 2 De ULNT 1 (bovenaanzicht)



Figuur 3 De schouderabductie-test/Davidsons test



Figuur 4 De tractie-distractietest



Figuur 5 De Arm Squeeze Test

Arm Squeeze Test

De Arm Squeeze Test werd bij 1567 patiënten onderzocht en gaat uit van de aanname dat een of meer perifere zenuwen pijnlijk zijn bij compressie van een zenuwwortel, en dat matige compressie in de biceps/tricepsregio pijnlijker (> 3 punten op een tienpuntsschaal) zou moeten zijn dan elders in dezelfde arm [figuur 5].¹⁴ De onderzoekers vonden een hoge sensitiviteit van 0,97 (95%-BI 0,93 tot 0,98) en specificiteit van 0,97 (95%-BI 0,95 tot 0,98)¹⁴

BESCHOUWING

We vonden vijf onderzoeken die vijf provocatietests evalueerden en waarbij alleen de Spurlingtest in meer dan één onderzoek aan bod kwam. De onderzoekers konden de eerder gedocumenteerde hoge specificiteit van de Spurlingtest bevestigen.^{12,21} De recentelijk onderzochte gecombineerde ULNT's¹³ lieten een hoge sensitiviteit zien en een matige specificiteit, maar wel hoger dan eerder was gerapporteerd over alleen de ULNT 1 voor de n. medianus.¹² Die is eerder onderzocht met elektro-myografie (EMG) als referentietest.²² Wij hebben echter alleen onderzoeken geïncludeerd die de indextest vergeleken met beeldvormend onderzoek of een operatie. Dat betekent dat we een cluster van tests uit een veel gebruikt onderzoek niet hebben meegenomen omdat daarbij EMG de referentietest was.²² Het gebruik van EMG als referentiestandaard staat ter discussie.²³⁻²⁶ Ook beeldvormend onderzoek is geen perfecte referentiestandaard vanwege het hoge aantal fout-positieven.^{5,27,28}

Veel artsen maken bij hun differentiële diagnostiek gebruik van neurologische tests (reflex-, kracht- en sensibiliteitsonderzoek), maar wij vonden geen onderzoeken die de validiteit van deze tests evalueerden. Alle gevonden onderzoeken zijn in de tweede lijn uitgevoerd en daardoor vatbaar voor selectiebias en verificatiebias. De gevonden resultaten kunnen daarom voor de eerste lijn een overschatting geven. Het grote verschil in prevalentie tussen de onderzoeken heeft ook gevolgen voor de validiteit: hoe hoger de prevalentie, des te hoger vaak ook de validiteit.

Hoewel drie onderzoeken de hoge specificiteit van de Spurlingtest hebben aangetoond, moeten we de resultaten met enige terughoudendheid interpreteren omdat de methodologische kwaliteit van die onderzoeken matig was. Tot slot blijken de individuele onderzoeken de afkappunten voor positieve of negatieve scoring van een test niet altijd even goed te beschrijven, wat vertaling naar de dagelijkse praktijk lastig maakt.

CONCLUSIE

Bij een consistente anamnese kan een positieve Spurlingtest de waarschijnlijkheid van de diagnose cervicale radiculopathie verhogen, terwijl negatieve ULNT's de waarschijnlijkheid kunnen verlagen. ■

LITERATUUR

1. Kuijper B, Tans JTJ, Beelen A, Nollet F, De Visser M. Cervical collar or physiotherapy versus wait and see policy for recent onset cervical radiculopathy: randomised trial. Br Med J 2009;339:b3883.
2. Thoomes EJ, Scholten-Peeters GG, De Boer AJ, Olsthoorn RA, Verkerk K, Lin C, et al. Lack of uniform diagnostic criteria for cervical radiculopathy in conservative intervention studies: a systematic review. Eur Spine J 2012;21:1459-70.
3. Radhakrishnan K, Litchy WJ, O'Fallon WM, Kurland LT. Epidemiology of cervical radiculopathy. A population-based study from Rochester, Minnesota, 1976 through 1990. Brain 1994;117:325-35.

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

Thoomes E, Vos CJ, Verhagen AP. Spurlingtest helpt bij diagnosticeren cervicale radiculopathie. Huisarts Wet 2018;61[7]:36-43. DOI: 10.1007/s12445-018-0201-5.
Fysio-Experts, Hazerswoude: E. Thoomes, sportfysio-manueel therapeut, wetenschappelijk onderzoeker, erikthoomes@gmail.com.
Erasmus Medisch Centrum, Afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: C.J. Vos, huisarts, wetenschappelijk onderzoeker; A.P. Verhagen, fysio-manueel therapeut, klinisch epidemioloog, senior onderzoeker
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Koolmonoxidevergiftiging

Joep Bontemps, Bob Meijer

Vergiftigingen door koolmonoxide (CO) zijn in Nederland een onderschat probleem. Bekende risicofactoren zijn gaskachels, geisers en cv-ketels in combinatie met onvoldoende ventilatie, maar bijvoorbeeld ook waterpijprokers lopen risico. De diagnose berust op drie pijlers: het klinische beeld, recente expositie en een verhoogde concentratie carboxyhemoglobine (HbCO). HbCO-concentraties > 2% bij niet-rokers en > 10% bij rokers worden als pathologisch beschouwd. Omdat het klinische beeld specifiek is (hoofdpijn, duizeligheid, vermoeidheid, verlaagd bewustzijn), is vaak een huisbezoek nodig om de CO-bron te identificeren. Na het beëindigen van de blootstelling moet de CO zo snel mogelijk uit het lichaam worden afgevoerd om verdere weefselschade te voorkomen. Hyperbare-zuurstoftherapie is aangewezen bij bewusteloosheid, neurologische klachten, ischemische cardiale veranderingen, metabole acidose, zwangerschap of een HbCO-concentratie > 25%.

In Nederland overlijden per jaar vijf à tien mensen aan de gevolgen van een CO-intoxicatie. Daarnaast zijn er ongeveer 200 ziekenhuisopnames en worden enkele honderden mensen op een SEH behandeld.¹ Grote boosdoeners zijn oude, niet goed onderhouden cv-ketels en open verbrandingsinstallaties in

Chronische CO-intoxicaties worden meestal pas achteraf herkend

woningen, zoals afvoerloze geisers, open haarden, gaskachels en gasfornuizen, soms in combinatie met gebrekkige ventilatie. Er zijn ook steeds vaker CO-intoxicaties bij (veelal jonge) waterpijprokers. Een waterpijpsessie van een half uur staat

gelijk aan het roken van 100 sigaretten. Uit onderzoek blijkt ook dat de CO-concentratie in het bloed van waterpijprokers vaak verhoogd is.² Het aantal (chronische) CO-intoxicaties is waarschijnlijk hoger dan het aantal diagnoses, want het klinische beeld is specifiek en met name in de eerste lijn zijn zorgverleners nog onvoldoende alert. Volgens een schatting van de Onderzoeksraad voor Veiligheid uit 2017 had 5 tot 23% van alle woningen in Nederland een verhoogde concentratie koolmonoxide.¹ Nog in december 2017 moest een flat in Leiden ontruimd worden nadat enkele bewoners onwel waren geworden door koolmonoxide.³ Op een aantal Britse eerstehulpstellen is screenend onderzoek gedaan naar de CO-concentraties in het bloed van bezoekers met klachten die bij een intoxicatie konden passen. Bij 4,3% was dit verhoogd.⁴ In een ander onderzoek op een eerstehulpstoot onder 37 patiënten die zich ’s winters meldden met hoofdpijn hadden 7 van hen (18,9%) een te hoge concentratie carboxyhemoglobine (> 10%) in het bloed.⁵ In deze casuïstiek wordt het gevaar van CO-intoxicatie nog eens onder de aandacht gebracht. Aan de orde komen de pathofysiologie en het klinische beeld, het kortetermijnmanagement en de follow-up op de langere termijn.

PATHOFYSIOLOGIE

Koolmonoxide is een kleurloos, reukloos, smaakloos en niet-irriterend gas dat ontstaat door onvolledige verbranding van organisch materiaal. Doordat het gas reukloos is, hebben mensen niet door dat ze eraan blootgesteld worden. Na inademing wordt CO via de longen opgenomen in het bloed. Daar bindt het zich aan hemoglobine (Hb), zodat carboxyhemoglobine (HbCO) ontstaat. CO heeft een twee- tot driehonderdmaal hogere affiniteit voor Hb dan zuurstof (O₂) en verdringt dat dus van de bindingsplaatsen aan Hb. CO verandert niet alleen de transportcapaciteit van het bloed voor

In de maanden daarna zijn de klachten wisselend aanwezig, maar in maart 2017 verergeren ze en brengt de huisarts een huisbezoek. Er blijken diverse gaskachels en een geiser in huis aanwezig te zijn. De huisarts denkt gezien het ontbreken van afwijkingen bij al het uitgevoerde onderzoek aan een CO-vergiftiging. De netbeheerder meet inderdaad een sterk verhoogde concentratie koolmonoxide [CO] bij de gaskachel in de woon-slaapkamer, waarna deze wordt vervangen. In tweede instantie is de CO ook verhoogd bij de geiser. Nadat de geiser is uitgeschakeld, knapt de patiënt op en verdwijnen de misselijkheid en duizeligheid.



Beruchte CO-bronnen zijn kachels, geisers, cv-ketels en waterpijpen. Foto: Hollandse Hoogte

O₂, maar verhoogt ook de affiniteit van Hb voor het resterende O₂ en verhindert daardoor de zuurstofafgifte in de weefsels: de zuurstofdissociatiecurve verschuift naar links. HbCO-concentraties > 2% bij niet-rokers en > 10% bij rokers worden als pathologisch beschouwd.^{6,7} Tot voor kort nam men aan dat weefselhypoxie het voornaamste mechanisme is van een CO-intoxicatie. Organen met een hoog metabolisme, waaronder het brein en het hart, zijn daar het gevoeligst voor. Recent onderzoek heeft echter aangetoond dat CO ook een ontstekingsreactie en een immunologische reactie induceert. Deze reacties houden langer aan en zijn deels onafhankelijk van de hypoxie. Een sterke aanwijzing hiervoor is dat het klinische beeld niet goed correleert met de HbCO-concentratie.^{8,9}

KLINISCH BEELD

Symptomen die regelmatig voorkomen bij een CO-intoxicatie zijn hoofdpijn, duizeligheid, vermoeidheid, misselijkheid, overgeven, pijn op de borst, kortademigheid en verlaagd bewustzijn.^{8,9} Een acute intoxicatie heeft vaker een dramati-

sche presentatie en wordt daardoor eerder opgemerkt. Tevens bepaalt men op menige SEH tegenwoordig laagdrempelig de

DE KERN

- Koolmonoxidevergiftigingen – vooral chronische – zijn lastig te herkennen want de verschijnselen zijn specifiek en kunnen langdurig zijn.
- Locatiegebonden klachten en de plaatselijk aanwezige verwarmingsinstallaties zijn vaak belangrijke aanwijzingen.
- De belangrijkste behandeling is het wegnemen van de bron en het toedienen van normobare dan wel hyperbare zuurstof. Hyperbare zuurstof wordt geadviseerd bij ernstige klachten of HbCO > 25%.
- Follow-up na een tot twee maanden is van belang, omdat een aanzienlijk deel van de patiënten na doorge-maakte CO-intoxicatie neurocognitieve en/of psychische restverschijnselen ontwikkeld.

Figuur Koolmonoxide-adviezen van de Veiligheidsraad



Bron: VeiligheidNL, 2015

HbCO-concentratie in het bloed. Een chronische CO-intoxicatie is echter berucht moeilijk te diagnosticeren vanwege de vaak milde klachten en het wisselende beloop (locatiegebonden klachten kunnen een aanwijzing zijn). Meestal wordt de vergiftiging pas achteraf herkend na een acute verergering. Patiënten met een chronische CO-intoxicatie hebben relatief vaak cognitieve of neurologische symptomen. Een ‘gewone’ saturatiemeter is niet in staat onderscheid te maken tussen Hb gesatureerd met O₂ of met CO, en is dus niet geschikt om een eventuele hypoxemie als gevolg van CO-intoxicatie vast te stellen.^{8,9} Er zijn wel perifere CO-oximeters verkrijgbaar die het HbCO niet-invasief aan de vingertop kunnen bepalen, maar die meters schieten nog te kort ten opzichte van laboratoriebepalingen. Een CO-intoxicatie wordt idealiter gediagnosticeerd met de klassieke drieslag van 1) symptomen consistent met een CO-intoxicatie; 2) recente blootstelling aan CO en 3) een verhoogde HbCO-concentratie. Dit zijn echter geen strikte criteria – hier bewijst zich het belang van contextgeneeskunde en huisbezoeken. In lastige situaties kan het helpen de CO-concentratie in de lucht ter plaatse te meten en potentiële CO-bronnen in de omgeving te inventariseren. De huisarts

kan daarvoor de brandweer of de netbeheerder benaderen. Er zijn ook draagbare CO-meters te koop die aan de dokterstas bevestigd kunnen worden, maar die zijn minder nauwkeurig. Het is zaak tot meer dan een jaar na een doorgemaakte CO-intoxicatie eventuele neurologische en neurocognitieve afwijkingen en psychische problemen te documenteren.^{10,11} Er zijn aanwijzingen dat een CO-intoxicatie blijvende schade veroorzaakt en ook op de lange termijn de morbiditeit en mortaliteit ongunstig beïnvloedt in vergelijking met mensen die nooit een CO-intoxicatie hebben doorgemaakt.

BEHANDELING

De behandeling heeft tot doel verdere blootstelling te voorkomen, bijvoorbeeld door de patiënt mee naar buiten te nemen, en de CO uit het lichaam te elimineren door het ademminuutvolume te vergroten en de zuurstoffractie van de ingeademde lucht te verhogen. Voor dat laatste dient men 100% zuurstof toe, normobaar (onder atmosferische druk) of hyperbaar (onder 2,5 à 3,0 atmosfeer).^{8,9,11,13,14} De halveringstijd van CO, die bij kamerlucht 3 tot 6 uur bedraagt, kan met normobare-zuurstoftherapie worden teruggebracht tot 0,5 à 2 uur en met hyperbare-zuurstoftherapie tot nog weer de helft daarvan. Normobare-zuurstoftherapie is eenvoudig en kan in principe overal worden gegeven. Hyperbare-zuurstoftherapie is in Nederland slechts in negen centra beschikbaar, dus zal men de patiënt meestal moeten verplaatsen. Hyperbare-zuurstoftherapie lijkt het voorkomen van neurocognitieve restverschijnselen te kunnen verminderen, maar onduidelijk is welke patiënten daar het meeste baat bij hebben.^{10,11,13} De huidige richtlijn voor de behandeling van CO-intoxicaties adviseert hyperbare-zuurstoftherapie bij bewusteloosheid, neurologische klachten, ischemische cardiale veranderingen, metabole acidose, zwangerschap of een HbCO-concentratie > 25%.^{8,14} Omdat CO-patiënten ook na de eerste behandeling neurologische, cognitieve of psychische klachten kunnen ontwikkelen, moeten ze altijd binnen één à twee maanden na de vergiftiging gezien worden door de huisarts.^{8,12,13} Deze kan ze zo nodig doorverwijzen voor verder onderzoek of behandeling. ■

LITERATUUR

1. Koolmonoxide: onderschat en onbegrepen gevaar. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2015. <https://onderzoeksraad.nl>.
2. Eichhorn L, Michaelis D, Kemmerer M, Juttner B, Tetzlaff K. Carbon monoxide poisoning from waterpipe smoking: a retrospective cohort study. Clin Toxicol 2018;56:264-72.
3. Flat in Leiden ontruimd na koolmonoxidevergiftiging, ‘ze hebben geluk gehad’. NOS, 4 december 2017. <https://nos.nl>.

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

Bontemps JJ, Meijer EE. Koolmonoxidevergiftiging. Huisarts Wet 2018;61(7):44-6. DOI: 10.1007/s12445-018-0199-8. UMCG, Groningen: dr. J.J.M. Bontemps, huisarts-in-opleiding, joepbontemps@gmail.com; Huisartsenpraktijk Warffum: E.E.A. Meijer, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Het ‘Costa Rica-hoekje’

Slangenbeten in Nederland

Jeroen Vendrik, Kees Stijnis, Milan Ridderikhof, Pieter van Thiel

In Nederland komen slangenbeten zelden voor. Ze verlopen meestal mild, maar als het een geïmporteerde slang betreft kunnen ze gevaarlijk zijn. De huisarts is uitstekend in staat een eerste evaluatie uit te voeren – algemene beoordeling van de patiënt, immobilisatie van de aangedane extremiteit, achterhalen van de soort en de giftigheid van de slang. Manipulatie van het gebeten gebied wordt sterk ontraden. Bij twijfel moet de patiënt naar de spoedeisende hulp verwezen worden.

SLANGEN IN NEDERLAND

Nederland kent drie inheemse slangen: de ringslang (*Natrix natrix helvetica*), de gladde slang (*Coronella austriaca*) en de gewone adder (*Vipera berus*). Alleen de adder is giftig. Deze slang komt het meest voor rondom de Veluwe en in Drenthe, is vooral actief in de zomer en geeft milde gifklachten.¹ In 2010 waren er twintig meldingen van een slangenbeet.² De meeste slangenbeten komen voor in dierentuinen, onderzoeksinstituten en bij particulieren die slangen houden, en meestal zijn de herkomst en de giftigheid van de slang dan bekend. In onze casus was dit niet het geval, al ging het waarschijnlijk wel om een uitheemse soort.

Een review uit 2005 rapporteerde bijna achtduizend slangenbeten in heel Europa (inclusief Europees Rusland en Turkije), waarvan duizend door gifslangen. Uiteindelijk overleden daaraan minder dan vijf mensen.³ In Nederland,

Twee puntvormige wondjes zijn een belangrijke aanwijzing

waar maar één soort gifslang voorkomt, worden niet minder slangenbeten gerapporteerd dan in zuidelijke landen waar meerdere soorten aanwezig zijn. Waarschijnlijk worden slangenbeten daar veel minder vaak als een klinisch probleem opgevat.⁸

IDENTIFICEREN VAN DE SLANG

De meeste patiënten gaan met een slangenbeet eerst naar de huisarts. De eerste stap is het verzamelen van zoveel mogelijk informatie over de vermeende dader en vervolgens te differentiëren tussen giftige en niet-giftige slangen. Het is niet zo dat

HET COSTA RICA-HOEKJE

Op de SEH meldt zich via de huisarts een jongeman van Filipijnse komaf een uur nadat hij tijdens zijn werk in een groothandel in tropische planten is gebeten door een kleine slang [figuur 1]. Toen hij de werkhandschoen uittrok, zag hij klein wondje zonder andere verschijnselen. De patiënt had zelf geen actie ondernomen en het gebeten gebied niet gemanipuleerd. Er was een kleine huidleesie [mm's] met wat erytheem, matig pijnlijk bij palpatie, zonder verder functie- of sensibiliteitsverlies van de hand. Op het moment van de beet was de patiënt aan het werk in het ‘Costa Rica-hoekje’, hij liet op zijn telefoon een foto zien van de slang [figuur 2]. Een zoekactie op internet wees uit dat de beet hoogstwaarschijnlijk afkomstig was van *Pareas margaritophorus*, een niet-giftige, slakken-etende slang uit Azië. Een beet van een giftige, hemolytische adder veel voorkomend in Costa Rica kon niet worden uitgesloten. Uit het bloedonderzoek bleek dat de stollingstijd [protrombinetijd en geactiveerde partiële tromboplastinetijd] minimaal verlengd was; Hb en trombo's waren normaal. Afgesproken werd dat de eigen huisarts de jongeman de volgende dag zou controleren. Deze vond geen bijzonderheden en geen aanwijzingen voor bloedingen. Herhaling van het bloedonderzoek leverde vergelijkbare, minimaal verhoogde stollingsparameters op. Terugkijkend kan het een ‘droge beet’ van een giftige slang zijn geweest, of toch een beet van de niet-giftige *Pareas margaritophorus*.



Foto 1

Een slangenbeet, 1 mm groot met omringend marmering en erytheem



Foto 2

De ‘dader’, gefotografeerd met de mobiele telefoon

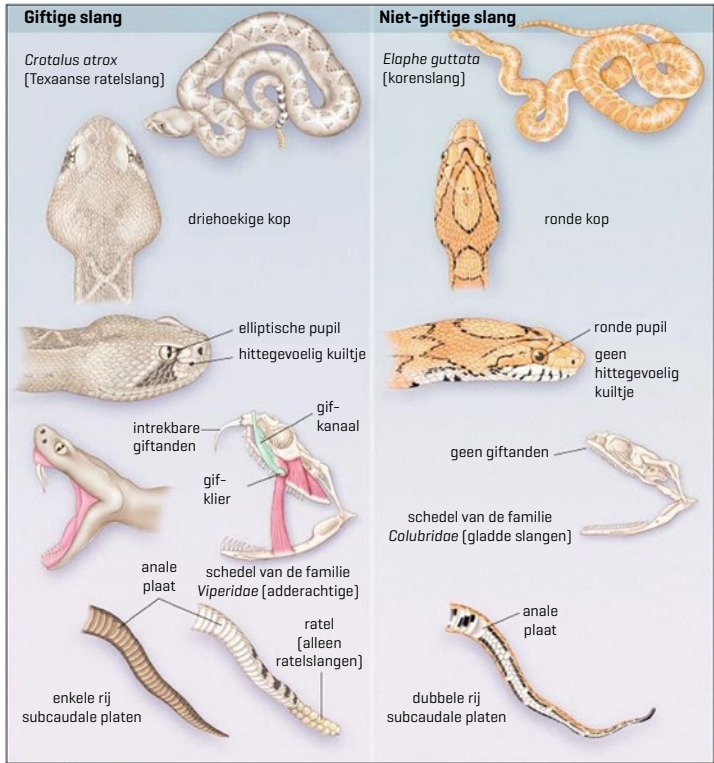
niet-giftige slangen niet bijten! Die differentiatie is niet altijd makkelijk, maar er zijn een paar onderscheidende kenmerken. Giftige slangen hebben twee langere giftanden en verder, zoals alle slangen, een rijtje kleine tanden in boven- en onderkaak. De aanwezigheid van twee puntvormige wondjes in de huid van het slachtoffer is dus een belangrijke aanwijzing. Daarnaast is het uiterlijk van de slang belangrijk: hoe feller de kleur en hoe opvallender de tekening, des te giftiger is de slang.⁵⁻⁷ De afwezigheid van een opvallend uiterlijk sluit giftigheid echter niet uit. De lichaamsbouw kan een aanwijzing geven: een kop met een brede basis die spits toeloopt, zoals bij de *Viperidae*, wijst in de richting van een gifslang [figuur 3]. Als laatste is de herkomst een duidelijke aanwijzing: in Europa worden

Uitsuigen, incideren of andere lokale manipulatie doen meer kwaad dan goed

gifslangen maar zelden gezien, in Azië, Afrika, Australië en Latijns -Amerika des te vaker. Grootte en leeftijd van de slang zijn geen goede voorspellers voor de giftigheid of voor de hoeveelheid toegediend gif.⁵⁻⁷ Ruwweg zijn de giftige slangen onder te verdelen in slangen

Figuur 3

Uiterlijke kenmerken van giftige- en niet giftige slangen⁶
De Texaanse ratelslang heeft de karakteristieke kenmerken van de adderfamilie [Viperidae]



- DE KERN**
- Slangenbeten zijn in Nederland zeldzaam, maar kunnen levensbedreigend zijn.
 - Van belang is allereerst pijnstilling en immobilisatie van de extremiteit.
 - Daarna moet men proberen de soort en giftigheid van de slang te achterhalen alvorens te overleggen met en eventueel te verwijzen naar de SEH.

met hemolytisch gif (het merendeel) en gif met neurotoxische eigenschappen.

SYMPTOMEN
De eerste symptomen zijn autonome verschijnselen zoals angst, paniek, misselijkheid, braken, tachycardie en duizeligheid. Lokale verschijnselen zijn giftandafdrukken, extreme pijn, oedeem en roodheid.¹ In de eerste 12 tot 24 uur kunnen necrose, progressie van het oedeem, ecchymosen, blaarvorming en lokale lymfeklierzwellings ontstaan. De lokale symptomen zijn het meest uitgesproken bij de familie *Viperidae* waartoe adders en ratelslangen behoren, dit zijn ook de soorten die in Nederland het vaakst in gevangenschap gehouden worden. Vrijwel alle slangen uit deze familie hebben hemolytische gifstoffen. Generaliseerde symptomen ontstaan meestal binnen vier uur na een slangenbeet. Bij een neurotoxische vergiftiging kan het beeld variëren van ptosis van het ooglid of subtiel krachtsverlies in de ledematen tot uitgesproken parese van skelet- en zelfs ademhalingspijeren. Bij een hemolytische vergiftiging kunnen spontaan hematomen en zelfs levensbedreigende bloedingen ontstaan.^{1,5,7} Niet elke beet van een hemolytische gifslang heeft echter zulke gevolgen: na een 'droge beet' blijft de patiënt asymptomatisch. In dat geval moet men de stolingsparameters bepalen om het bloedingsrisico in te schatten. Dit zal echter vaak niet door de huisarts, maar op de SEH gebeuren na een verwijzing. Een observatie van 24 tot 48 uur is afdoende.³

HANDELIJZE
Bij de opvang van een patiënt met een slangenbeet moet men allereerst het ABCDE-principe volgen: de ademweg van de patiënt beoordelen en zo nodig vrijmaken of vrijhouden. Daarna moet worden ingeschat of er sprake is van grote bloedingen, mogelijk als complicatie van hemolytisch gif. Verder moet de patiënt neurologisch worden nagekeken. De kleinste parese kan een aanwijzing zijn voor de aanwezigheid van neurotoxisch gif en een voorbode van ernstiger neurologische uitval. Voor meer informatie kan contact opgenomen worden met het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (www.vergiftigingen.info).^{9,10} De meeste slangenbeten doen zich voor op armen of benen. Immobilisatie van het aangedane ledemaat wordt geadviseerd om snelle verspreiding van het gif te voorkomen. Verwijder



De meeste patiënten gaan met een slangenbeet eerst naar de huisarts.

Foto: Shutterstock

eventuele sieraden rondom de beet en markeer het erytheem en oedeem om de progressie te beoordelen. Uitsuigen, incideren of andere lokale manipulatie wordt ontraden. De effectiviteit van geen ervan is klinisch bewezen en zij doen meer kwaad dan goed vanwege het risico op secundaire infectie. Bij geringe lokale symptomen kan overleg met de SEH afdoende zijn, maar bij lokale uitbreiding of systemische verschijnselen moet de patiënt worden doorgestuurd. De behandeling op de SEH bestaat vooral uit observatie, zo nodig op de intensive care, ondersteunende maatregelen en eventuele toediening van antiserum en middelen als acetylcholine-esteraseremmers bij neurologische verschijnselen.^{3,4}

CONCLUSIE
Slangenbeten zijn in Nederland zeldzaam, maar ze kunnen levensbedreigend zijn. De taak van de huisarts is allereerst pijnstilling om de angst te verminderen en immobilisatie van de extremiteit. Verder is het van belang de soort en de giftigheid van de slang te achterhalen alvorens te overleggen en eventueel te verwijzen naar de SEH. ■

- LITERATUUR**
1. Carels RA, Janse M, Klaver PS, De Vries I, Kager PA, Overbosch D. Acute opvang van patiënten gebeten door een gifslang. Ned Tijdschr Geneesk 1998; 142:2773-7.
 2. Van Velzen AG, Spijkerboer HN, Van Riel AJ, Meulenbelt J, De Vries I. Acute vergiftigingen bij mens en dier, Jaaroverzicht 2010, Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum. Bilthoven: RIVM, 2011.
 3. Chippaux JP. Epidemiology of snakebites in Europe: A systematic review of the literature. Toxicon 2012;59:86-99.

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

Vendrik J, Stijnis K, Ridderikhof M, Van Thiel P. Het 'Costa Rica-hoekje'. Slangenbeten in Nederland. Huisarts Wet 2018;61(7):47-9. DOI: 10.1007/s12445-018-0196-y. AMC, Amsterdam, afdeling Spoedeisende Hulp: J. Vendrik, arts-onderzoeker, j.vendrik@amc.nl, M.L. Ridderikhof, SEH-arts. Afdeling Interne Geneeskunde-Infectiezieken: C. Stijnis, internist-infectioloog; dr. P.P.A.M van Thiel, internist. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Serie behandeling van alledaagse klachten

Behandeling van diarree

Tjeerd de Jongh, Alwin Schierenberg

Behandeling van acute diarree bij gezonde mensen is door- gaans overbodig. Het is voldoende voorlichting en advies te geven. Wanneer diarree langer dan tien dagen aanhoudt, is onderzoek naar een causale oorzaak belangrijk. Bij diarree door onbekende oorzaak is het beleid hetzelfde als bij acute diarree. Voor het welbehagen van de patiënt is het belang- rijk dat hij voldoende drinkt en eet waar hij zin in heeft. Bij dreigende dehydratie is extra vocht zinvol. Als de diarree erg hinderlijk is, kan loperamide worden geadviseerd.

CASUS

Marieke, 21 jaar, komt op uw spreekuur. Zij heeft sinds twee dagen waterdunne diarree. Zij heeft geen eetlust, is wel misselijk, maar braakt niet. In het studentenhuus waar zij woont, hebben verschillende mensen diarree gehad. Marieke denkt dat een gemeenschappelijke maaltijd mogelijk de oorzaak is. Marieke vraagt om medicijnen, omdat zij overmorgen tentamen moet doen en zo slap is door de diarree. Bij onderzoek ziet u een gezonde vrouw die niet is uitgedroogd, buikonder- zoek toont levendige peristaltiek. Er zijn verder geen bijzonderheden. Wat kunt u aan de diarree doen? Zie ook het [schema].

Het meeste onderzoek is gedaan naar de behandeling van acute diarree en gastro-enteritis. Symptomatische behande- ling van reizigersdiarree en chronische diarree is in principe hetzelfde.²⁻⁴

VOEDINGSADVIEZEN

Stimuleer de patiënt in elk geval voldoende te drinken, te eten naar behoefte en te eten waarin hij trek heeft. Adviseer bij buikkrampen kleinere porties, bij misselijkheid licht verteer- baar voedsel.^{2,5-7} Carentie (voedselonthouding) of verdunning van de flesvoeding bij baby's is niet verstandig.^{5,8} Voedingsmiddelen als bananen, rijst, bouillon of cola worden vaak aanbevolen bij diarree, maar van geen enkel middel is de effectiviteit aangetoond.^{2,6,9} Wel wordt geadviseerd om de vocht- en elektrolytenbalans op peil te houden door glucose- houdende dranken (zoals appelsap) en bouillon te drinken.^{2,7,10} Bij langdurige diarree kan beperking van lactose en andere suikers (melk, vruchtensappen) zinvol zijn in verband met tijdelijke lactose-intolerantie na een gastro-intestinale infectie.

MEDICAMENTEN

Loperamide

Het is meestal niet nodig om loperamide voor te schrijven,



Het gebruik van antibiotica bij ongecompliceerde diarree wordt meestal niet geadviseerd.

Foto: Shutterstock

maar het middel kan toch praktisch zijn bij erg hinderlijke di- arree.^{2,5,11,12} Het vermindert significant de duur en de frequen- tie van de diarree.^{5,13} Een mogelijke bijwerking is obstipatie. De contra-indicaties zijn: leeftijd < 3 jaar (terughoudendheid bij 3 tot 8 jaar), koorts, bloederige diarree, zwangerschap, aanhoudende diarree na antibiotica, diarree die wordt veroor- zaakt door enterohemorrhagische/shigatoxineproducerende *Escherichia coli* of de ondersoort *Shigella*.^{2,14} De Nederlandse adviezen zijn de laatste jaren overigens minder terughoudend bij de laatste contra-indicaties.^{11,12}

Antibiotica

Bij diarree met een bacteriële oorzaak lijken antibiotica (cotrimoxazol, ciprofloxacin en azitromycine) enig effect te hebben op de ziekteduur en de klachten. In de huisartsenprak- tijk komt een virale oorzaak echter vaker voor en dan wegen de risico's van antibiotica (resistentie, antibioticagerelateerde diarree, induceren van dragerschap) niet op tegen eventuele gezondheidswinst.⁵ Daarom wordt het gebruik van antibiotica bij ongecompliceerde diarree niet geadviseerd.² Indicaties voor antibiotica zijn zieke patiënten met aanhou- dende of hoge koorts, frequente waterdunne diarree en/of bloed bij de ontlasting, immuungecompromitteerde patiënten en patiënten met diarree die langer dan tien dagen duurt.² De behandeling gebeurt op geleide van fecesonderzoek, bij voor-

Schema

Behandel mogelijkheden bij diarree¹

Interventie	Opmerkingen	Winst	Bewijs
Sterke aanbeveling Er zijn geen behandelingen met een sterke aanbeveling.			
Matige/zwakke aanbeveling			
Dieetadvies	De patiënt kan eten waar hij zin in heeft en wat goed valt, bij dreigende dehydratie is extra vocht nodig. Geen invloed op diarreeduur.	gemiddeld	consensus
ORS	Bij [dreigende] dehydratie, geen invloed op diarreeduur.	substantieel	goed
Loperamide	Bij zeer hinderlijke diarree, let op contra-indicaties.	substantieel	goed
Probiotica		substantieel	laag
Negatieve aanbeveling			
Antibiotica	Alleen te overwegen bij immuungecompromitteerde patiënten en ernstig zieken.	negatief	goed
Niet eten [carentie]	Voor welbevinden is het zinvol voeding te gebruiken.	negatief	geen
Carbo absorbens en tannalbumine		negatief	geen
Geen aanbeveling mogelijk			
Speciale 'stoppende' voedingsmiddelen	Bananen, rijst, droge crackers.	onduidelijk	geen
Bismuth	Mogelijk zinvol bij infectieuze diarree, niet in Nederland verkrijgbaar.	onduidelijk	laag
Zink	Alleen bij zinktekort [ontwikkelingslanden].	gemiddeld	goed

keur met azitromycine (1 dd 500 mg, 3 dagen). Bij aangetoon- de *Salmonella*, enterohemorrhagische/shigatoxineproduceren- de *Escherichia coli* of een *Clostridium difficile*-infectie is er een contra-indicatie voor antibiotica.⁶

ORS (Oral Rehydration Solutions)

ORS is ontwikkeld voor en effectief bij de symptomatische behandeling van cholera, maar is er geen kwalitatief goed onderzoek gedaan naar het gebruik van ORS bij volwassenen of kinderen met acute diarree in westerse landen.⁵ In de huisartsen- praktijk wordt geadviseerd om de behandeling met ORS te star- ten bij patiënten met een sterk verhoogd risico op dehydratie.²

Probiotica

Er zijn verschillende soorten probiotica (lactosebacillen en gisten). De vele onderzoeken met probiotica laten gemiddeld een gunstig effect zien op de duur van acute diarree bij zowel kinderen als volwassenen.^{15,16} Daarnaast is probiotica effectief bij de preventie van reizigersdiarree en antibioticageassocieer- de diarree.¹⁷⁻¹⁹ Er zijn geen bijwerkingen gerapporteerd.

Absorbentia en adstringentia

Van absorbentia zoals carbo absorbens (actieve kool, merk- naam Norit®) en looizuurhoudende adstringentia (tannalbu- mine, tasectan) is het effect op de duur van diarree onvoldoen- de aangetoond. Er zijn wel bijwerkingen bekend van looizuur, maar niet van looizuurhoudende adstringentia.² Deze middelen worden afgeraden wegens gebrek aan gegevens over de effectiviteit en mogelijke bijwerkingen.^{2,11}

Andere middelen

Zink heeft een gunstige invloed op diarree bij kinderen in ontwikkelingslanden, die vaak een zinktekort hebben.²⁰ Het

lijkt niet zinvol om zink voor te schrijven in ontwikkelde landen.^{21,22}

Bismuth subsalicylaat is effectief bij diarree, maar minder effectief dan loperamide. Het middel is lastig in gebruik (fre- quent doseren, met veel vloeistof innemen) en in Nederland niet in de handel.¹¹

Accedadril is vermoedelijk even effectief als loperamide, maar is in Nederland evenmin in de handel.^{11,23} ■

VERVOLG CASUS

U adviseert Marieke om voldoende te drinken en wel te eten. Zolang zij waterdunne diarree heeft, kan zij om de 2 uur 2 mg loperamide inne- men. U adviseert haar om de informatie na te lezen op [https://www. thuisarts.nl/diarree/ik-heb-diarree](https://www.thuisarts.nl/diarree/ik-heb-diarree).

LITERATUUR

- De Jongh TOH, Schierenberg A. Diarree. In: De Jongh TOH, De Vries H. Therapie van alledaagse klachten. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2017.
- Belo JN, Bos ML, Brühl PhC, Lemmen WH, Pijpers MAM, Van den Donk M, et al. NHG-Standaard Acute diarree (derde herzie- ning). Utrecht: NHG, 2014. www.nhg.org.
- De Wit NJ, Schierenberg A, Witterman BJM. Acute diarree. In: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, Knottnerus BJ. Diagnostiek van alledaagse klachten. Vierde druk. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2016.

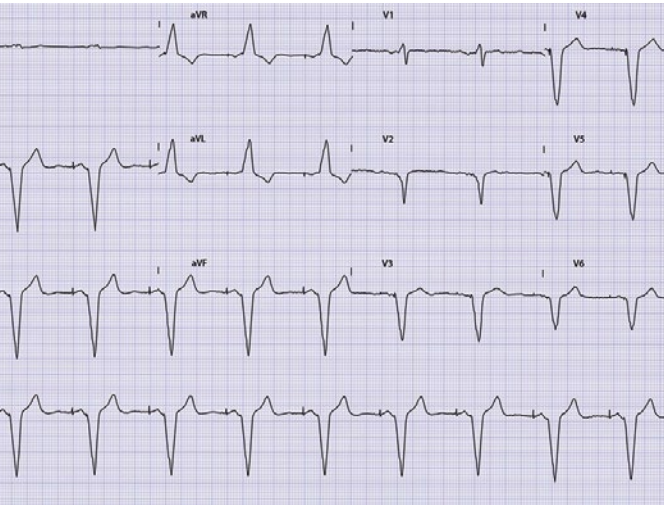
De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

De Jongh TOH. Behandeling van diarree. Huisarts Wet 2018;61[7]:50-1. DOI: 10.1007/s12445-018-0200-6. LUMC, Leiden: T.O.H. de Jongh, huisarts n.p. en docent, tohdejongh@telfort.nl; UMC Utrecht, Julius centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskun- de: A. Schierenberg, arts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Ecg-casus ‘Een raadsel’

Robert Willemsen, Karen Konings

Het ecg van deze patiënt ziet er als volgt uit:



CASUS
Patiënt: Onbekend.
Ecg: Op de behandelkamer treft de assistente een Ecg aan. Per abuis staat er geen naam of geboortedatum op het ecg.

OPGAVE
1. Beschrijf het ecg systematisch volgens ECG-10+.^{1,2}
2. Waarom kan dit ecg slechts aan enkele patiënten in uw praktijk toebehoren?

Het juiste antwoord vindt u op www.henw.org.

LITERATUUR
1. Konings KTS, Willemsen RTA. ECG10+: systematisch ECG's beoordelen. Huisarts Wet 2016;59:166-70.
2. Konings K, Willemsen RTA, Bertholet GJM. ECG's beoordelen én begrijpen. Houten: uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum, 2017.

Uw diagnose

Een 66-jarige man komt op het spreekuur met een bultje in zijn linker lies die daar sinds enkele weken zit. De afwijking jeukt niet, soms lijkt er wat vocht uit te komen. De man heeft diabetes mellitus type 2, atriumfibrilleren en had in het verleden een bypassoperatie.

Na een excisie volgt de uitslag van het PA. Welke diagnose betreft het?

- 1. Nodulair basaalcelcarcinoom
- 2. Granuloma pyogenicum
- 3. Amelanotisch melanoom
- 4. Merkelcelcarcinoom

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

Foto's gezocht

Ziet u ook een bijzondere aandoening op het spreekuur? Denk dan aan de fotoquiz Uw diagnose van H&W. Maak er een goede en scherpe foto van (of meerdere), liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb), met een duidelijke diagnose. Mail uw bijdrage naar: redactie@nhg.org onder vermelding van 'Uw diagnose'.



Foto: Mijke Pelkman, huisarts in opleiding

Medicatiegebruik tijdens zwangerschap en lactatie



Foto: iStock

1. Wat was de aanleiding om huisartsen te ondervragen over de multidisciplinaire richtlijn SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie?
 - a. Huisartsen weken af van de richtlijn.
 - b. Huisartsen waren niet goed bekend met de richtlijn.
 - c. Er waren twijfels over de gebruiksvriendelijkheid van de richtlijn voor huisartsen.
2. Onbehandelde angst- en depressieklachten kunnen leiden tot vroeggeboorte en een laag geboortegewicht. Behandeling met SRRI's kan leiden tot aangeboren afwijkingen en een slechte start van de neonaat. Tot welk beleid neigt de richtlijn bij een zwangere die een SSRI gebruikt?
 - a. Bij voorkeur staken SSRI.
 - b. Bij voorkeur dosis halveren en doorgebruiken SSRI.
 - c. Bij voorkeur doorgebruiken SSRI.
3. Er is onderzocht in hoeverre huisartsen aanbevelingen uit de NHG-Standaarden opvolgen. Een aantal kenmerken is positief geassocieerd met het opvolgen van aanbevelingen. Welk kenmerk hoort daarbij?
 - a. Als de aanbeveling een nieuwe vaardigheid bevat.
 - b. Als de aanbeveling een verandering in bestaande routines inhoudt.
 - c. Als de aanbeveling makkelijk uit te proberen is.
4. Veel huisartsen kennen de multidisciplinaire richtlijn SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie niet of gebruiken deze niet. Wat is de kritiek van de huisartsen op de richtlijn?
 - a. Onvoldoende toepasbaarheid, onvoldoende inbedding in bestaande richtlijnen.
 - b. Leesbaarheid is onvoldoende, inhoudelijke informatie is onvoldoende.
 - c. Informatie is niet altijd eenduidig interpreteerbaar, doelgroep is de tweede lijn.
5. Mevrouw Hanssen, 32 jaar, vertelt op het spreekuur dat ze zwanger is, ze had een week geleden ongesteld moeten worden. Ze heeft een goed ingestelde hypothyreoïdie waarvoor ze levothyroxine gebruikt. De huisarts geeft aan dat mevrouw Hanssen haar schildklierfunctie moet laten bepalen. Welk beleid is aangewezen ten aanzien van levothyroxine?
 - a. De dosis levothyroxine verlagen.
 - b. De dosis levothyroxine ongewijzigd laten.
 - c. De dosis levothyroxine verhogen.
6. Mevrouw El Hamadi, 25 jaar, is 32 weken zwanger. Ze komt opnieuw op het spreekuur, omdat zij nog steeds last heeft van nachtelijk zuurbranden. De huisarts heeft eerder geadviseerd het hoofdeinde van het bed te verhogen. Omdat de klachten van mevrouw El Hamadi niet verdwijnen, stelt de huisarts voor medicatie te proberen. Welke medicatie is aangewezen?
 - a. Een anti-acidum.
 - b. Een H2-receptorantagonist.
 - c. Een protonpompremmer.
7. De aios checkt bij haar opleider of ze cranberrysap mag adviseren aan een zwangere met recidiverende urineweginfecties. De opleider antwoordt dat het advies over cranberrysap hetzelfde is als het advies over de meeste zelfzorgmiddelen in de zwangerschap. Wat is dat advies?

- a. Gebruik wordt afgeraden.
 - b. Gebruik is toegestaan.
 - c. Gebruikt is alleen in het tweede en derde trimester toegestaan.
8. De huisarts heeft bij mevrouw Hamstra, 28 jaar, een urineweginfectie geconstateerd. Mevrouw Hamstra is 39⁺⁵ weken zwanger, ze is over 2 dagen uitgerekend. De huisarts wil in afwachting van de kweekuitslag alvast starten met de behandeling. Welk middel is eerst aangewezen?
- a. Amoxicilline/clavulaanzuur.
 - b. Nitrofurantoïne.
 - c. Trimethoprim.

De kennistoets is gemaakt door Henk Folkers, huisarts en toetsdeskundige. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

GEBRUIKTE BRONNEN
Oppel L, Van Vliet I, Numans M. Gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap. Huisarts Wet 2018;61(7):34-5. DOI: 10.1007/s12445-018-0195-z.
De Jong-Potjer LC, Beentjes M, Bogchelman M, Jaspar AHJ, Van Asselt KM. NHG-Standaard Preconceptiezorg. Huisarts Wet 2011;54:310-26.
Beentjes M, Weersma R, Koch W, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode [tweede herziening]. Huisarts Wet 2012;55:112-25. www.nvk.nl/richtlijn en bijdragen/SSRI-gebruik in de zwangerschap en tijdens de lactatie. www.farmacotherapeutischkompas.nl. www.lareb.nl.

ANTWOORDEN
1a / 3c / 2c / 5c / 6a / 7a / 8a

NHG-Wetenschapsdag 2018

Fijtje Koets

Bruggen bouwen tussen onderzoek en praktijk was de titel van de NHG-Wetenschapsdag 2018. Die missie is geslaagd, want 250 bezoekers, een evenwichtige mix van praktiserende huisartsen, onderzoekers, aiotho's en aios, wisten elkaar te vinden op vrijdag 8 juni in Amsterdam.

Bestuursvoorzitter Rob Dijkstra van het NHG, dat de Wetenschapsdag organiseerde met VUmc, sinds juni met AMC gefuseerd tot Amsterdam UMC: "Wetenschap vertalen naar iets waar de huisarts wat mee kan, dat is de reden van bestaan van het NHG." Daarom organiseert het NHG al jarenlang de Wetenschapsdag.

Maar de brug tussen wetenschap en praktijk is gediend met tweerichtingsverkeer, aldus Dijkstra die de Onderzoeksagenda Huisartsenzorg noemt. Die bevat de belangrijkste onderzoeksvragen uit de praktijk, door huisartsen zelf aangereikt of geselecteerd. Het is de bedoeling dat deze onderzoeksvragen uit de praktijk ook weer hun weg weten te vinden naar de onderzoeksinstituten. Daarom brainstormden onderzoekers en huisartsen in een van de workshops over wegen om vragen uit de Onderzoeksagenda ook daadwerkelijk te laten onderzoeken. Ook het Fonds Alledaagse Ziekten, met steun van het NHG opgericht om de diagnose en behandeling van alledaagse aandoeningen in de huisartsenpraktijk te verbeteren, was aanwezig om hun onderzoeksvragen onder de aandacht te brengen van wetenschappers.

Wetenschappers vertelden over hun onderzoek, zoals Ton Kuijpers van het NHG over GRADE, een methode om kwaliteit van bewijs voor richtlijnen te wegen en inzichtelijk te maken. Een huisarts en huisartsenopleider die de workshop volgde, zelf geen onderzoeker: "De helft van de wetenschappelijke or-



Workshop over de Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde

Foto: Inge Mol

ganisaties wereldwijd gebruikt GRADE, ook in standaarden. Ik wil er mijn aios over kunnen vertellen." Een brug slaan tussen onderzoek en praktijk betekent

Hoogleraar Pim Teunissen: "Waarom onderzoeken we soms het verkeerde?"

ook je resultaten toegankelijk maken via tekst. Daarvoor was er een populaire schrijfworkshop voor Huisarts & Wetenschap door de H&W-redactie zelf.

TOEPASBAAR

De Wetenschapsdag ging niet alleen over onderzoek doen en presenteren, maar bood ook heel veel medisch-inhoudelijke onderwerpen en praktisch toepasbare uitkomsten van al dit onderzoek: van een mobiele app bij urine-in-

continentie tot advance care planning bij ouderen, van effectief terugdringen van nutteloze vitaminetests tot pijnbestrijding bij kinderen.

Veel aiotho's en andere onderzoekers, van Maastricht tot Groningen en van Rotterdam tot Nijmegen, vertelden 's middags in vier of tien minuten over hun onderzoek, gevolgd door telkens een pittige discussie van drie of vijf minuten. "Je wordt zo wel gedwongen om je te beperken tot de kern", aldus een aiotho na haar presentatie. Moderatoren hielden het tempo erin, aldus een bezoeker, wat zorgde voor een levendige middagsessie. De titels van de besproken onderzoeken staan op www.henw.org.

AFGETIMMERD VERHAAL

Bezoekers konden behalve voor series korte presentaties ook voor de langere workshops kiezen. Zo was er een workshop met CAT's, critically appraised topics (systematische samenvattingen van een beperkt aantal onderzoeksresultaten over een onderwerp uit de dagelijkse

praktijk/red.) door huisartsen in opleiding. Een bezoeker over deze workshop: "De CAT over antibioticagebruik bij diverticulitis was erg goed. Terecht dat Davith de Vries met zijn CAT vandaag de Jan van Esprijs en tegelijkertijd de Publieksprijs heeft gewonnen. Het was een afgetimmerd verhaal dat klopte, artikel netjes kritisch beoordeeld, goede powerpointpresentatie." Dit is een prijs van het Jan van Es Instituut dat een brug slaat tussen wetenschap en praktijk en is vernoemd naar een pionier in de huisartsenzorg. Aan het NHG de eer om jaarlijks deze prijs uit te reiken op de NHG-Wetenschapsdag.

INTERNATIONALE UITWISSELING

Huisarts-onderzoeker Sander van Doorn ontving op de Wetenschapsdag een prijs voor onderzoek naar atriumfibrilleren (www.nhgwetenschapsdag.nl/ winnaar). De NHG-Wetenschapsprijs gaat naar het beste internationale artikel met een huisarts, aiotho of gepromoveerde aios als eerste auteur. De winnaar spreekt namens het NHG op het congres van de North American Primary Care Research Group (NAPCRG), de organisator van het Amerikaanse wetenschappelijke huisartsencongres. NAPCRG en NHG wisselen sprekers uit voor elkaars congressen.

De Amerikaanse spreker op de NHG-Wetenschapsdag namens de NAPCRG was dit jaar Amanda Weidner van de University of Washington in Seattle, met een plenaire lezing over burn-out bij huisartsen aan het begin van hun carrière. Het blijkt dat een inhoudelijk breder takenpakket gezondheid van deze huisartsen bevordert. Frans Rutten, die vorig jaar op het NAPCRG-congres sprak, gaf een plenaire lezing over zijn onderzoek naar hartfalen. Otto Maarsingh sprak op uitnodiging van VUmc, nu Amsterdam UMC, over hoe je in de dagelijkse praktijk omgaat met gebrek aan wetenschappelijk bewijs. Jochen Cals vertelde over zijn oplossing van een prangend onderzoekersprobleem: hoe kom je aan voldoende respondenten? Drukbezette



Amanda Weidner over burn-out bij beginnende huisartsen.

Foto: Inge Mol

huisartsen vinden meedoen aan onderzoek vaak een belasting. Cals organiseerde daarom een succesvolle flashmob tijdens de Huisartsen-Hartweek: "Ook weken na de flashmob belden er enthousiaste huisartsen: kan ik nog meedoen?"

SYMPTOMATICS

Keynotespreker prof. dr. Pim Teunissen, "Ik ben de vleesgeworden brug tussen onderzoek en praktijk", is naast praktiserend gynaecoloog aan VUmc, nu Amsterdam UMC, ook onderzoeker in Maastricht als hoogleraar werkplekieren in de gezondheidszorg. Hij besprak een ander heet hangijzer van geneeskundig onderzoek: het verkeerde onderzoeken oftewel onbelangrijke onderzoeksvragen. Waarom onderzoeken we soms het verkeerde? Teunissen ging in op wetenschapsfilosofische uitgangspunten, zoals de relatie tussen paradigma's en ontologie. Zo gaat een positivistisch paradigma ervan uit dat er één onomstotelijke waarheid uit je onderzoek moet rollen. Dat sluit onderzoek van de grillige werkelijkheid vaak uit. Teunissen: "Waarom schrijven artsen niet de bewezen effectieve behandeling voor? Omdat ze weten dat patiënten zich daar niet aan houden, *patients don't comply*.

Ik onderzoek hoe artsen leren van hun werk, en hoe onderwijs werkt, hoe geneeskundestudenten leren. Wat gebeurt er bij onderwijs, hoe werken ervaringen, hoe beïnvloedt wat je wel en niet mag, datgene wat je leert?"

Ook de tweede keynotespreker, Eiko Fried van Universiteit Leiden, brak een lans voor complexiteit omarmen. Hij verontschuldigde zich schertsend voor de term Symptomatics als titel voor zijn keynotespeech: "toen mijn onderzoek begon, waren termen met -atics erg in de mode". Hij pleitte voor symptomen als uitgangspunt van onderzoek, in plaats van syndromen. Het zijn immers de symptomen waar patiënten last van hebben. Hij brak een lans voor creativiteit in onderzoek, voor onderzoeksplannen die ruimte openlaten voor individuele verschillen tussen patiënten en voor de realiteit van de dagelijkse praktijk. ■

Alle presentaties van de NHG-Wetenschapsdag 2018 en foto's van de sprekers vindt u op www.nhgwetenschapsdag.nl, Terugblik. Het thema van volgend jaar is de interactie tussen patiënt, huisarts en context [Radbaudumc, 21 juni 2019].

Onderzoek NHG-Wetenschapsdag 2018

Op 8 juni 2018 was VUmc in Amsterdam het toneel van de NHG-Wetenschapsdag, met als thema 'Bruggen bouwen tussen onderzoek en praktijk'. Het verslag van deze dag staat ook op www.henw.org. Veel interessante abstracts passeerden de revue. We hebben ze voor u per aandachtsgebied geclusterd. De volledige abstracts vindt u op www.nhgwetenschapsdag.nl [klik bovenin op terugblik en dan Abstractenboek NHG-Wetenschapsdag 2018].

OUDEREN



Foto: Shutterstock

- Hoe doorbreken eerstelijns zorgverleners barrières voor advance care planning met ouderen? Een kwalitatief onderzoek. J.J. Glaudemans, J. Wind, B.D. Onwuteaka Philipsen, D.L. Willems.
- Advance Care Planning in de (huisarts)praktijk. Denken en praten ouderen over behandelwensen? A. van der Plas, M. Eliel, W. Schuijlenburg, D. Willems, B.D. Onwuteaka-Philipsen.
- Predicting the 2-year course of persistent physical symptoms. J.C. van der Wouden, N. Claassen-van Dessel, J. Twisk, H.E. van der Horst, J. Dekker.
- Is een multifactoriële interventie voor duizeligheid bij ouderen in de huisartsenpraktijk effectief? Een cluster-gerandomiseerde trial. H. Stam, J.C. van der Wouden, J.G. Hugtenburg, J.W.R. Twisk, H.E. van der Horst, O.R. Maarsingh.
- Welke oudste ouderen krijgen van huisarts het advies te stoppen met het gebruik van statines? M.A. van der Ploeg, S.S. Streit, W.P. Achterberg, J. Gussekloo, R.K.E. dr. Poortvliet.
- Effecten van medicatiebeoordeling uitgaande van individuele behandeldoelen van ouderen met polyfarmacie; de DREAMeR studie. M.A. Verdoorn, H.F. Kwint, J.W. Blom, M.L. Bouvy, J. Gussekloo.
- Effecten van een geïntegreerd ouderenzorgprogramma op mantelzorgers van kwetsbare thuiswonende ouderen; 'les-

- sons learned'. F.G.H. Ruikes, S.U. Zuidema, R.A. Akkermans, W.J.J. Assendelft, H.J. Schers, R.T.C.M. Koopmans.
- Als trends samenkomen – Een Delphi studie naar de zorgvraag van ouderen in de toekomst. W.M. Ravensbergen, Y.M. Drewes, J. Gussekloo, R. Vonk.
- Complexe ouderenzorg: een uitdaging voor het onderwijs. K.W.J. Koetsenruijter.
- Verwachtingen van thuiswonende ouderen met beperkende klachten van de huisarts[praktijk]. Een kwalitatieve studie. S.C.E. van Blijswijk, C.S. de Waard, P.G. Peet, D. Keizer, M. van Faber, M.W.M. de Waal, W.P.J. den Elzen, J. Gussekloo, J.W. Blom.
- Evaluatie van persoonlijke doelen van ouderen met 'goal attainment scaling'. Een haalbaarheidsstudie in de huisartspraktijk. S.C.E. van Blijswijk, J. Gussekloo, A.W. Wind, W.P.J. den Elzen, J.W. Blom.
- Onrust bij ouderen: een wijkgerichte aanpak. A.N. van Dijk, M.A. van Bokhoven.
- De associatie tussen implementatie en effectiviteit van een geïntegreerd ouderenzorgprogramma gericht op kwetsbare thuiswonende ouderen. F.G.H. Ruikes, B.G.I. van Gaal, S.U. Zuidema, R.A. Akkermans, W.J.J. Assendelft, H.J. Schers, R.T.C.M. Koopmans.
- Perspectieven op kwaliteit van de overdracht van zorg bij ontslag uit het ziekenhuis voor kwetsbare ouderen. L.S. van Tol, S.K. Kuipers, J.G. Gussekloo, Y.M.D. Drewes.
- De FRAIL-AF studie. Het switchen van VKA naar NOAC bij kwetsbare ouderen met atriumfibrilleren. L.P.T. Joosten, F.H. Rutten, A.W. Hoes, G.J. Geersing.
- De klinische waarde van anti-TPO antistoffen bij oudste ouderen: de Leiden 85-plus studie. R.S. du Puy, R.K.E. Poortvliet, M. Snel, W.P.J. den Elzen, B.E.B.P. Ballieux, O.M. Dekkers, S.P. Mooijaart, J. Gussekloo.
- Wat is de meest valide methode om kwetsbare ouderen te identificeren in de huisartspraktijk? Diagnostische waarde van 11 methoden in de IKO studie. H.P.J. van Hout, E.O. Hoogendijk.
- Welke risicoscore voorspelt SEH bezoek en ziekenhuisopname van kwetsbare ouderen uit 6 landen het best? Vergeleking van 8 risicoscores, de IBenC studie. H.P.J. van Hout, H.G. van der Roest, D. van Bentem.
- Het bespreekbaar maken van problemen in een geriatrisch assessment is geen sinecure. W. Rietkerk, M.F. Smit, K. Wynia, J.P.J. Slaets, S.U. Zuidema, D.L. Gerritsen.
- Dizziness in general practice, linking research and practice. O. Maarsingh.

ASTMA/COPD/STOPPEN MET ROKEN



Foto: iStock

- Karakteristieken van lichamelijke activiteit bij niet-ernstig COPD. A.R. van Buul, R.G.A.J.M. Helmes, M.J. Kasteleyn, T.N. Bonten, R. de Mutsert, P.S. Hiemstra, S. le Cessie, F.R. Rosendaal, N.H. Chavannes, C. Taube.

- Protocolled practice nurse-led care for children with asthma in primary care: study protocol for a cluster randomized trial. S. Bousema, J.H. Verwoerd, P.J.E. Bindels, G. Elshout, L.M.A. Goossens.
- Tijdrelatie tussen de diagnostiek van astma en COPD en de start van de behandeling met inhalatie-corticosteroiden in de huisartsenpraktijk, resultaten van een retrospectief cohortonderzoek. L. van den Bemt, I.G. Geraerts, T.S. Schermer, J.K. Kocks, R.A. Akkermans, E.B. Bischoff.
- De cervixscreening als moment om stoppen-met-roken te bespreken in de huisartsenpraktijk. Een kwalitatieve exploratieve studie onder vrouwelijke rokers. M.B.L. Mansour, M.R. Crone, H.C. van Weert, N.H. Chavannes, K.M. van Asselt.
- Geslachts- en leeftijdsspecifieke prevalentie van chronische comorbiditeit bij volwassenen met astma in de huisartsenpraktijk. T.R.J. Schermer, M. Veenendaal, J. Westerik, L. van den Bemt, J.W. Kocks, E. Bischoff.
- De stille sociaaleconomische gevolgen van chronische longziekten in resource-arme gebieden in Afrika, Azië en Europa. Een FRESH AIR studie. D. Vermond, E.A. Brakema, A. Tabyshova, M.J.J. van der Kleij, T. Sooronbaev, C. Lionis, M. Anastasaki, A. le Pham, L.T. Nguyen, B. Kirenga, S. Walusimbi, M.J. Postma, N.H. Chavannes, J.F.M. van Boven.

NIERZIEKTEN, DIABETES, SCHILDKLIJER- EN ANDERE METABOLE AANDOENINGEN

- Een interventie met het PLISSIT gespreksmodel in de huisartsenpraktijk bij seksuele problemen bij mensen met type 2 diabetes mellitus: resultaten van een cluster gerandomiseerde studie. P.J.M. Elders, A. Bijlsma-Rutte, A.M.J. Braamse, P. van Oppen, F.J. Snoek, P. Enzlin, P. Leusink, G. Nijpels.
- Diabetes zelfmanagement educatie na preselectie op zelfmanagementvaardigheden: resultaten van een RCT met 2,5 jaar follow-up. R.C. Vos, L. van Heusden, G.E.H.M. Rutten.
- Predictiemodellen voor het risico op de ontwikkeling van nefropathie in mensen met type 2 diabetes: een systematische review. M. Gort, J.W.J. Beulens, G. Nijpels, P.J.M. Elders, A.A. van der Heijden.
- Willen mensen met type 2 diabetes ondersteund worden in hun zelfmanagement door een smartphone app? De eerste resultaten van de TRIGGER studie. A.M. Boels, R.C. Vos, L.T. Dijkhorst-Oei, G.E.H.M. Rutten.
- Evaluatie effectiviteit eerstelijns DM2-ketenzorgprogramma. S. van Bruggen, M.J. Kasteleyn, S.P. Rauw, T.N. Bonten, N.H. Chavannes, M.E. Numans.
- Protocol los: iedere patiënt z'n eigen plan! S. van Bruggen, M.J. Kasteleyn, N.H. Chavannes, M.E. Numans.
- De prevalentie van Limited Joint Mobility bij patiënten met diabetes-mellitus type 2 in de huisartspraktijk: een cross-sectioneel onderzoek. J. Jaeken, L. Alabdali, M. van den Akker, G.J. Dinant, R.P.G. Ottenheijm.
- Verschillen in HbA1c en tijd tot insuline initiatie tussen een Westerse en niet-Westse type 2 diabetes populatie.



Foto: Shutterstock

- Het Diabetes Zorgsysteem [DZS] cohort. A.A.W.A. van der Heijden, S. Bouchareb, M.G.A.A.M. Nijpels, P.J.M. Elders.
- Wat patiënten met milde tot matige nierschade weten, denken en voelen over hun ziekte; een interview studie. C. van Dipten, W.J.C. de Grauw, J.F.M. Wetzels, W.J.J. Assendelft, N.D. Scherpier-de Haan, M.K. Dees.
- De prospectieve associatie tussen type 2 diabetes en fracturen. K.M.A. Swart, T. Merlijn, J.C. Netelenbos, P.J.M. Elders.
- Effecten van de gedwongen overstap van Thyrox naar een ander merk levothyroxine. L.E. Flinterman, K. Hek, E. Fliers, P.H.L.T. Bisschop, L. van Dijk, J.C. Korevaar.
- Het effect van de gedwongen medicatiewisseling van Thyrox Duotab naar een ander thyreomimetica in de huisartsenpraktijk. M.C. Daggelders, M.F. Kortekaas.

INFECTIEZIEKTEN

- Evaluatie van de Thuisartsfilms over infectieziekten. A.J.M. Drenthen, D. Beaujean, T. Oomen, R.P.H. Beijaert.
- Chronische hepatitis B bij Marokkaanse immigranten; een kwantitatieve studie naar factoren geassocieerd met screeningsdeelname. N. Hamdiui, M.L. Stein, A. Timen, D. Timmermans, A. Wong, M.E.T.C. van den Muijsenbergh, J.E. van Steenberghe.
- Langetermijneffecten van influenzavaccinatie van ouderen op sterfte. R.A.F. Verhees, C. Thijs, A. Ambergen, G.J. Dinant, A. Knottnerus.



Foto: iStock

BEWEGINGSAPPARAAT



Foto: Shutterstock

- Effectiveness of non-steroidal anti-inflammatory drugs for acute low back pain. W.H. van der Gaag, P.D.D.M. Roelofs, W.T.M. Enthoven, M.W. van Tulder, B.W. Koes.
- Populatiescreening en behandeling van hoog fractuurrisico bij oudere vrouwen: de SALT Osteoporose Studie, een gerandomiseerde pragmatische trial. T. Merlijn, K.M.A. Swart, N.M. van Schoor, M.W. Heijmans, P. Lips, H.E. van der Horst, C. Niemeijer, J.C. Netelenbos, P.J.M. Elders.
- Associatie tussen inflammatoire biomarkers en aspecifieke lage rugpijn: een systematische review. R. van den Berg, E.M. Jongbloed, E.I.T. de Schepper, S.M.A. Bierma-Zeinstra, B.W. Koes, P.A.J. Luijsterburg.
- Het effect van gewichtsverandering op vroege knie-artrose kenmerken op MRI in vrouwen met overgewicht. M.L.A. Landsmeer, B.C. de Vos, P. van der Plas, M. van Middelkoop, D. Vroegindewij, E.H.G. Oei, S.M.A. Bierma-Zeinstra, J. Runhaar.

HART- EN VAATZIEKTEN

- Diep veneuze trombose bij ouderen veilig en efficiënter te excluderen met voor leeftijd gecorrigeerde D-dimeer afkapwaarde. A.G.H. van der Steen, G.J. Geersing, S. van Doorn.
- Huisarts HART Week: flashmob-onderzoek naar een beslisregel voor acuut coronair syndroom. A.M.R. Schols, R. Willemsen, T. Bonten, M. Rutten, B. Kietselaer, P. Stassen, G.J. Dinant, J. Cals.
- SUSTER: SUSTainable lifestyle inTERventions in [peri] menopausal women at high risk for CVD. What's the evidence? C.J. Leemrijse, J. Korevaar, M. Vervloet, L. van Dijk.
- Verlenging van het QTc interval is geassocieerd met een verhoogd risico op cardiovasculaire ziekten: de Hoorn Studie. S.J.G.C. Welten, A. van der Heijden, G. Nijpels, W.J. Beulens, P. Elders, J.M. Dekker.
- Potential role of the general practitioner in the management of heart failure. F. Rutten.

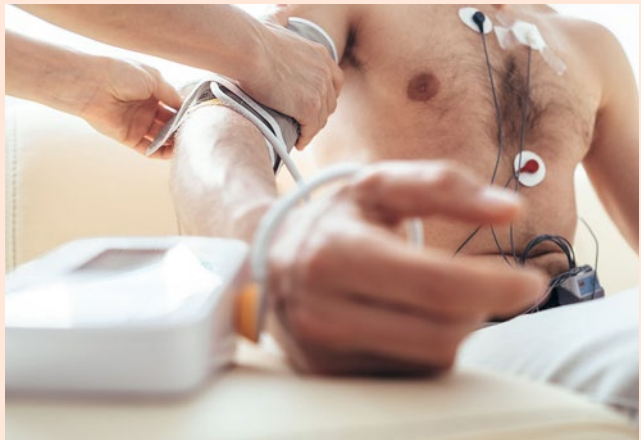


Foto: iStock

ONCOLOGIE

- Hoe staan huisartsen tegenover het bevolkingsonderzoek darmkanker? Een kwalitatieve interviewstudie. B.J. Knottnerus, L.S. Bertels, S. van der Heijden, M. Hoogsteyns, E. Dekker, K.M. van Asselt, H.C.P.M. van Weert.
- Mogelijke gemiste kansen voor het diagnosticeren van darmkanker in de huisartsenpraktijk: een multi-methods onderzoek. D. Brandenbarg, F. Groenhof, I.M. Siewers, A. van der Voort, F.M. Walter, A.J. Berendsen.
- Differentiële opkomst in de landelijke kankerscreening programma's. T.H.G. Bongaerts, F.L. Büchner, B.J.C. Middelkoop, O.R. Guicherit, N.A. Daha, M.E. Numans.
- Follow-up for prostate cancer in primary care. M.J. Heins, J. Korevaar, M. Schotman, B. van Bezooijen, I. Tchaoussoglou, M. van der Waart, L. Veldhuis, G. Donker, S van Dulmen, F.G. Schellevis.
- Ervaren vrouwen die behandeld zijn voor borstkanker op de lange termijn meer psychologische stress dan vrouwen van dezelfde leeftijd en huisarts? S.W.M.C. Accord-Maass, L.M. Boerman, P.F.M. Verhaak, G.H. de Bock, A.J. Berendsen.

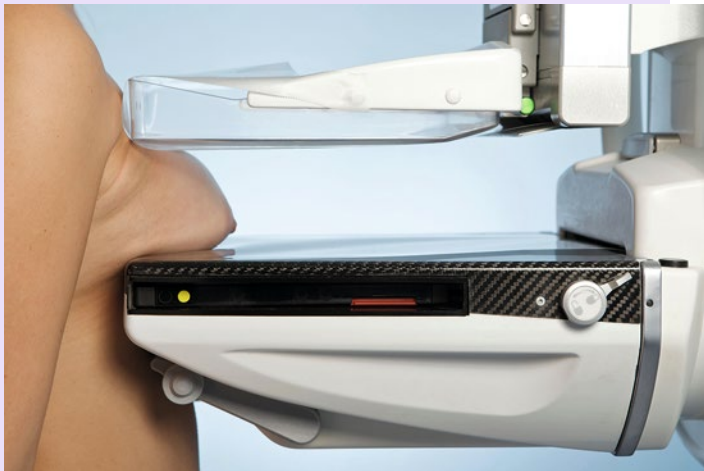


Foto: iStock

GGZ

- Grip op Klachten als hulpmiddel voor diagnostiek en gepersonaliseerde behandeling van somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten in de huisartspraktijk: Eerste resultaten. J.G.M. Rosmalen, P. van Aken, A. van Gils, D.J.C. Hanssen.
- Management of patients with persistent medically unexplained symptoms: a descriptive study from Dutch general practice. K. Sitnikova, R. Pret-Oskam, S.M.A. Dijkstra-Kersten, S.S. Leone, H.W.J. van Marwijk, H.E. van der Horst, J.C. van der Wouden.
- Afbouwen of continuatie van onderhoudsantidepressiva bij depressie; de rol van ondersteunende psychologische training. H. Burger, N. Klein, C. Bockting.
- Therapietrouw aan cardiovasculaire geneesmiddelen onder oudere patiënten gediagnosticeerd met een depressie - een cohortstudie. F. Holvast, H. Wouters, H. Burger, P.F.M. Verhaak.
- Verklaringen voor somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten in de dagelijkse praktijk: een kwalitatief observationeel onderzoek. T. Terpstra, J.G. Gol, P.L.B.J. Lucassen, J. Houwen, J.G.M. Rosmalen, T.C. Olde Hartman.
- De rol van centrale sensitisatie bij SOLK en chronische pijn. C. den Boer, J.C. van der Wouden, H.E. van der Van der Horst.
- Correlation between family physician burnout and scope of practice. A. Weidner, B. Fang, L.E. Peterson, R.L. Philips Jr.



Foto: Shutterstock

**COMMUNICATIE, ARTS-PATIËNTRELATIE
EN SAMENWERKING**



Foto: iStock

- De huisarts als arts van familie en vrienden? E. Giroldi, R. Freeth, M. Hanssen, J. W.M. Muris, M. Kay, J.W.L. Cals.
- Goede transmurale samenwerking, wat moet je daarvoor weten en kunnen? Resultaten van een online Delphi studie onder artsen. N.D. Scherpbier, M. Janssen, W.J.J. Assen-delft, C.R.M.G. Fluit, J. de de Graaf.

- Hoe beïnvloedt een meervoudige educatieve interventie, gericht op het optimaliseren van pijnbestrijding bij kinde-ren met een acute middenoorontsteking, de percepties van huisartsen aangaande deze aandoening en het beleid? R.T. van Uum, A. Sjoukes, R.P. Venekamp, A.G.M. Schilder, E. de Groot, R.A.M.J. Damoiseaux, S. Anthierens.
- Leidt een training tot een toename van de aandacht voor werk bij huisartsen en tot een grotere werkgerelateerde self-efficacy bij hun patiënten? Resultaten van een cluster RCT. C.A. de Kock, P.L.B.J. Lucassen, H. Bor, J.A. Knottnerus, P.C. Buijs, R. Steenbeek, A.L.M. Lagro-Janssen.
- Krachtige Basiszorg ontrafeld: evaluatie van interprofes-sionele samenwerking in een achterstandswijk. N.A. Bitter, C.J. Leemrijse, J. C. Korevaar.
- Communicatie van onderzoek naar praktijk - een prakti-sche aanpak in 'kenniscreatie'. C.C. Poot, E.A. Brakema, M.J.J. van der Kleij, D. Vermond, S. Williams, L. Cragg, J.M. van den Broek, N.H. Chavannes.
- Het effect van een in de huisartspraktijk geïntegreerde apotheker-farmacotherapeut op medicatie-gerelateer-de ziekenhuisopnames. V.M. Sloeserwij, A.C.M. Hazen, D.L.M. Zwart, J.M. Poldervaart, A.A. de Bont, A.J. Leendertse, M.L. Bouvy, J.J. de Gier, N.J. de Wit.

URO- EN GYNAECOLOGIE, SEKSUALITEIT EN SOA

- Voor- en nadelen van e-health bij urine-incontinentie; voorwaarden voor implementatie volgens zorgverle-ners. N.J. Wessels, E.J. Ruiter, A.M.M. Loohuis, P. Jellema, M.Y. Berger, M.H. Blanker.
- Ervaringen van vrouwen bij het gebruik van een nieuwe mobiele applicatie voor de behandeling van urine-inconti-nentie bij vrouwen. N.J. Wessels, L. Hulshof, A.M.M. Loohuis, P. Jellema, M.Y. Berger, M.H. Blanker.
- Effectiviteit van nascholing met spiegelinformatie op testgedrag van soa en hiv. J. Bakker, K. Groen, J.E.A.M. van Bergen, N. van Dijk.
- Mictieklachten bij kinderen met functionele obstipatie: een systematisch literatuuronderzoek. G.A. Holtman, J.J.G.T. van Summeren, S.C. van Ommeren, B.J. Kollen, J.H. Dekker, M.Y. Berger.
- Behandelvoorkeuren van vrouwen voor het levonorgestrel afgevend spiraaltje versus endometriumablatie bij hevig menstrueel bloedverlies. M.J. van den Brink, M.C. Herman, N.J.J. Claassen, M.Y. Bongers, P.M. Geomini, J.W. van der Steeg, L. van den Wijngaard, M. van Wely.
- Vrouwen in de reproductieve leeftijd met overgewicht willen graag hun levensstijl veranderen: de eerste stappen naar preventie van perinatale complicaties. Y.E.G. Timmermans, K.D.G. van de Kant, M.M. de Haas, B.W.W. Kramer, E. Dompeling, L.J.I. Zimmermann, M.A.E. Spaanderman, A.C.E. Vreugdenhil.

- Trends in het antibioticabeleid in de behandeling van gonorroe door huisartsen in Amsterdam-Zuidoost tus-sen 2010 en 2015. R. van Amerongen, R.P. Gazendam, J.E.A.M. Van Bergen.
- Zelfmanagement voor plasklachten bij mannen: weging van wetenschappelijk bewijs door huisartsen en urologen. P. Brandenburg, B.G.C. Slijkhuis, P. Jellema, M.H. Blanker.
- Meer kans op perforaties bij plaatsing spiraal postpartum. M. van Schouwenburg.



Foto: iStock

ONDERZOEK EN OPLEIDING

- Van onderzoek naar praktijk: versnelde ontwikkeling van aanbevelingen voor de huisarts. T. Kuijpers, T.B. Bekkering, B.A. Aertgeerts, M.V. Vermandere, J.B. Burgers.
- Voortijdige beëindiging van de PACE Plus trial: problemen met patiënten-inclusie in de huisartspraktijk. M. Schreijen-berg, P.A.J. Luijsterburg, Y.D.M. Van Trier, D. Rizopoulos, M.A. Koopmanschap, L. Voogt, C.G. Maher, B.W. Koes.
- The bigger picture of direct observation in residency: general practice supervisors' views. C.B.T. Rietmeijer, D. Huisman, A.H. Blankenstein, H. de Vries, F. Scheele, A.W.M. Kramer, P.W. Teunissen.
- Aanbevelingen voor diagnostische studies in lage pre-valentie situaties. G.A. Holtman, M.Y. Berger, H. Burger, J.J. Deeks, N. Donner-Banzhoff, T.R. Fanshawe, C. Koshariis, M.M. Leeftang, J. Oke, R. Perera, J.B. Reitsma, A. Van den Bruel.
- Wat helpt en wat hindert clinician-scientists in het verbinden van onderzoek en praktijk? M.E.L. Bartelink, R.A.M.J. Damoiseaux, E. de Groot, Y. Baggen, N. Moolenaar, D. Stevens, M. Smalbrugge.
- Sociaal-maatschappelijk dokteren door huisartsen: mist-wolken in het onderwijs. J. Ludikhuizen, E. Heesterbeek, C.H. Marees, F.J. Meijman.



Foto: iStock

VARIA

- Orgaandonatie na euthanasie en de huisarts. J. Mulder.
- REducing Vitamin tEsting in pRIMARY care pracTice: the REVERT study. S.F. van Vugt, E. de Schepper, P. Bindels, N.J. de Wit.



Foto: Shutterstock

- Triage in de spoedzorg voor mensen met verstandelijke beperkingen. M. Heutmakers, J. Naaldenberg, J. Leusink, H.M.J. Schroyensteen Lantman de Valk, J.J. Assendelft.
- Behandeling van eczeem met verschillende sterktes corticosteroïdcrème's bij kinderen in de huisartspraktijk: protocol voor een observationele cohortstudie met een ingebedde gerandomiseerde, gecontroleerde trial. K.F. van Halewijn, A.M. Bohnen, P.J. van den Berg, S.G.M.A. Pasmans, P.J.E. Bindels, G. Elshout.
- Komen chronisch zieken jaarlijks voor hun ziekte bij de huisarts? M.M.J. Nielen, M.J.J.C. Poos, J.C. Korevaar.
- General practitioners cannot rely on reported weight and height of children. J. van Leeuwen, M. van Middelkoop, B.W. Koes, P.J.E. Bindels, W.D. Paulis.
- Reflectie biedt uitkomst bij het vertalen van evidence naar alledaagse praktijk. M. van Braak, M. Veen, E. Giroldi, P.J. van den Berg.
- Leren van gestructureerde reflectie als middel om diag-nostische fouten te voorkomen. J.K.G. Kuhn, S. Mamede, P.J. van den Berg, P.J.E. Bindels, T.A.J.M. van Gog.
- Trend in voorschrijven van opioïden in de Nederlandse huisartsenpraktijken. Y.M. Weesie, L. van Dijk, L. Rook, L. Sandberg-Smits, H.G.M. Leufkens, K. Hek, R. Verheij.

Herziening NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2

Stappenplan medicamenteuze behandeling beperkt gewijzigd

Arianne Verburg, Tjerk Wiersma

De laatste tien jaar zijn er drie nieuwe medicijngroepen op de markt gekomen voor de behandeling van diabetes mellitus type 2. In de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 uit 2013 hadden deze middelen geen plaats in het stappenplan. De plaatsbepaling van deze medicijnen is opnieuw beoordeeld en het medicamenteuze stappenplan geactualiseerd.

De drie nieuwe medicijngroepen voor de behandeling van diabetes zijn DPP-4-remmers, GLP-1-receptoragonisten en SGLT-2-remmers. Een multidisciplinaire werkgroep heeft de literatuur over deze middelen uitgebreid beoordeeld en dat heeft geleid tot beperkte wijzigingen in het medicamenteuze stappenplan van de standaard. Er is een beperkte indicatie voor DPP-4-remmers en GLP-1-receptoragonisten als gebruik van insuline niet gewenst is. De werkgroep heeft de rest van het stappenplan eveneens opnieuw beoordeeld, waaronder de plaatsbepaling van NPH-insuline ten opzichte van de langwerkende insulineanalogen. Andere delen van de standaard zijn bij deze herziening buiten beschouwing gelaten. Komend jaar zullen de overige



Streefwaarden en controlefrequenties worden bij type-2-diabetespatiënten steeds meer toegespitst op het individu. Foto: iStock

paragrafen van deze standaard worden herzien.

VASTSTELLEN HBA_{1c}-STREEFWAARDEN
Het algoritme om de HbA_{1c}-streefwaarde te bepalen, is vervangen door tekst. Wij hopen hiermee de indeling in vier categorieën (op basis van leeftijd, ziekte duur en behandeling) te hebben verduidelijkt. Daarnaast bespreken we

factoren die aanleiding kunnen geven om van deze indeling af te wijken: micro- en/of macrovasculaire complicaties, comorbiditeit, kwetsbaarheid, risico's van eventuele hypoglykemie, levensverwachting, haalbaarheid en motivatie van de patiënt. De zorg voor de patiënt met diabetes mellitus type 2 wordt hiermee steeds meer geïndividualiseerd.

KERNBOODSCHAPPEN

- Doel van de behandeling is het voorkómen en behandelen van klachten en complicaties zoals [toename van] hart- en vaatziekten, chronische nierschade, retino- en neuropathie.
- Geef elke patiënt regelmatig educatie en leefstijladviezen [niet roken, goede voeding, gewichtsbeheersing, voldoende bewegen].
- De streefwaarde van het HbA_{1c} is afhankelijk van de leeftijd, behandeling en ziekte duur. Bij [kwetsbare] ouderen is de HbA_{1c}-streefwaarde in het algemeen hoger.
- Metformine, sulfonyleureumderivaten [bij voorkeur gliclazide] en insuline zijn de belangrijkste middelen bij de behandeling van diabetes type 2. Schrijf de overige bloedglucoseverlagende middelen alleen op indicatie voor.
- Stel de indicatie voor een antihypertensivum en een statine volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.
- De zorg voor type-2-diabetespatiënten wordt steeds meer geïndividualiseerd wat betreft de te behalen streefwaarden en controlefrequenties.

Verburg A, Wiersma Tj. Herziening NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Stappenplan medicamenteuze behandeling beperkt gewijzigd. Huisarts Wet 2018;61(7):65-5. DOI: 10.1007/s12445-018-0194-0. De NHG-werkgroep Diabetes mellitus type 2 bestond uit [in alfabetische volgorde]: Barents ESE, Bilo HJG, Bouma M, Van den Brink-Muinen A, Dankers M, Hart HE, Houweling STH, IJzerman RG, Janssen PGH, Kerksen A, Palmen J, Van den Donk M, Verburg-Oorthuizen AFE, Wiersma Tj. De volledige versie van de herziene NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 is te raadplegen op de website van het NHG, www.nhg.org/standaarden.

Tabel 1

Stappenplan bloedglucoseverlagende middelen	
Stap 1	Metformine
Stap 2	Voeg een sulfonyleureumderivaat toe [bij voorkeur gliclazide]
Stap 3	Voeg [middel]langwerkende insuline eenmaal daags toe [bij voorkeur NPH-insuline]. Alternatief [op indicatie]: DPP-4-remmer of GLP-1-receptoragonist
Stap 4	Intensiveer insulinebehandeling Alternatief [op indicatie]: DPP-4-remmer of GLP-1-receptoragonist

NIEUW STAPPENPLAN MEDICAMENTEUZE BEHANDELING
Bij de vertaling van de onderzoeksgegevens naar de aanbevelingen hebben we niet alleen rekening gehouden met de kwaliteit van het onderzoek, maar ook met de voor- en nadelen van de behandelingen. Het gaat hierbij om bijwerkingen, waaronder de kans op hypoglykemie en invloed op het gewicht, toedieningsvorm, veiligheid op langere termijn en kosten. Dit heeft ertoe geleid dat de eerste twee stappen in het stappenplan ongewijzigd zijn. Nieuw is dat er in stap 3 en 4 een beperkte indicatie is voor DPP-4-remmers en GLP-1-receptoragonisten, zie [tabel 1].

INDICATIES DPP-4-REMMERS EN GLP-1-RECEPTERAGONISTEN
DPP-4-remmers en GLP-1-receptoragonisten zijn te overwegen als alternatief voor insuline of intensivering van het insulinerégime bij een HbA_{1c} < 15 mmol/mol boven de streefwaarde indien spuiten en zelfcontrole moeilijk uitvoerbaar zijn óf als het vermijden van

hypoglykemieën van groot belang is. De huisarts kan de keuze dan samen met de patiënt maken aan de hand van factoren als BMI, mate van gewenste daling van het HbA_{1c}, leefstijl, therapietrouw, contra-indicaties, veiligheid op langere termijn en vergoeding. [Tabel 2] kan hierbij behulpzaam zijn.

SGLT-2-REMMERS LIJKEN VEELBELOVEND
Twee cardiovasculaire veiligheids-onderzoeken laten zien dat SGLT-2-remmers mogelijk een positief effect hebben op cardiovasculaire uitkomsten (vooral hartfalen) bij patiënten met een hoog cardiovasculair risico. Mede omdat het mechanisme hiervan niet bekend is, is het wenselijk dat deze uitkomsten worden bevestigd in effectiviteitsonderzoek. Bovendien zijn deze middelen pas vijf jaar geregistreerd in Nederland en is er momenteel nog onvoldoende duidelijkheid over de veiligheid van de middelen op de (middel) lange termijn, zoals keto-acidose, noodzaak tot amputaties aan de onderste le-

dematen of fracturen. Daarom hebben SGLT-2-remmers vooralsnog geen plek in het stappenplan.

NPH-INSULINE HOUDT DE VOORKEUR
In de huidige standaard heeft NPH-insuline de voorkeur boven de langwerkende insulineanalogen (insuline glargine, insuline detemir, insuline degludec). Aangezien deze aanbeveling in de praktijk slecht wordt nageleefd, hebben wij de onderzoeksgegevens opnieuw beoordeeld. Op grond hiervan blijft de aanbeveling dat NPH-insuline de voorkeur heeft boven de langwerkende insuline-analogen ongewijzigd. De voornaamste argumenten hiervoor zijn:

- de effectiviteit van NPH-insuline en de langwerkende analogen bij diabetes mellitus type 2 is gelijkwaardig;
- nachtelijke hypoglykemieën komen weinig voor, zodat de noodzaak om daarvoor langwerkende insulineanalogen voor te schrijven gering is;
- er is mogelijk een verhoogd risico op borstkanker bij gebruik van insuline glargine, hoewel dit niet overtuigend is aangetoond;
- de langwerkende insulineanalogen zijn duurder dan NPH-insuline.

CONCLUSIE
Metformine, sulfonyleureumderivaten (bij voorkeur gliclazide) en NPH-insuline blijven de hoekstenen van de medicamenteuze behandeling van diabetes mellitus type 2. ■

Tabel 2

Kenmerken van de bloedglucoseverlagende middelen uit stap 3

Beknopte weergave kenmerken						
	Toedieningsroute	HbA _{1c} -daling	Kans op hypoglykemieën	Effect op gewicht	Langetermijn-veiligheid	Kosten*
[Middel]langwerkende insuline [bij voorkeur NPH-insuline]	subcutaan	> 18 mmol/mol	matig	toename	goed	matig [inclusief aanvullende kosten, zoals bloedglucosemeting]
DPP-4-remmers	oraal	7 tot 9 mmol/mol	geen	toename [gering]	waarschijnlijk goed	matig
GLP-1-receptoragonisten	subcutaan	11 tot 18 mmol/mol	geen	afname	waarschijnlijk goed	zeer hoog

*Prijscategorieën [kosten per maand, bij gebruik van een gemiddelde dosering]: laag < € 20 euro; matig € 20 tot -50; hoog € 50 tot 100; zeer hoog > € 100 euro.

Duale plaatjesremming of alleen aspirine voor secundaire cardiovasculaire preventie

Ralph Harskamp, Geert-Jan Geersing

Aspirine geldt al decennia als de hoeksteen voor de preventie van hart- en vaatziekten (HVZ) bij patiënten met reeds aangetoonde HVZ of een hoog risico hierop. Een recente Cochrane-review laat zien dat het toevoegen van een tweede plaatjesremmer (clopidogrel) naast aspirine, de kans op een (nieuw) myocardinfarct of ischemisch CVA nog verder verlaagt. Toch is voorzichtigheid geboden, want dit positieve effect moet worden afgezet tegen een verhoogd risico op bloedingen.

Salicylaten (zoals aspirine) remmen de vorming van het prostaglandine tromboxaan A2. Door dit mechanisme remt aspirine de trombocytenaggregatie en daarmee het risico op een myocardinfarct en ischemisch CVA. Clopidogrel heeft eveneens een plaatjesremmend effect via binding aan bloedplaatjesreceptoren voor adenosinedifosfaat (ADP). Gecombineerd gebruik van salicylaten en clopidogrel heeft een versterkend, synergistisch effect op de plaatjesremming (in jargon: duale plaatjesremming) met mogelijk een extra beschermend effect op cardiovasculaire events.

DE COCHRANE-REVIEW

De auteurs includeerden 15 gerandomiseerde onderzoeken met in totaal 33.970 patiënten die werden behandeld met aspirine en clopidogrel versus alleen aspirine voor een verhoogd cardiovasculair risico of reeds aangetoonde HVZ.¹ De duur van de behandeling was ten minste 30 dagen en in 2 onderzoeken langer dan 1 jaar (gemiddeld namelijk 28 maanden en 8,2 jaar). Het relatief risico op het ontwikkelen van een myocardinfarct of ischemisch CVA voor aspirine en clopidogrel versus alleen aspirine was respectievelijk 0,78 (95%-BI 0,69 tot 0,90) en 0,73 (95%-BI 0,59 tot 0,91). Het aantal patiënten dat met duale plaatjesremming moest worden behandeld om bij één extra persoon een myocardinfarct of CVA te voorkomen, was respectievelijk 77 en 43 over een periode van 12 maanden. Er was geen verschil in (cardiovasculaire) mortaliteit. Het relatief risico op majeure en mineure bloedingen was respectievelijk 1,44 (95%-BI 1,25 tot 1,64) en 2,03 (95%-BI 1,75 tot 2,63). Omgerekend geldt dat bij duale plaatjesremming 9 majeure bloedingen en 33 mineure bloedingen extra worden veroorzaakt per 1000 behandelde patiënten (number needed to harm 111 en 30). De auteurs concluderen dat er sprake is van een verlaagd risico op het ontwikkelen van een myocardinfarct of ischemisch CVA bij duale plaatjesremming, met als keerzijde een verhoogd risico op bloedingen. Zij wijzen er verder op dat de data over de risico's mogelijk zijn vertekend (4 onderzoeken met laag risico op bias en over het algemeen matige kwaliteit volgens de GRADE-criteria).

DE NHG-STANDAARDEN

Het NHG adviseert in zijn richtlijnen aspirine voor te schrijven bij 1) secundaire preventie van myocardinfarct; 2) secundaire preventie na TIA en ischemisch CVA; 3) primaire preventie van cardiovasculaire voorvallen bij patiënten met een hoog risico op een eerste cardiovasculaire gebeurtenis. Daarnaast geeft de NHG-Standaard Acuut Coronair Syndroom aan dat duale plaatjesremming in de eerste 12 maanden na ACS geïndiceerd is. De richtlijn over TIA of herseninfarct adviseert clopidogrel als monotherapie of aspirine (in combinatie met dipyridamol).

DILEMMA

Doen we onze patiënten met hart- en vaatziekten tekort door alleen aspirine te geven om hart- en herseninfarcten te voorkomen? Het antwoord is niet eenduidig. Zoals deze Cochrane-review laat zien, verlaagt duale plaatjesremming weliswaar het risico op toekomstige cardiale/cerebrovasculaire events, maar geeft deze ook een grotere kans op bloedingen. Huisarts en patiënt zullen dus een afweging moeten maken welk risico het zwaarste weegt. ■

LITERATUUR

- Squizzato A, Bellesini M, Takeda A, Middeldorp S, Donadini MP. Clopidogrel plus aspirin versus aspirin alone for preventing cardiovascular events. Cochrane Database Syst Rev 2017;12:CD005158.

Harskamp RE, Geersing G-J. Duale plaatjesremming of alleen aspirine voor secundaire cardiovasculaire preventie. Huisarts Wet 2018;61(7):66. DOI: 10.1007/s12445-018-0193-1.
AMC Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. R.E. Harskamp, huisarts-in-opleiding en onderzoeker, r.e.harskamp@amc.uva.nl. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde: dr. G-J Geersing, huisarts en onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Duale plaatjesremming verlaagt het risico op toekomstige cardiale/cerebrovasculaire events, maar geeft ook een grotere kans op bloedingen. Foto: iStock

Zelfafnametest baarmoederhalskanker betrouwbaar

Femke Smits, Michiel Bos

Sinds 2017 is het Nederlandse bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker aangepast. Zo is het voor vrouwen die niet voor een uitstrijkje naar de huisartsenpraktijk willen komen nu mogelijk om een zelfafnametest aan te vragen. De zelfafnametest lijkt even betrouwbaar als een uitstrijkje voor screening op hrHPV, blijkt uit recent Nederlands onderzoek.

Niet alle vrouwen komen naar de praktijk om een uitstrijkje te laten maken. Wij vroegen ons af of de zelfafnametest voor deze vrouwen een betrouwbaar alternatief is. We zochten op 6 maart 2018 in PubMed met de zoektermen: ‘Human papillomavirus 16’[Mesh] OR ‘human papillomavirus’[tiab]) AND (‘Diagnostic Self Evaluation’[Mesh] OR self diagnos*[tiab] OR self sampl*[tiab]) AND (‘Vaginal Smears’[Mesh] OR vaginal smear*[tiab] OR cervical smear*[tiab] OR PAP smear*[tiab] OR physician taken smear) AND (population based screening OR preventive medicine OR prevent*[tiab] OR responder population). Dit leverde 43 resultaten op. We maakten een verdere selectie op basis van titel en abstract. Twee onderzoeken waren relevant voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag.^{1,2}

ZELFAFNAMETEST NA REGULIER UITSTRIJKJE

Ketelaars et al. includeerden in het VERA-onderzoek 2460 vrouwen die zichzelf meldden voor het Nederlands bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Nadat er in de huisartsenpraktijk een regulier uitstrijkje was afgenomen, werd de vrouw geïnstrueerd een zelfafnametest uit te voeren met een Evalyn Brush. Uitstrijkje en zelfafnametest werden getest op 14 hrHPV-genotypes. Uiteindelijk hebben de onderzoekers van 2049 vrouwen zowel de uitstrijkjes als de zelfafname-tests geanalyseerd. Van 316 vrouwen ontvingen zij niet beide samples. Verder konden 28 samples niet worden getest door ontbreken van B-globuline, en konden 20 uitstrijkjes en 47 zelfafnametests niet worden getest door te veel bijmenging van bloed of slijm. Uitstrijkje en zelftest bleken bij 96,8% (95%-BI 96,0 tot 97,5) van de vrouwen tot hetzelfde testresultaat te leiden. Bij 12 vrouwen (0,6%) was de zelfafnametest negatief en de hrHPV-test op het uitstrijkje positief; deze vrouwen zouden dus niet nader zijn onderzocht als ze alleen een zelfafnametest hadden gedaan. Omgekeerd was bij 53 vrouwen (2,6%) het uitstrijkje negatief en de zelfafnametest positief. Dit brengt ons meteen bij een belangrijke beperking van dit onderzoek. De testuitslagen zijn niet afgezet tegen de gouden standaard (colposcopie met biopsie), waardoor we niet weten welke tests terecht positief of terecht negatief waren. Bovendien is het denkbaar dat de testvolgorde, uitstrijkje gevolgd door zelfafnametest, invloed kan hebben op de resultaten van de zelfafnametests.



Het is nog te vroeg zelfafnametests voor baarmoederhalskanker als primaire screeningstool in te zetten.

Het VERA-onderzoek van Ketelaars sluit aan bij een eerder gepubliceerde meta-analyse met 154.556 deelnemers.² Uit het geaggregeerde resultaat van alle onderzoeken in deze meta-analyse bleek dat een door een arts afgenomen test betrouwbaarder is dan een zelftest. In een subanalyse van onderzoeken waarin de aanwezigheid van hrHPV werd bepaald met een moderne PCR-test, zoals ook Ketelaars en het Nederlands bevolkingsonderzoek gebruiken, werd echter geen verschil gezien in relatieve sensitiviteit en specificiteit tussen beide testvormen. Binnen het VERA-onderzoek vond 98,5% van de vrouwen de zelfafnametest gebruiksvriendelijk en 62,8% verkiest de zelfafnametest boven het uitstrijkje.

TOEPASBAARHEID IN DE PRAKTIJK

We concluderen dat we individuele vrouwen met een gerust hart een zelfafnametest kunnen laten uitvoeren om te screenen op hrHPV, omdat deze test even betrouwbaar is. Het is echter nog te vroeg de zelfafnametests als primaire screeningstool voor alle deelnemers aan het bevolkingsonderzoek in te zetten. Daarvoor dient eerst duidelijk te zijn of de zelftest leidt tot een betere deelname en dient de zelftest vergeleken te worden met de gouden standaard, de colposcopie. ■

LITERATUUR

- Ketelaars PJW, Bosgraaf RP, Siebers AG, Massuger LFAG, Van der Linden JC, Wauters CAP, et al. High-risk human papillomavirus detection in self-sampling compared to physician-taken smear in a responder population of the Dutch cervical screening. Results of the VERA study. Preventive Medicine 2017;101:96-101.
- Arbyn M, Verdoodt F, Snijders PJ, Verhoef VM, Suonio E, Dillner L, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples: a meta-analysis. Lancet Oncology 2014;15:172-83.

Smits F, Bos M. Zelfafnametest baarmoederhalskanker betrouwbaar. Huisarts Wet 2018;61(7):67. DOI: 10.1007/s12445-018-192-2.
Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: F.M.F. Smits, huisarts-in-opleiding; dr. M.J. Bos, huisarts-epidemioloog, docent wetenschap, correspondentie: m.j.bos.1@erasmusmc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een CAT, critically appraised topic, waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

Lopend onderzoek

Verbeteren van palliatieve zorg in de eerste lijn

Ian Koper



Vroegtijdig opsporen van palliatieve patiënten en anticiperend organiseren van zorg leiden onder meer tot minder ziekenhuisopnames in de laatste levensmaand.

Foto: iStock

Palliatieve thuiszorg (PaTz) is complexe zorg en vereist goede samenwerking en communicatie in de eerste lijn. De PaTz-methode laat veelbelovende resultaten zien om deze zorg te verbeteren. Voor een goede implementatie is echter verdere ontwikkeling van de methode nodig, en onderzoek naar de werkzame onderdelen en effecten op de geleverde zorg.

Via de PaTz-methode, afgeleid van het Britse Gold Standards Framework, bespreken huisartsen en wijkverpleegkundigen in PaTz-groepen eens per twee maanden hun palliatieve patiënten onder begeleiding van een consulent palliatieve zorg.¹ Het doel daarvan is om deze patiënten vroegtijdig op te sporen en anticiperend zorg te organiseren. Daarnaast is er de mogelijkheid tot scholing en onderlinge steun bij emotioneel beladen casuïstiek. De resultaten zijn tot nu toe positief.² Zo ervaren deelnemers betere samenwerking in de wijk, worden palliatieve patiënten eerder gesignaleerd en zijn er minder ziekenhuisopnames in de laatste levensmaand. Er zijn echter ook verbeterpunten.² Zo is er behoefte aan betere training voor deelnemers en kunnen PaTz-groepen beter worden ondersteund bij het optimaliseren van de zorg. Bovendien zijn er verschillende varianten ontstaan met extra elementen ten opzichte van het basisconcept. Daarvan is het niet duidelijk hoe deze zich tot elkaar verhouden wat betreft tijdsinvestering en resultaten op het gebied van zorg en samenwerking.

Om de PaTz-methodiek verder te ontwikkelen, is in maart 2016 een project gestart waarin de behoeften onder zorgverleners, patiënten en naasten worden geïnventariseerd. Onderdelen van de methodiek worden verder ontwikkeld, zoals een digitaal zorgregister, trainingen voor voorzitters en een evaluatietool. Verder worden de verschillende PaTz-varianten met elkaar vergeleken. De resultaten uit deze drie onderdelen worden verwerkt in een implementatieplan met als doel zowel bestaande PaTz-groepen te informeren over de laatste inzichten als de PaTz-methode verder te verspreiden door Nederland. Het project loopt tot maart 2020. ■

LITERATUUR

1. Shaw KL, Clifford C, Thomas K, Meehan H. Review: improving end-of-life care: a critical review of the gold standards framework in primary care. *Palliat Med* 2010;24:317-29.
2. Van der Plas AG, Hagens M, Pasman HR, Schweitzer B, Duijsters M, Onwuteaka-Philipsen BD. PaTz groups for primary palliative care: reinventing cooperation between general practitioners and district nurses in palliative care: an evaluation study combining data from focus groups and a questionnaire. *BMC Fam Pract* 2014;15:14.

Koper I. Verbeteren van palliatieve zorg in de eerste lijn. *Huisarts Wet* 2018;61(7):68. DOI: 10.1007/s12445-018-0191-3. APH-Vumc, Amsterdam: I. Koper, gezondheidswetenschapper, i.koper@vumc.nl. www.patz.nu. Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld. Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

Lopend onderzoek

Nieuw onderzoek naar pijnbestrijding bij kinderen met OMA

Rick van Uum

Goede pijnstilling is de hoeksteen van de behandeling van kinderen met een acute middenoorontsteking (OMA). In de praktijk blijken huisartsen pijnstilling echter vaak niet expliciet met de ouders te bespreken. In een nieuw onderzoek wordt bekeken of het optimaliseren van pijnbestrijding een gunstig effect heeft op de klachten van het kind, het aantal vervolgconsulten en het antibioticagebruik.

Oorpijn is vaak het prominente symptoom van OMA en blijkt voor zowel ouders als kinderen van groot belang. De huidige NHG-Standaard adviseert huisartsen dan ook om alle kinderen met een OMA goede pijnstilling te geven.¹ De indicatie voor antibiotica is beperkt: kinderen met een verhoogd risico op complicaties, dubbelzijdige OMA bij kinderen onder de 2 jaar, kinderen met een OMA en een loopoor. Zowel paracetamol (alle leeftijden) als ibuprofen (1 jaar en ouder) zijn geschikt bij de bestrijding van oorpijn bij kinderen met een OMA.¹ Beide zijn bewezen effectief en veilig.²⁻⁴

In de praktijk ligt de focus vaak nog op het bestrijden van de infectie zelf, inclusief de beslissing om deze al dan niet met een antibioticum te behandelen, en is er onvoldoende aandacht voor goede pijnstilling.^{2,5,6} Ouders vinden pijnstilling alleen vaak niet afdoende. Eerdere ervaringen en adviezen van de huisarts spelen hierbij een belangrijke rol.⁷ Optimaliseren van het pijnbeleid lijkt zinvol.

In de praktijk ligt de focus vaak nog op het bestrijden van de infectie zelf

Sinds januari 2015 voeren wij een pragmatisch, clustergerandomiseerd onderzoek uit waarin we de effectiviteit van een meervoudige educatieve interventie, gericht op het optimaliseren van pijnbestrijding bij kinderen met OMA, vergelijken met de gebruikelijke zorg. De interventie betreft een onderwijsmodule voor de huisarts die bestaat uit een e-learning en praktijkvisite door de arts-onderzoeker, een interactieve informatiefolder over pijnstilling voor ouders en het voor-



Bij oorpijn vinden ouders pijnstilling alleen vaak niet afdoende.

Foto: iStock

schrijven van pijnstillers. De uitkomstmaten zijn ernst en duur van pijnklachten, koorts, aantal vervolgconsulten, antibioticagebruik en kosteneffectiviteit. De resultaten worden eind 2018 verwacht. ■

LITERATUUR

1. Damoiseaux RAMJ, Venekamp RP, Eekhof JAH, Bennebroek Gravenhorst FM, Schoch AG, Wittenberg J, et al. NHG-Standaard Otitis media acuta bij kinderen. *Huisarts Wet* 2014;57:648.

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

Van Uum RT. Nieuw onderzoek naar pijnbestrijding bij kinderen met OMA. *Huisarts Wet* 2018;61(7):69. DOI: 10.1007/s12445-018-0190-4. UMC Utrecht/Universiteit Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: R.T. van Uum, aiotho, r.t.vanuun-2@umcutrecht.nl. www.pimpomstudie.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

'POSITIEVE GEZONDHEIDSZORG' WAARDEVOL ALS INTRODUCTIE

Frederike Bannink en Pieter Jansen. Positieve gezondheidszorg. Oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk. Amsterdam: Pearson, 2017. ISBN 9789043035637. Prijs: € 32,50.



De positieve psychologie gaat uit van het zoeken naar de kracht van de patiënt, van het opbouwen van toekomstperspectief, en van samen zoeken naar kleine stappen die tot verbetering leiden. Het boek *Positieve Gezondheidszorg, oplossingsgericht werken in de huisartsenpraktijk* is een bijzonder positief geschreven verhaal met talrijke interventies die toepasbaar zijn voor huisarts en poh-ggz.

Vanuit het in de positieve psychologie gehanteerde axioma dat het praten over problemen de problemen verergert wordt in het boek expliciet afstand genomen van andere psychotherapeutische stromingen. De hier gehanteerde gespreks-

voering leidt tot enthousiasmering van de patiënt, maar ook van huisarts, poh-ggz en apotheker, getuige de in het boek beschreven ervaringen. Na het geven van erkenning voor de klacht van de patiënt volgen oplossingsgerichte vragen. Het boek geeft talrijke voorbeelden. De behandelaar heeft daarmee een effectief arsenaal in handen. Daarbij is het bekend dat de effectiviteit van de bekende psychotherapievormen (bijvoorbeeld mentalization based therapy, cognitieve gedragstherapie en psychodynamische therapie) dicht bij elkaar liggen. Wel is het zo dat de effecten van cognitieve gedragstherapie geleidelijk minder worden. In de gangbare psychotherapie groeit dan ook aandacht voor *resilience*, veerkracht, in de richting van positieve psychologie.

De ruime ervaring van de auteurs (klinisch psychologe Frederike Bannink en huisarts Pieter Jansen) is nu verwerkt in een degelijk handboek van 272 pagina's. De methodiek wordt in het boek eenvoudig voorgesteld. Als oplossingsgericht coach, ex-huisarts en docent voor huisartsen en poh's-ggz is mijn ervaring dat het niet eenvoudig is om deze methodiek vlot te leren en toe te passen. Een boek alleen is niet genoeg, het vergt echt een switch in het denken die alleen met aanvullende training bereikt kan worden. Als introductie in het denken is het boek echter zeer waardevol. ■

Ilonka Brugman

WAARDERING: ●●●●●

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 Sollie, 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

bohn
stafleu
van loghum

mvw
media voor vak
& wetenschap

nhg



Juiste zorg, juiste plek

Ik las de noodkreet van een collega op een overbevolkte huisartsenpost. Lange wachttijden voor ernstig zieke patiënten gaan samen met veeleisende en zelfs agressieve patiënten die de uitkomst van een lage urgentie na triage niet accepteren, en ervan uitgaan dat onze dagzorg 24 uur per dag op dezelfde manier doorgaat. Tegelijkertijd zie ik de moeite die het huisartsenposten kost om alle diensten ingevuld te krijgen. Er is een spanningsveld tussen huisartsen met een contract met de zorgverzekeraar waarin ze zich

verbinden aan het leveren van 24/7-zorg, en een groeiende groep huisartsen zonder contract die daarin vrijer is. Met behoud van de huidige structuur gaan we dit niet oplossen.

Het rapport [De juiste zorg op de juiste plek](#) schetst de noodzaak van een ander, gedeeld perspectief op zorg en gezondheid. In essentie bestaat dat perspectief uit een zo lang, zo goed en zo zelfstandig mogelijk functioneren, een zorgaanbod rondom mensen, en optimaal benutten van technologische vernieuwingen. Dit vraagt om veranderingen. Dat begint bij bewustwording en commitment, zowel van patiënten als van ons huisartsen. Voor de overvolle huisartsenpost zou

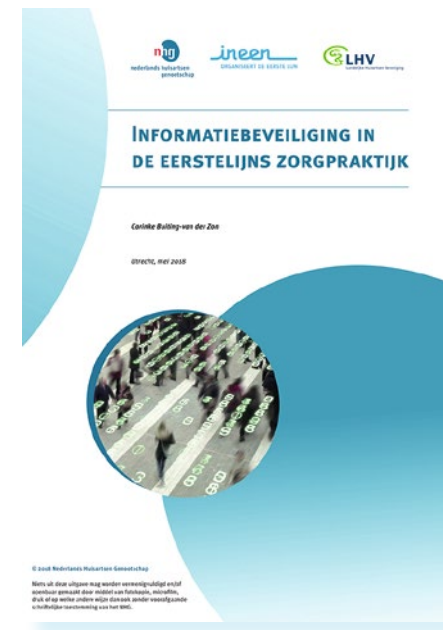
wat mij betreft naast bewustwording en gedragsverandering ook een financiële drempel zoals het eigen risico mogen worden geïntroduceerd, want spoedzorg is simpelweg geen dagzorg. ■

Rob Dijkstra



Gids voor AVG

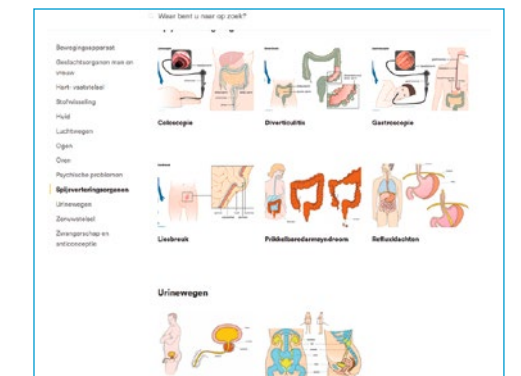
Informatiebeveiliging moet. Van wachtwoordbeveiliging tot beveiligd delen van persoonlijke informatie. De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG), sinds 25 mei 2018 van kracht, benadrukt het belang en de urgentie van informatiebeveiliging.



Informatiebeveiliging heeft invloed op de praktijkvoering. Samen met de LHV en InEen heeft het NHG de *Praktijkwijzer Informatiebeveiliging* herzien, een relevante gids voor alle zorgpraktijken in de eerste lijn. De praktijkwijzer geeft nuttige informatie voor praktijken die nog moeten starten met informatiebeveiliging, maar ook voor praktijken die al verder in het proces zijn.

NHG-leden kunnen de praktijkwijzer kosteloos downloaden vanuit de digitale leeromgeving. Voor overige geïnteresseerden is de praktijkwijzer aan te schaffen in de NHG-Webwinkel. Voor leden, na inloggen: www.nhg.org, bovenaan bij Mijn e-Producten.

Thuisarts.nl verrijkt met overzichten



Uit reacties van leden bleek dat er behoefte is aan een eenvoudig overzicht van alle afbeeldingen en video's op Thuisarts.nl om te gebruiken tijdens het spreekuur. Meer dan 60 afbeeldingen en 140 video's zijn op Thuisarts.nl beschikbaar in één overzicht (zie onder Alle onderwerpen). Scroll door het overzicht en klik op de gewenste afbeelding of film voor meer informatie. Ook het abc van onderwerpen is terug. Deze overzichten vereenvoudigen het zoeken en zijn hiermee een ideaal startpunt als u tijdens het spreekuur uw patiënten wilt informeren.

NHG-NASCHOLING

WEEFSELDONATIE IN
DE 1^E LIJN

2 OKTOBER 2018
SOEST
10 OKTOBER 2018
ALKMAAR

Eerste NHG-Wetenschapsprijs voor huisarts Sander van Doorn Prijs voor onderzoek atriumfibrilleren

Bij screenen op hartfalen blijkt NT-pro-BNP niet zinvol in de huisartsenpraktijk, blijkt uit een artikel van huisarts en onderzoeker Sander van Doorn. Hij won daarmee de allereerste NHG-Wetenschapsprijs.

Tijdens de NHG-Wetenschapsdag in Amsterdam UMC (tot voor kort VUmc en AMC) op 8 juni is voor het eerst de NHG-Wetenschapsprijs uitgereikt. Het NHG geeft met deze prijs erkenning aan huisartsen die voorlopers zijn in innovatieve en toepasbare wetenschap. Huisarts Sander van Doorn wint deze prijs als eerste auteur van een artikel in het BMJ-tijdschrift *Heart failure and cardiomyopathies* van maart 2018. Van Doorn: 'Mensen met atriumfibrilleren hebben vaak hartfalen, vaak onontdekt. Maar uit ons onderzoek blijkt dat je hartfalen met de gangbare bloedtest niet goed in beeld krijgt. Dat is belangrijk voor ons huisartsen: de kwetsbare patiënt wil liever niet



Sander van Doorn ontvangt de Wetenschapsprijs van jurylid Wim Opstelten

Foto: Inge Mol

naar het ziekenhuis, een bloedtest via de huisarts is laagdrempeliger. Toch zou je voor alle patiënten met atriumfibrilleren eenmalig een echo moeten overwegen. Dat gold al voor cardiologen. Maar ook

in de huisartsenpraktijk, blijkt nu uit ons onderzoek.'

Een uitgebreide versie van dit artikel staat op www.nhgwetenschapsdag.nl/winnaar.

Standaard Diabetes herzien

Het medicamenteuze stappenplan van de [NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2](#) is opnieuw beoordeeld en aangepast. Een boek, een keuzetabel, geactualiseerde webpagina's van Thuisarts.nl

en een e-learning vergemakkelijken de toepassing van de aangepaste standaard. Zie ook [NHG.org](#), [Nieuws](#), [Medicatie-paragraaf NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 herzien](#).



MATERIALEN EN INFORMATIE DIABETES EN LEEFSTIJL

- *PIN 22/2 Diabetes mellitus*. Met de herziene e-learning Diabetes mellitus bent u weer helemaal op de hoogte van de laatste wijzigingen in de standaard. Verschijnt begin oktober. Zie na inloggen op www.nhg.org, bovenaan: [Mijn e-Producten](#). Voor niet-abonnees: www.nhg.org/winkel.
- Boek *Protocollaire Diabeteszorg editie 2018/2019*.

De standaard is uitgewerkt tot een hand-leiding voor het diabetesprekeur, waar mogelijk met beslisbomen.

- *Keuzetabel diabetes mellitus type 2*. Nieuw op Thuisarts.nl: [keuzetabel diabetes mellitus type 2 conform de NHG-Standaard](#) om samen met de patiënt de behandelmogelijkheden te bespreken.
- *Thuisarts-pagina Diabetes type 2*. Ook de patiënteninformatie op Thuisarts.nl is aangepast, zie de overzichtspagina [Diabetes type 2](#).

- *NHG-Zorgmodules Leefstijl*. De [NHG-zorgmodules Leefstijl](#) bieden handvatten om de patiënt te helpen bij leefstijlverandering. Zie ook artikel Arts & Voeding achterin dit tijdschrift.

Uitgelichte post HAweb Ledenforum Bevolkingsonderzoek BMHK



Hans Gimbel

Foto: Inge Gimbel

Hans Gimbel, praktijkhoudend huisarts in een HOED in Heerhugowaard: 'Het bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker liep uitstekend: dagelijks haalde een koerier de uitstrijkjes op en bracht ze naar het regionale ziekenhuis in Alkmaar. Sinds 2017 is de logistiek veranderd. De uitstrijkjes gaan naar Groningen en de koerier komt nog maar eenmaal per week. Gevolg: de gynaecoloog in Alkmaar kan de uitslag niet meer inzien, die moet de huisarts nu apart faxen. Kortgeleden kregen we een brief van het logistieke management in Groningen. In verband met de doorlooptijd zou men graag zien dat we de vrouwen één dag voor het afhalen zouden uitnodigen, zodat men meteen de verse lading mee kan nemen. Zorg ondergeschikt aan het doorloopproces. Wie weet hoe je deze organisatie kunt beïnvloeden? Ik ben betrokken bij het onderwerp omdat wij een relatief jonge praktijk hebben, met veel vrouwen die in het bevolkingsonderzoek vallen. Om diezelfde reden zat ik in de werkgroep van de NHG-Standaard Het Spiraaltje, die later is opgegaan in de Standaard Anticonceptie.'

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

Ledenforum

Toegankelijkheid voor de uitgenodigde vrouwen is een erg belangrijk doel binnen het bevolkingsonderzoek. Ik heb uw opmerkingen doorgestuurd naar het Centrum voor Bevolkingsonderzoek.

Karin van Haaren, huisarts in Terheijden [N-Br.] en wetenschappelijk medewerker preventie en patiëntenvoorlichting NHG

Het koeriersbedrijf wil nog met slechts met 1 praktijk per adres communiceren: de praktijk van mijn collega die met vakantie was, dus de uitstrijkjes staan hier al meer dan een week. Snel doorlooptproces? Dagelijks komt de koerier van ons regionale ziekenhuis voor de uitstrijkjes op medische indicatie. Hoe lang kan ik nog de neiging onderdrukken om ook de uitstrijkjes van het bevolkingsonderzoek mee te geven, zodat het weer als vanouds soepel verloopt?

Hans Gimbel

Via het RIVM is uw regionale screeningsorganisatie gevraagd contact op te nemen met u en het laboratorium. Korte doorlooptijden zijn belangrijk voor de kwaliteit van de monsters en een snelle uitslag voor vrouwen. Ook in de opzet van het bevolkingsonderzoek dient de logistiek voor de kwaliteit van zorg, niet andersom.

Karin van Haaren, NHG

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

RICHTLIJNEN, ACHTERGRONDEN, PATIËNTENINFORMATIE EN NASCHOLING

Meer informatie over dit bevolkingsonderzoek? Zie het [NHG-Dossier Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker](#) met daarin:

- [NHG-Praktijkhandleiding baarmoederhalskanker: Bevolkingsonderzoek en diagnostiek](#). Hierin zijn de richtlijnen uit de NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom [2009] opgenomen, waardoor de standaard is komen te vervallen. Huisarts & Wetenschap:
- [Zelfafnametest baarmoederhalskanker betrouwbaar](#), artikel in dit nummer [zie p. 5 onder Nieuws]. H&W juli 2018.
- [Baarmoederhalsscreening nieuwe stijl: is het nodig?](#) H&W februari 2017 p. 87-89.
- [Het cervixuitstrijkje](#). H&W november 2016 p. 525.

Thuisarts.nl:

- [Baarmoederhalskanker](#) [overzichtspagina met 4 uitgangssituaties].

Nascholing:

- PIN 20/01: Vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker [2016].

INTERVIEW

met Iris de Vries, huisarts en vice-voorzitter Arts & Voeding

In deze rubriek portretteren we praktiserende huisartsen die iets bijzonders doen. Iris de Vries richtte nog tijdens haar huisartsenopleiding samen met huisarts Tamara de Weijer de vereniging Arts & Voeding op.

‘Binnen een maand van je insuline af’



Foto: Elske de Weijer

Huisarts en promovenda Iris de Vries werkt als vaste waarnemer in een praktijk in Zwolle, en is sinds twee jaar vice-voorzitter van vereniging Arts & Voeding voor [huis]artsen en andere professionals die patiënten willen helpen met leefstijl en gezonde voeding.

Waarom heb je Arts & Voeding opgericht?

‘Ik had last van het prikkelbaresarmsyndroom, duizeligheid en moeheid. Mijn huisarts dacht aan het coassistentensyndroom, maar ik ging erover lezen en het onderwerp greep me. Na een paar maanden vers en onbewerkt eten zonder toegevoegde suikers was ik van mijn klachten af. In het laatste jaar van mijn geneeskundeopleiding kwam ik bij het werken op de huisartsenpost Tamara de Weijer tegen. Ik had mijn eigen bakje eten mee en we raakten in gesprek. Zij ging ook anders eten, het veranderde onze patiëntenzorg, en twee jaar later hebben we Arts & Voeding opgericht.

Ik weet niet wat de oorzaak van mijn klachten was. Of je nu overgewicht of diabetes hebt, gecombineerde leefstijlinterventies, GLI's, zijn bewezen effectief. Verder moet een huisarts het doen met een combinatie van practice- en evicence-based interventies. Niet van alle aandoeningen hebben we tienjaarsdata, maar we willen niet langer wachten; er zijn zo veel mensen ziek.’

‘Vraag of je kunt helpen, in plaats van te zeggen dat ze moet afvallen’

weggelopen bij wie ik over voeding en leefstijl begon. Integendeel, ze zijn vaak geraakt dat je hun probleem ziet. Maar zeg nooit dat iemand moet

afvallen. Dat weten patiënten die te dik zijn allang. Vraag of je kunt helpen. Laatst kwam er op de HAP een patiënt met acuut gehoorverlies. Zij was 29 jaar en veel te dik. Bij de standaardvraag “Bent u verder gezond?” vertelde ze dat ze lisinopril slikte. “Goh, heeft u nu al hoge bloeddruk?”, vroeg ik. Ze vertelde dat ze daar graag iets aan wilde doen. Dat was mijn kans. Ik besprak naast het gehoorverlies in enkele minuten voeding en leefstijl en verwees haar naar een diëtiste met wie ik goede ervaringen heb.’

Wat kunnen huisartsen doen?

‘Voeding is ingewikkeld, want het is persoonlijk. Bij diabetes kan de pancreas zetmeelhoudende koolhydraten niet goed verwerken, maar op fruit reageert de ene persoon met diabetes goed, de andere niet. Een huisarts kan signaleren, motiveren, verwijzen en nazorg geven. Verwijzen doe ik naar een goede diëtist die de patiënt als individu bekijkt en ervaring heeft met insulineresistentie en koolhydraatbeperking. Met een koolhydraatarm dieet kun je binnen een maand van je insuline af zijn. En dan heb ik het ook over mensen die 120 IE gebruikten. Vergeet ook de nazorg niet. Nu verwijst je naar een diëtist en hoor je soms twee jaar later pas dat het niet heeft gewerkt. Motiveren en nazorg leveren veel op en je wordt er ook als huisarts wijzer van: welke adviezen werken, welke niet? Uit onderzoek blijkt dat patiënten de huisarts zien als hoogste autoriteit op voedingsgebied, meer dan de diëtist. Maak daar gebruik van!’

Krijg je van patiënten niet de wind van voren?

‘Je moet gewoon lef hebben. Bij mij is er nog nooit een patiënt

Heb je al iets bereikt met Arts & Voeding?

‘Ons laatste congres was uitverkocht en we hebben nu 700 leden binnen 2 jaar. We zijn in gesprek met VWS om meer uren voeding in de huisartsenopleiding te krijgen. Met Zorginstituut Nederland zijn we bezig met de implementatie van een gecombineerde leefstijlinterventie, in het Basispakket per 2019. Ook onze scholing Voeding als medicijn, samen met Langerhans, is een succes. Huisartsen zijn enthousiast want ze kunnen creatiever zijn, maatwerk bieden. Met voeding kun je veel meer uitproberen dan met medicijnen: zo veel is zo veilig.’

Zie www.artsenvoeding.nl; idevries@artsenvoeding.nl.

Twee pagina's terug: [NHG-informatie leefstijl en diabeteszorg](#).

COLOFON NHG FORUM

Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Fijtje Koets [tekst] en Margot Scheerder [foto's en beeldredactie]. 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.