

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Preventie van depressie en angst in verzorgingshuizen

ONDERZOEK

Familiegesprekken voor mantelzorgers van mensen met dementie

BESCHOUWING

Beïnvloeding door farmaceutische bedrijven

WETENSCHAP

154

ONDERZOEK
Preventie van depressie en angst in verzorgingshuizen*Els Dozeman, Harm van Marwijk, Anneke van Schaik, Filip Smit, Max Stek, Henriëtte van der Horst, Ernst Bohlmeijer, Aartjan Beekman*

160

Familiegesprekken voor mantelzorgers van mensen met dementie

Karlijn Joling, Harm van Marwijk, Henriëtte van der Horst, Philip Scheltens, Peter van de Ven, Filip Smit, Bregje Appels, Hein van Hout

165

COMMENTAAR
Dipeptidyl peptidase-4-remmers (DPP-4-remmers)*Paul Janssen*

166

BESCHOUWING
Beïnvloeding door farmaceutische bedrijven*Zamire Damen-van Beek, Martine van Eijk*

170

Acute keelpijn: de toegevoegde waarde van de streptest

Maartje Schouwenburg, Theo Verheij

KLINISCHE PRAKTIJK

174

NASCHOLING
Niet-melanocytair huidkanker*Kirsten Burghout, Vigfús Sigurdsson, Johan Toonstra*

179

Mondzorg bij diabetescontrole?

Joep van Beekveld, Mirjam Timmerman, Bertien Hart

182

KLINISCHE LES
Bacteriële meningitis: niet altijd volgens het boekje*Irene van Boxel, Arie Knuistingh Neven*

187

HUISARTSENZORG IN CIJFERS
Minder naar de huisarts bij eigen bijdrage*Anne Brabers, Margreet Reitsma*

190

IMPORT
Wie mooi bruin wil zijn... krijgt kanker?*Kristel van Asselt*

191

Werkstress verhoogt de kans op hartinfarct

Maurits Vinkers

192

CATS
Tandartsbezoek: antistolling staken?*Maaïke van der Lelij, Janneke Belo*

193

PEARLS
Beste tijdstip inname antihypertensivum onduidelijk*Mark van der Wel*

194

CASUÏSTIEK
Het vertraagde slaapfasesyndroom*Arie Knuistingh Neven, Ed de Bruin, Marcel Smits*

151

JOURNAAL

159, 188

COLUMNS

184

INTERVIEW

189

KENNISTOETS

195

BOEKBESPREKING

195

INGEZONDEN

13

HET NHG

Gelooft u in sprookjes?

Voor dat ik 18 jaar geleden in mijn praktijk begon, heb ik enkele jaren waargenomen. In meerdere praktijken werd indertijd verwacht dat je naast de patiëntenzorg ook de contacten met artsenbezoekers waarnam. Als ze werden afgebeld, zouden ze misschien niet meer terugkomen. Aan het eind van de ochtend zag je dan één of twee artsenbezoekers die hun product kwamen aanprijzen. Er waren artsenbezoekers die met een geweldig inhoudelijk verhaal probeerden indruk te maken, je had er ook die een vriendelijke babbel hielden en bij het weggaan nog even hun product onder de aandacht brachten. Ik weet nog goed dat ik na zo'n bezoek, hoewel ik dacht dat ik niet zou worden beïnvloed, toch regelmatig dat ene merk NSAID voorschreef dat sneller zou worden opgenomen.

Beïnvloeding



In dit nummer besteden we volop aandacht aan de relatie tussen de farmaceut en de huisarts. In een beschouwing geeft Zamire Damen een overzicht van onderzoek dat is gedaan naar de beïnvloeding door de farmaceutische industrie op het voorschrijven in de huisartsenpraktijk. De helft van de huisartsen ontvangt artsenbezoekers en denkt dat anderen hierdoor wel maar zichzelf niet worden beïnvloed. In een commentaar bespreekt Paul Janssen hoe het zit met de onderbouwing van het voorschrijven van de relatief nieuwe DPP-4-remmers bij diabetes. In een journaaltje bespreekt Hans van der Wouden een Cochrane-review waarin werd gekeken of door de farmaceut gesponsord onderzoek andere resultaten laat zien dan onderzoek dat vanuit andere bronnen wordt gefinancierd. Drie verschillende bijdragen en alle auteurs komen tot dezelfde conclusie: de farmaceut geeft een te positief beeld van zijn product. Wat farmaceuten ook doen – huisartsen bezoeken, nieuwe geneesmiddelen uitbrengen of onderzoek doen – uit alles blijkt dat het om commerciële bedrijven gaat met maar één doel: winst maken. En zij zijn daar goed in. Als zij huisartsen bezoeken, schrijven huisartsen hun product vaker voor. Als zij nieuwe geneesmiddelen op de markt brengen, dan claimen zij dat hun product veel voordelen biedt ten opzichte van de 'oude' geneesmiddelen. Als zij geneesmiddelenonderzoek doen, komt hun product er beter uit (zowel op werking en bijwerkingen als op conclusies) dan het product waarmee ze het vergelijken. Vanuit hun standpunt is hier niets mis mee, hun missie is geslaagd.

Motieven

Vanuit het standpunt van de arts spelen nobeler motieven. Medicijnen spelen een belangrijke rol bij de behandeling en wij kunnen niet zonder. We willen immers het beste voor onze patiënt. Daarom willen wij er snel van op de hoogte worden gebracht als er nieuwe medicijnen zijn die andere mogelijkheden bieden; als ze er zijn dan willen wij onze patiënten deze middelen niet onthouden. Wat dat betreft willen wij maar al te graag geloven wat farmaceuten beweren, want als het zo is als zij zeggen dan doen wij ons werk als arts beter. Gelooft u in sprookjes? Lees de drie artikelen en u staat weer met beide benen op de grond. ■

Just Eekhof

De kleur van een roos

Het is bekend dat publicaties van onderzoek waarbij de farmaceutische industrie betrokken is, gunstiger resultaten laten zien dan ander onderzoek. Een recente update van een Cochrane-review concludeert dat dit nog steeds het geval is, ondanks de toegenomen aandacht voor dit probleem en de komst van trialregisters.

De onderzoekers gingen na of door de industrie gesponsord onderzoek naar geneesmiddelen en medische apparatuur andere resultaten liet zien en verschilden in kans op vertekening van onderzoek dat op andere wijze werd gefinancierd. Ze zochten hiervoor naar publicaties waarin beide soorten onderzoek, wel en niet gesponsord door de

industrie, kwantitatief met elkaar waren vergeleken. Ze includeerden uiteindelijk 48 van dergelijke publicaties, gepubliceerd tussen 1986 en 2010. De auteurs van vijfendertig artikelen hadden alleen naar RCT's gekeken, anderen includeerden ook observationeel onderzoek. Het aantal geïncludeerde onderzoeken per artikel liep uiteen van 9 tot 930, de mediaan was 137.

Het gepoolde effect gaf aan dat door de industrie gesponsord onderzoek vaker gunstige resultaten liet zien voor werkzaamheid (RR 1,25; 95%-BI 1,14-1,35), bijwerkingen (RR 1,87, 95%-BI 1,54-2,27) en conclusies (RR 1,31, 95%-BI 1,20-1,44).

Ten aanzien van de klassieke 'risk of bias'-criteria, zoals wijze van randomisatie, was er geen verschil in kans op

vertekening tussen onderzoeken die wel en niet door de industrie waren gesponsord, met uitzondering van de blinding, waar industriegesponsord onderzoek beter op scoorde. De auteurs bevelen daarom aan om sponsoring door de industrie als een afzonderlijke bron van vertekening te beschouwen, in aanvulling op de gebruikelijke criteria.

Het moge duidelijk zijn dat er voldoende reden is om alert te blijven op de neiging naar rooskleurigheid in publicaties van door de industrie gefinancierd onderzoek. ■

Hans van der Wouden

Lundh A, et al. Industry sponsorship and research outcome. Cochrane Database Syst Rev 2012, Issue 12. Art. No.: MR000033.

Altijd starten met een tweedegeneratiepil

Jonge vrouwen lopen weinig risico om een trombose te krijgen, slechts bij 1 per 10.000 vrouwen komt dit voor. Dit risico is ook klein bij jonge vrouwen die een anticonceptiepil slikken, maar het risico is wel groter. Een tweedegeneratiepil blijkt het risico op trombose te verdubbelen, en bij gebruik van een derde- of vierdegeneratiepil is het risico tot wel zes keer verhoogd. Aangezien twee miljoen Nederlandse vrouwen 'de pil' slikken, levert de verhoging van het risico van een derde- of vierdegeneratiepil een grote bijdrage aan de incidentie van trombose bij jonge vrouwen.

Sinds 1995 is het verschil in het risico op trombose tussen deze generaties combinatiepillen bekend, en het lijkt vooral veroorzaakt te worden door het soort progestageen per pil. In Nederland slikt 75% een pil van de tweede generatie (onder andere Microgynon 30). De rest, ongeveer 500.000 vrouwen, gebruikt een derde- of vierdegeneratiepil (met name Marvelon, Nuvaring en Yasmin).

In 2012 gebruikte 10-15% van de vrouwen onder de 20 een derde- of vierdege-

neratiepil, van de groep 20-30-jarigen was dit 15-25%, en van de 30-40-jarigen 25-30%. Een mogelijke verklaring van deze stijging met de leeftijd is dat vrouwen na het initieel gebruiken van een tweedegeneratiepil uiteindelijk overgaan op een derde- of vierdegeneratiepil wegens bijvoorbeeld bijwerkingen. Ook kan het zijn dat het de tijd illustreert die nodig is om wetenschappelijke kennis over het hogere tromboserisico te implementeren in de praktijk. In de periode van 2004-2012 is namelijk sprake van een afname van gebruik van derde- en vierdegeneratiepillen (bij 30-jarigen van 39% tot 24%). Echter, de Stichting Farmaceutische Kengetallen geeft ook aan dat 14% van de vrouwen onder de 25 jaar met een derde- of vierdegeneratiepil start!

Naast kostenbesparing is er voor ons huisartsen bij het voorschrijven van de pil ook gezondheidswinst te behalen. Allereerst bij de dertigers en veertigers: terug naar de

tweedegeneratiepil. Dit kan lastig zijn, omdat zij erg merktrouw zijn. Daarnaast is er grote winst te behalen bij de nieuwe generatie pilgebruiksters: start altijd met een tweedegeneratiepil en zet in op het blijven gebruiken van deze pil. Hiermee blijft de kans op een gezwollen buik of gezwollen kuit het kleinste. ■

Marissa Scherptong-Engbers

Stichting Farmaceutische Kengetallen. Kwart pilgebruiksters loopt meer risico. Pharmaceutisch Weekblad 2013;148:9.



Foto: Sarahz/Shutterstock

Leidt werkstress tot een verhoogd risico op kanker?

Ooit iemand op zijn sterfbed horen zeggen: wat jammer dat ik niet meer heb gewerkt in mijn leven? Toch zijn we allemaal maar druk, druk, druk met ons werk. Werkstress verhoogt het risico op hart- en vaatziekten en op diabetes. Een recent verschenen meta-analyse geeft aan dat werkstress het risico op het krijgen van kanker niet vergroot.

In de metanalyse zijn 12 Europese cohortonderzoeken opgenomen met totaal 116.056 mannen en vrouwen van 17-70 jaar die op baseline geen kanker hadden en 12 jaar (mediaan) werden ge-

volgd. Werkstress werd met een speciale vragenlijst gemeten als de deelnemers bij baseline aangaven spanning op het werk te ervaren. De in de follow-up-periode nieuw opgetreden kankers (n = 5765) werden geverifieerd met ziekenhuisregisters en het overlijdensregister. In de meta-analyse keken onderzoekers alleen naar de veelvoorkomende vormen van kanker van colon, long, borst en prostaat. Ze corrigeerden voor leeftijd, geslacht, BMI, SES, roken en alcoholgebruik. Werkstress gaf geen verhoging van het overall risico op kanker (HR 0,97; 95%-BI 0,90-1,04) en ook niet op het krijgen van colonkanker (HR 1,16; 95%-BI 0,90-1,48), longkanker (HR 1,17; 95%-BI 0,88-1,54), borstkanker (HR 0,97; 95%-BI 0,82-1,14) of prostaatkanker (HR 0,86; 95%-BI 0,68-1,09).

Werkstress leidt tot meer roken, meer drinken van alcohol en overgewicht. Deze 'slechte gewoontes' verhogen allemaal het risico op het krijgen van kanker. Werkstress zelf leidt echter niet tot een verhoogd risico op kanker. Het verminderen van werkstress zal ongetwijfeld leiden tot een beter individueel welbevinden. Of het echter ook indirect leidt tot een afname van de 'slechte gewoontes' en daardoor tot het minder voorkomen van kanker is niet bekend. ■

Just Eekhof

Heikkilä K, et al. Work stress and risk of cancer: meta-analysis of 5700 incident cancer events in 116 000 European men and women. *BMJ* 2013;346:f165.

Stop met roken: hoe jonger hoe beter!

Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare risicofactor. Omdat vrouwen pas in de jaren zestig van de vorige eeuw massaal zijn begonnen met roken, zijn de late gevolgen van roken op de levensverwachting van vrouwen nu pas goed in beeld te brengen. Britse onderzoekers keken naar het effect van roken gedurende meerdere decennia en het effect van stoppen met roken op de levensverwachting van vrouwen.

In het Britse follow-uponderzoek *Million Women Study* zijn 1,2 miljoen gezonde vrouwen gedurende gemiddeld 12 jaar gevolgd. In het begin van het onderzoek verzamelden de onderzoekers gegevens over rookgedrag: of ze rookten, hoe lang, hoeveel en als ze gestopt zijn, wanneer dat is gebeurd. Na 3 en 8 jaar werden de vrouwen wederom on-

dervraagd. Uit de Nationale Sterfte Registratie werden gegevens over sterfte en doodsoorzaken verkregen. De onderzoekers berekenden het 12-jaars risico om aan roken gerelateerde oorzaken te overlijden voor rokers en ex-rokers ten opzichte van vrouwen die nooit gerookt hebben. Er werd gecorrigeerd voor uiteenlopende storende invloeden als BMI, sociaaleconomische status, alcoholgebruik en hormoontherapie.

Vrouwen die bij aanvang van het onderzoek rookten, hebben een gemiddelde 12-jaars overlijdensrisico dat bijna 3 maal hoger is dan niet-rokers (zelfs al stopt 44% nog voor hun 63e levensjaar). Van de 30 meest voorkomende doodsoorzaken zijn er 23 significant verhoogd bij rokers. Longkanker staat bovenaan met een ruim 20 maal verhoogd risico op sterfte. Vrouwen die tussen de 25 en 34 jaar oud waren toen ze stopten, hebben een bijna evengroot risico als niet-rokers. Rokers die stopten tussen 35 en 44 jaar hebben 20% meer

kans om te overlijden ten opzichte van nooit-rokers. Van de rokers sterft uiteindelijk 53% voor het 80e levensjaar, bij nooit-rokers is dat 22%, waardoor nooit-rokers gemiddeld 11 jaar langer leven dan rokers.

Op basis van dit onderzoek lijkt het, dat met interventies gericht op stoppen met roken, winst te behalen valt en dat vooral bij jongere patiënten. De effecten van een stoppoging vallen bij rooksters ouder dan 55 jaar, tegen. Omdat jonge vrouwen meestal niet direct met roken-gerelateerde klachten op het spreekuur komen, kan dit onderzoek een mooie aanleiding zijn om samen met de praktijkondersteuner na te gaan hoe jonge vrouwen die roken het beste benaderd kunnen worden voor een stoppoging. ■

Bèr Pleumeekers

Pirie K, et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet* 2013;381:133-41.

Eenzaamheid slecht voor de gezondheid

Bij 60-plussers is eenzaamheid een voorspeller van functionele achteruitgang en mortaliteit. Dit blijkt uit Amerikaans onderzoek.

Het is bekend dat eenzaamheid de oorzaak kan zijn van stress, lijden en een verminderde kwaliteit van leven. Amerikaanse onderzoekers keken naar de relatie tussen eenzaamheid, functionele achteruitgang en mortaliteit bij 60-plussers in de Verenigde Staten.

Het ging om een longitudinaal cohortonderzoek met 1604 deelnemers, allen 60-plus, met een gemiddelde leeftijd van 71 jaar. Negenenvijftig procent van de deelnemers was vrouw, 81% was blank, en 18% leefde alleen. Het onderzoek was onderdeel van de *Health and Retirement Study*. De deelnemers werden voor het eerst in 2002 onderzocht en daarna volgden elke 2 jaar een follow-up tot 2008. De onderzoekers vroegen de deelnemers of ze zich verlaten en/of geïsoleerd voelden, en of ze gezelschap ontbeerden. Op grond van hun antwoorden werden ze ingedeeld in categorieën variërend van niet eenzaam tot eenzaam. Onder de categorie eenzaam vielen 693 deelnemers. Opvallend is dat onder mensen die zeiden zich eenzaam te voelen ook ge-

trouwde of samenwonende deelnemers waren. Hiervan was 29% 60-65 jaar, 42% was 65-75 jaar en 29% was ouder dan 75. Primaire uitkomstmaten waren tijdstip van overlijden binnen 6 jaar, en functionele achteruitgang binnen 6 jaar op ADL, mobiliteit, traplopen en beweging van de bovenste ledematen. Er werd gecorrigeerd op demografische variabelen, sociaaleconomische status, leefsituatie, depressie en diverse medische condities.

Eenzame deelnemers hadden ten opzichte van niet-eenzame deelnemers meer kans op achteruitgang in ADL (24,8% versus 12,5%; RR 1,59; 95%-BI 1,23-2,07), achteruitgang van beweging van de bovenste ledematen (41,5% versus 28,3%; RR 1,28; 95%-BI 1,08-1,52), ervaren achteruitgang in mobiliteit (38,1% versus 29,4%; RR 1,18; 95%-BI 0,99-1,41) of ervaren achteruitgang in traplopen (40,8% versus 14,2%; HR 1,45; 95%-BI 1,11-1,88). Er werd geen relatie gevonden met overlijden binnen 6 jaar.

Het lijkt dus nuttig om met ouderen te bespreken of ze zich eenzaam voelen, en met hen mogelijkheden ter verbetering te bespreken. Omdat eenzaamheid niet hetzelfde is als sociaal geïsoleerd zijn, zijn verbeteringsmogelijkheden niet alleen het vergroten van sociale activiteiten, maar ook het investeren in en onderhouden van persoonlijke relaties. Strategieën om



Foto: Monkey Business Images/Shutterstock

eenzaamheid te verzachten kunnen zich bijvoorbeeld richten op de woon-situatie of op telefonische ondersteuning. ■

Susan Umans

Perissinotto CM, et al. Loneliness in older persons. A predictor of functional decline and death. Arch Int Med 2012;172:1078-83.

Screenen op prostaatkanker?

Als huisarts zien wij regelmatig mannen die even een PSA-tje geprikt willen hebben of anderszins de vraag hebben of wij voor hen prostaatkanker kunnen uitsluiten.

Zeer recent verscheen een herziening van een Cochrane-review over prostaatkankerscreening. Er werden vijf RCT's geïnccludeerd met in totaal 341.342 deelnemende patiënten. Bij alle patiënten werd het PSA geprikt en een rectaal toucher gedaan. De leeftijd van de patiënten was 45 tot 80 jaar en de follow-

upperiode varieerde van 7 tot 20 jaar.

In de meta-analyse van de vijf RCT's werd geen statistisch significant verschil gevonden in prostaatspecifieke mortaliteit tussen de mannen in de screeningsgroep ten opzichte van de mannen in de controlegroep (risk ratio (RR) 1,00; 95%-BI 0,86-1,17). De uitkomsten van de geïnccludeerde RCT's waren overigens niet eenduidig. Screening leidt ook tot nadelige kleinere gevolgen (bloedingen, angst) en ongewenste grotere gevolgen (overdiagnostiek en overbehandeling, infecties, incontinentie).

De auteurs concluderen dat het nut van prostaatkankerscreening nog

steeds niet is aangetoond. Het advies van de laatste versie van de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen blijft dus van kracht: screenen op prostaatscarcinoom bij een patiënt zonder klachten wordt niet aangeraden. ■

Just Eekhof

Ilic D, et al. Screening for prostate cancer. Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 1. Art. No.: CD004720.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).



Preventie van depressie en angst in verzorgingshuizen

Samenvatting

Dozeman E, Van Marwijk HWJ, Van Schaik DJF, Smit F, Stek ML, Van der Horst HE, Bohlmeijer ET, Beekman ATF. Preventie van depressie en angst in verzorgingshuizen. *Huisarts Wet* 2013;56(4):154-8.

ACHTERGROND Bewoners van verzorgingshuizen vormen een risicogroep voor het ontwikkelen van een depressieve en/of angststoornis. Deze stoornissen komen veel voor en hebben een grote impact op het welzijn en functioneren van de betrokkene, maar worden vaak slecht herkend. Wij vroegen ons af of een stepped-care programma ter preventie van depressieve en angststoornissen in verzorgingshuizen haalbaar en effectief zou kunnen zijn.

METHODEN In een pragmatische gerandomiseerde gecontroleerde trial vergeleken we de effecten van het programma met gebruikelijke zorg in veertien verzorgingshuizen. In totaal deden 185 bewoners mee, die op de Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) minstens 8 punten scoorden, niet leden aan een depressieve of angststoornis en ook niet aan een ernstige cognitieve stoornis. De deelnemers kregen een stepped-care preventieprogramma (n = 93) of gebruikelijke behandeling (n = 92). De deelnemers aan het preventieprogramma kregen eerst een afwachtend beleid en als ze niet opknaptten achtereenvolgens een zelfhulpinterventie, een psychologische *life-review* en een verwijzing naar de huisarts. Onze primaire uitkomstmaat was de incidentie van een depressieve stoornis of angststoornis gedurende het jaar na inclusie.

RESULTATEN De incidentie van depressie en angst samen nam niet af door de interventie: de gecombineerde *incidence rate ratio* (IRR) was 0,50 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 0,23 tot 1,12). Ten opzichte van de gebruikelijke zorg bracht het preventieprogramma wel het indicenterisico voor depressie omlaag (IRR 0,26; 95%-BI 0,12 tot 0,80) maar niet dat voor angst (IRR 1,32; 95%-BI 0,48 tot 3,62).

CONCLUSIE De resultaten suggereren dat het toegepaste stepped-care preventieprogramma bij ouderen in verzorgingshuizen wel helpt tegen depressie, maar niet tegen angst.

INLEIDING

Veel ouderen hebben last van depressie of angst. Dat verhoogt de kans op overlijden en verlaagt de kwaliteit van leven.¹⁻⁴ Ouderen in verzorgingshuizen lopen een nog grotere kans op het ontwikkelen van een depressieve of angststoornis dan ouderen in de algemene bevolking. In verzorgingshuizen schat men deze kans bij bewoners die klinisch relevante symptomen hebben zonder dat er al sprake is van een depressieve of angststoornis, zelfs op 35% per jaar.^{5,6} Chronische ziekten, handicaps, eenzaamheid, ouderdom en vrouwelijk geslacht dragen allemaal bij aan het risico, en in het verzorgingshuis stapelen deze risico's zich op.^{7,8} Weliswaar zijn de behandelingsmogelijkheden verbeterd,⁹ maar toch blijven ouderen die last hebben van depressie of angst vaak nog onbehandeld. Gezien het grote aantal mensen dat wordt getroffen is het niet waarschijnlijk dat men iedereen adequaat zou kunnen behandelen. Alternatieve strategieën, zoals preventie, lijken daarom nodig.¹⁰⁻¹²

Uit recente meta-analyses blijkt dat preventieve interventies de incidentie van depressieve en angststoornissen effectief kunnen verminderen met maar liefst 25% bij volwassenen,¹³⁻¹⁵ en dat dit ook geldt voor ouderen.¹⁶ In Nederlands onderzoek onder mensen van 75 jaar en ouder verminderde een stepped-care preventieprogramma het risico op het ontwikkelen van een depressieve of angststoornis met 58%. De effecten bleven ook na twee jaar overeind en het programma bleek bovendien kosteneffectief.¹⁷⁻¹⁹

Deze veelbelovende resultaten suggereren dat preventieve interventies effectief kunnen zijn wanneer ze worden aangeboden in een stepped-care format. Bij *stepped care* wordt de effectiviteit van de beschikbare interventies optimaal benut door te starten met de minst intensieve interventie en pas over

Wat is bekend?

- Depressie en angst bij ouderen verhogen de kans op overlijden en schaden de kwaliteit van leven.
- De prevalentie van depressieve en angststoornissen in verzorgingshuizen is zo hoog dat men lang niet alle gevallen kan behandelen.
- Bij volwassenen zijn preventieve interventies tegen depressie en angst bewezen effectief. *Stepped care* biedt in verzorgingshuizen de beste kans om de beschikbare interventies optimaal te benutten.

Wat is nieuw?

- Een stepped-care programma kan voorkomen dat lichte symptomen van depressie bij bewoners van verzorgingshuizen uitgroeien tot een echte depressieve stoornis.
- Bij angststoornissen is zo'n preventief stepped-care programma niet effectiever dan de gebruikelijke zorg.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde/EMGO+, De Boelelaan 1109, secretariaat 9A-02, 1081 HV Amsterdam; dr. E. Dozeman, preventiewerker-onderzoeker; dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts-onderzoeker; dr. D.J.F. van Schaik, psychiater-onderzoeker; prof.dr. H.E. van der Horst, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; prof.dr. A.T.F. Beekman, hoogleraar Psychiatrische epidemiologie/psychiatrie. Trimbos-instituut, Utrecht; prof.dr. F. Smit, senior wetenschappelijk medewerker Publieke geestelijke gezondheid. VUmc, afdeling Psychiatrie; prof.dr. M.L. Stek, hoogleraar Ouderenpsychiatrie. Universiteit Twente, faculteit Gedragwetenschappen, Enschede; prof.dr. E.T. Bohlmeijer, hoofddocent Psychologie • Correspondentie: hwj.vanmarwijk@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: ZonMw-subsidie 62200026.

Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd als: Dozeman E, Van Marwijk HW, Van Schaik DJ, Smit F, Stek ML, Van der Horst HE, Bohlmeijer ET, Beekman AT. Contradictory effects for prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr* 2012;24(8):1242-51. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

te gaan tot intensievere zorg als de situatie daarom vraagt. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat preventie bij angst of depressie het meeste effect heeft als die gericht is op mensen met een hoge a-priorikans op het ontwikkelen van een dergelijke stoornis.^{20,21} Men kan dus het best focussen op mensen met risicofactoren (selectieve preventie) of met vroege symptomen van een nog niet tot ontwikkeling gekomen stoornis (geïndiceerde preventie). Het doel van ons onderzoek was na te gaan in hoeverre *stepped care* depressieve of angststoornissen kan voorkómen bij kwetsbare ouderen in het verzorgingshuis die meer symptomen hebben dan gemiddeld, maar nog niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een stoornis.

METHODEN

Opzet

We testten een stepped-care preventieprogramma in een pragmatische gerandomiseerde gecontroleerde trial met twee parallelle groepen in veertien verzorgingshuizen in Amsterdam en omgeving. De onderzoeksopzet is elders beschreven.²²

Onze centrale klinische uitkomst was de cumulatieve incidentie over een jaar van depressieve en angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, of gegeneraliseerde angst) zoals omschreven in de *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (DSM-IV-TR), met geplande analyse voor elk van de verschillende uitkomsten zoals gemeten met het Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).²³ De medisch-ethische commissie van het VU medisch centrum keurde het onderzoeksprotocol goed.

Deelnemers

Wij nodigden bewoners met een score van minstens 8 punten op de Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) uit voor een diagnostisch interview.²⁴ Een CES-D-score van 8 punten is vergelijkbaar met het gemiddelde klachtenniveau in de algemene bevolking. We zochten dus naar mensen die boven het gemiddelde scoren. Respondenten die voldeden aan de DSM-criteria voor depressie of angststoornis sloten wij uit van deelname, evenals bewoners bij wie wij aanwijzingen vonden voor een cognitieve stoornis (≤ 21 punten bij de Mini-Mental State Examination).²⁵ De overigen kwamen in aanmerking voor deelname als zij schriftelijk toestemming gaven en de Nederlandse taal voldoende beheersten.

Stepped-care interventie

Na een maand wachten ('actief volgen') vonden evaluaties plaats in cycli van drie maanden. De deelnemers stapten over naar het volgende interventieniveau als hun klachten niet met ten minste vijf punten op de CES-D verbeterd waren. Bij deelnemers die geen verbetering lieten zien, bestond het stepped-care preventieprogramma achtereenvolgens uit *activity scheduling* (een module van de eerder geteste en effectieve zelfhulp cursus 'Omgaan met depressie'), *life-review* (een korte gestructureerde persoonlijke interventie, op maat gemaakt voor zeer oude mensen)^{26,27} en ten slotte een bezoek aan de huisarts om verdere behandelopties zoals antidepressiva of verwijzing

te bespreken. Doel was evaluatie en uitsluiting van somatische factoren (waaronder medicatie) die de klachten zouden kunnen veroorzaken. Als een deelnemer op enig meetpunt bleek te beantwoorden aan de DSM-criteria voor depressie of angststoornis, had onze interventie gefaald en verwezen wij de deelnemer naar de huisarts. In de controlegroep werd de gebruikelijke zorg gemonitord.

Statistische analyse

Voor details over de statistische analyse verwijzen we naar de Engelstalige publicatie.

RESULTATEN

Deelnemers

Tussen april 2007 en december 2008 nodigden we 1784 bewoners uit voor het screeningsinterview. Daarvan waren er 754 (42%) in staat en bereid om deel te nemen. Van deze potentiële deelnemers scoorden er 459 (61%) hoger dan 8 op de CES-D-schaal, en van 270 (59%) bewoners uit deze laatste groep verkregen wij schriftelijke toestemming. Het bleek echter dat

Tabel Baselinekenmerken van de deelnemers

	Interventiegroep (n = 93)		Gebruikelijke zorg (n = 92)	
Vrouw, n (%)	67	(72,0)	68	(73,9)
Leeftijd bij inclusie, jaren (SD)	84,5	(6,7)	84,2	(6,4)
■ range, jaren	61,8-100,3		62,1-94,9	
MMSE, score (SD)	27,0	(2,1)	27,1	(2,0)
Gehuwd of samenwonend, n (%)	18	(19,4)	13	(14,1)
Meer dan middelbare schoolopleiding (%)	20	(21,5)	17	(18,4)
Aantal chronische ziekten				
■ 0, n (%)	4	(4,3)	5	(5,4)
■ 1, n (%)	13	(14,0)	22	(23,9)
■ 2, n (%)	34	(36,6)	29	(31,5)
■ > 2, n (%)	42	(45,2)	36	(39,1)
CES-D, score (SD)	14,9	(5,7)	14,4	(5,3)
HADS-A, score (SD)	3,6	(2,8)	3,2	(2,6)
Eenzaamheidsschaal, score (SD)	3,4	(0,9)	3,4	(0,8)
■ niet eenzaam, n (%)	29	(31,2)	33	(35,9)
■ eenzaam, n (%)	64	(68,8)	59	(64,1)
ADL, score (%)	35,1	(5,7)	34,4	(6,3)
■ ernstige ADL-problemen, n (%)	50	(53,8)	45	(48,9)
Gevoelens van angst of depressie in verleden, n (%)	48	(51,6)	53	(57,6)
Verblijfsduur in verzorgingshuis				
■ < 1 jaar, n (%)	29	(31,2)	24	(31,2)
■ > 1 jaar, n (%)	54	(58,1)	64	(69,6)
■ < 10 jaar, n (%)	10	(10,8)	4	(4,3)
Gehoor				
■ geen probleem, n (%)	51	(54,8)	52	(56,5)
■ ernstig probleem, n (%)	43	(45,2)	40	(43,5)
Visus				
■ geen probleem, n (%)	47	(50,5)	55	(59,8)
■ ernstig probleem, n (%)	46	(49,5)	37	(40,2)

ADL = algemene dagelijkse levensverrichtingen. CES-D = Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale. HADS-A = Hospital Anxiety and Depression Scale (angst-subschaal). MMSE = Mini-Mental State Examination. SD = standaarddeviatie.

Figuur Stroomdiagram

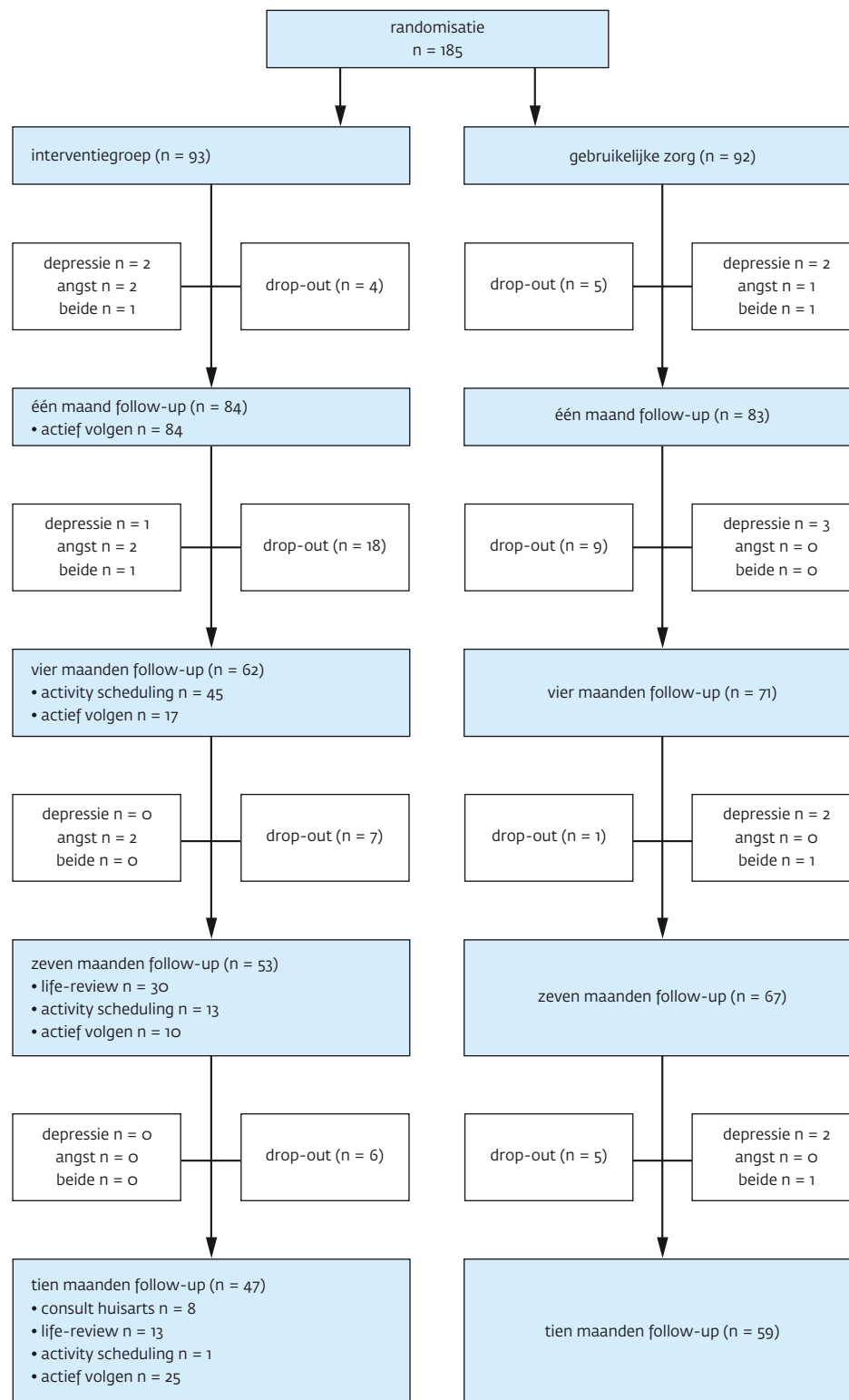




Foto: Boli/Hollandse Hoogte

85 personen uit deze groep al een psychische en/of cognitieve stoornis hadden. Uiteindelijk konden wij dus 185 bewoners randomiseren naar het stepped-careprogramma ($n = 93$) of gebruikelijke zorg ($n = 92$). De [figuur] toont het stroomschema van het onderzoek op basis van intention-to-treat.

De [tabel] geeft de kenmerken van de deelnemers in beide onderzoeksgroepen bij inclusie. Van de totale populatie was 73% vrouw, de gemiddelde leeftijd was 84,3 jaar (SD 6,5). Het merendeel (83,2%) woonde alleen en voelde zich eenzaam (70,8%). De meesten hadden te kampen met chronische ziekten en een slecht dagelijks functioneren. Er waren geen significante verschillen tussen beide onderzoeksgroepen.

Interventie

In totaal kwamen 63 van de 93 deelnemers (68%) in aanmerking voor activity scheduling, maar daarvan begonnen er slechts 45 (71%) daadwerkelijk met deze zelfhulpinterventie. Binnen deze groep werkte slechts een minderheid van 11 deelnemers (24%) alle oefeningen uit de interventie af.

In de volgende stap, vier maanden na inclusie, kwamen 43 van de 93 deelnemers (46%) in aanmerking voor de *life-review*, van wie er 30 (70%) op dit aanbod ingingen.

In de laatste stap van de interventie kwamen 8 van de 93 deelnemers (9%) in aanmerking voor een consult bij de huisarts. Zeven van de acht (88%) meldden dat zij hun huisarts inderdaad hadden gesproken.

Gebruikelijke medicatie

Op baseline beschikten wij over de medicatiegegevens van

84 deelnemers in de interventie- en 86 deelnemers in de controlegroep. In de interventiegroep kregen 16 deelnemers (19%) antidepressiva, versus 10 (12%) in de controlegroep ($\chi^2 = 1,81$, $df = 1$, $p = 0,18$), en gebruikten 35 deelnemers (42%) sederende medicatie in vergelijking met 36 (42%) in de controlegroep ($\chi^2 = 0,17$, $df = 1$, $p = 0,90$).

Uitkomsten

De ruwe incidentie van depressieve en angststoornissen samen in het onderzoeksjaar was in de interventiegroep 12,9% (12 van de 93) en in de controlegroep 16,3% (15 van de 92), wat resulteert in een *incidence rate ratio* (IRR) van 0,50, met een 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) van 0,38 tot 1,65.

Bij 6 (6,5%) deelnemers in de interventiegroep en 13 (14,1%) deelnemers in de controlegroep ontwikkelde zich een depressieve stoornis. De ruwe IRR is 0,46 (95%-BI 0,17-1,21), de gecorrigeerde IRR 0,26 (95%-BI 0,12-0,80).

In de interventiegroep ontwikkelden 8 (8,6%) deelnemers versus 4 (4,4%) deelnemers in de controlegroep een angststoornis, in meerderheid een gegeneraliseerde angststoornis. De ruwe IRR is 1,98 (95%-BI 0,74-5,28), de gecorrigeerde IRR 1,32 (95%-BI 0,48-3,62).

DISCUSSIE

Belangrijkste bevindingen

Onze hypothese was dat een stepped-care preventieprogramma bestaande uit systematische controle en evidence-based interventies bij bewoners van verzorgingshuizen meer succes zou hebben in het voorkomen van depressieve en angststoor-

nissen dan de gebruikelijke zorg. Dat bleek niet het geval voor beide aandoeningen samen en voor angststoornissen alleen, maar wel voor depressieve stoornissen.

Sterke en zwakke punten

Drie sterke punten van ons onderzoek zijn de pragmatische opzet met weinig uitsluitingscriteria, zodat de resultaten zich beter laten generaliseren naar andere Nederlandse verzorgingshuizen, het gebruik van gestructureerde psychiatrische diagnoses en het gebruik van evidence-based interventies in een stepped-care format. Omdat we de effecten *in real life* wilden beoordelen, stelden we weinig uitsluitingscriteria en stonden we ook andere behandelingen toe. Bovendien vergeleken we de interventie niet met een placeboconditie en heeft deze derhalve een vrij zware test ondergaan.

Zoals te verwachten was in deze kwetsbare oudere populatie was er veel verloop in de verschillende fasen van het onderzoek. Vooral het zelfhulpdeel werd slecht ontvangen door veel deelnemers. Een andere beperking is het geringe percentage dat wij konden randomiseren – uiteindelijk slechts 10% van de 1784 potentiële deelnemers. Een ander zwak punt is, dat wij vóór aanvang van het onderzoek het idee hadden dat het verzorgend personeel de interventie zou uitvoeren, maar dat is niet gelukt. De interventie is nu vooral uitgevoerd door tijdelijke medewerkers en therapeuten die voor de bewoners onbekend waren. Bewoners hebben mogelijk meer belangstelling voor een interventie als die wordt uitgevoerd door een vaste medewerker, die langer de tijd heeft om een vertrouwensband en een werkrelatie met hen op te bouwen. Ook de zorgzwaarte van de interventie was beduidend hoger dan we hadden ingeschat. De interventie had een duidelijk gunstig effect op depressie (zowel klinisch als statistisch significant), maar het effect op angst was statistisch niet significant en leek opvallend genoeg eerder tegengesteld.

Een mogelijke verklaring voor de uiteenlopende effecten in vergelijking met een eerder onderzoek onder thuiswonende ouderen¹⁷ is dat onze groep op baseline lagere angstscores liet zien, dus misschien zijn bij ons niet die angstige oudere bewoners ingestroomd die zouden kunnen hebben profiteren van onze interventies.

CONCLUSIE

De door ons toegepaste stepped-care interventie in het verzorgingshuis lijkt voorlopig alleen effectief bij een kleine subgroep van bewoners met depressieve klachten zonder bijkomende angstklachten. ■

LITERATUUR

- 1 Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, Van Tilburg W. Major and minor depression in later life: A study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord* 1995;36:65-75.
- 2 Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, Van Balkom AJ, Smit JH, De Beurs E, et al. Anxiety disorders in later life: A report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:717-26.

- 3 Blazer DG. Depression in late life: Review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58:249-65.
- 4 Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005;365:1961-70.
- 5 Dozeman E, Van Marwijk HW, Van Schaik DJ, Stek ML, Van der Horst HE, Beekman AT, et al. High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community. *Aging Ment Health* 2010;14:828-33.
- 6 Thakur M, Blazer DG. Depression in long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2008;9:82-7.
- 7 Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160:1147-56.
- 8 Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:290-6.
- 9 Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: A meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006;163:1493-501.
- 10 Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: Comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:526-33.
- 11 Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Reducing the global burden of depression: Population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *Br J Psychiatry* 2004;184:393-403.
- 12 Smit F, Beekman A, Cuijpers P, De Graaf R, Vollebergh W. Selecting key variables for depression prevention: Results from a population-based prospective epidemiological study. *J Affect Disord* 2004;81:241-9.
- 13 Cuijpers P, Van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008;165:1272-80.
- 14 Beekman AT, Smit F, Stek ML, Reynolds CF, III, Cuijpers PC. Preventing depression in high-risk groups. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23:8-11.
- 15 Munoz RF, Cuijpers P, Smit F, Barrera AZ, Leykin Y. Prevention of major depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:181-212.
- 16 Cuijpers P, Van Straten A, Smit F, Andersson G. Is psychotherapy for depression equally effective in younger and older adults? A meta-regression analysis. *Int Psychogeriatr* 2009;21:16-24.
- 17 Van't Veer-Tazelaar PJ, Van Marwijk HW, Van Oppen P, Van Hout HP, Van der Horst HE, Cuijpers P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: A randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:297-304.
- 18 Van't Veer-Tazelaar P, Smit F, Van Hout H, Van Oppen P, Van der Horst H, Beekman A, et al. Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:319-25.
- 19 Van't Veer-Tazelaar P, Van Marwijk H, Van Oppen P, Van der Horst HE, Smit F, Cuijpers P, et al. Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: A pragmatic randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19:230-9.
- 20 Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *Br J Psychiatry* 2004;184:393-403.
- 21 Smit F, Beekman A, Cuijpers P, De Graaf R, Vollebergh W. Selecting key variables for depression prevention: Results from a population-based prospective epidemiological study. *J Affect Disord* 2004;81:241-9.
- 22 Dozeman E, Van Schaik DJ, Beekman AT, Stalman WA, Bosmans JE, Van Marwijk HW. Depression and anxiety, an indicated prevention (DIP) protocol in homes for the elderly: Feasibility and (cost) effectiveness of a stepped care programme. *BMC Geriatr* 2007;7:6.
- 23 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 Suppl 20:22-33.
- 24 Bisschop MI, Kriegsman DM, Deeg DJ, Beekman AT, Van Tilburg W. The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Clin Epidemiol* 2004;57:187-94.
- 25 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. 'Mini-mental state': A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- 26 Bohlmeijer E, Smit F, Cuijpers P. Effects of reminiscence and life review on late-life depression: A meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:1088-94.
- 27 Serrano JP, Latorre JM, Gatz M, Montanes J. Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychol Aging* 2004;19:270-7.

Geen belangenconflict gemeld

Krantenlezers zouden vreemd opkijken als, onder een lovend artikel over de plannen van KPN, een regeltje stond dat de economieredacteur betaald wordt door KPN. Of als de wetenschapsredacteur een spannend stuk over een nieuwe lichttherapie van Philips zou afsluiten met 'De auteur verzorgt bezoldigde voordrachten voor Philips.' De lezer zou zich in gemoede afvragen of de hoofdredacteur werkelijk niemand anders had om die verhalen te schrijven.

In de wetenschap is dat anders geregeld. Daar dienen onderzoekers, als het goed is tot op de laatste cent, duidelijk te maken waar hun mogelijke belangenconflicten liggen, door wie het onderzoek is betaald en wat ze verder aan vergoedingen her en der binnenhalen. Maar daarmee is de kous ook af: wetenschappers worden geacht zo eerlijk en objectief te zijn dat ze hun mogelijke conflicten in extenso en roomser dan de paus willen en kunnen melden.

Dat dit niet altijd goed gaat, bleek vorig jaar wel, toen er een flinke rel ontstond rond de DSM-5. In *PLoS Medicine* onthulden Lisa Cosgrove en Sheldon Krinsky dat zo'n 70 procent van de leden van de verschillende taakgroepen banden hadden met de farmaceutische industrie. Bij psychose liep dat op tot 83 procent, bij slaapstoornissen tot 100. En dan hoefden de deskundigen nog niet eens giften onder de 10.000 dollar te melden, noch hun vrij te besteden onderzoekssubsidies, noch hun honoraria voor spreekbeurten.

Niet minder opzienbarend was een onderzoek vorige zomer, in hetzelfde tijdschrift, van Aaron Kesselheim en collega's van Harvard, die probeerden te onderzoeken wat 'geen belangenconflict gemeld' nu waard is. In rechtszaken over 'off-label voorschrijven' — dokters mogen onder elkaar hierover wel discussiëren, maar ze mogen zich daarvoor niet laten betalen — worden soms ook de dokters die zich toch voor

het farmaceutische karretje hebben laten spannen met naam en toenaam genoemd. Kesselheim kon er 91 traceren, van hen hadden er 39 in totaal 404 wetenschappelijke artikelen geschreven, en daarin stond in slechts 15 procent een adequate melding van belangenconflicten. Bijna de helft, 48 procent, meldde geen conflicten, en in 4 procent werd uitdrukkelijk enig conflict ontkend.

Ook uit ander recent onderzoek komt naar voren dat melding van belangenconflicten nog lang niet vanzelfsprekend is. Het lijkt een beetje te liggen aan het tijdschrift, de onderzoeksgrootte en het land van herkomst, maar veel vooruitgang wordt de laatste jaren niet meer geboekt.

En zachte heelmeesters, zo weten dokters, maken stinkende wonden. Al dat gedoe over het opbiechten van belangenconflicten zou de zaak best eens alleen maar erger kunnen maken.

Hoe vaak horen wij niet hoogleraren zoetsappig beweren dat ze zich 'door iederéén laten betalen', en daarom dus niet gebiast zijn? Op vragen door wie ze zich het méést hebben laten betalen, komt nooit antwoord: de ruis is voor hen belangrijker dan het signaal.

In een fraai commentaar in de *JAMA* wees psycholoog en econoom George Loewenstein er enige tijd geleden op, dat het erkennen van belangenconflicten ook de boodschap zelf kan verteekenen: die wordt een beetje overdreven, zodat lezers na aftrek van de belangen er toch de gewenste boodschap aan overhouden. De melding verschaft bovendien een alibi, de lezer is immers gewaarschuwd.

Daarnaast, zegt hij, als mensen menen dat belangenconflicten goed zijn geregeld (door de auteur, door het tijdschrift, door de dokter), houden ze er geen rekening meer mee en zijn ze des te kwetsbaarder. Anderen houden juist wel rekening met andermans belangen, en zijn alleen maar meer genegen diens, kennelijk waardevolle, advies te volgen. En meer in de praktijksituatie: kun je nog wel iets met goed fatsoen weigeren als de ander er zo'n groot belang bij heeft dat je meedoet? En als

dat kan, belast het de rest van de relatie niet?

Het melden van belangenconflicten is, al met al, slechts een onhygiënisch doekje voor het bloeden. De melding van conflicten wordt zelden op volledigheid en juistheid gecontroleerd, de melding van geen conflict is zo mogelijk nog onbetrouwbarder, en de melding wekt de indruk dat de ziekte is bestreden terwijl er slechts wat aan het symptoom is gedaan. De ramen zijn gelapt, maar de vitrage blijft gewoon hangen.

En voor de volledigheid – het zou niet zo gek zijn als journalisten, ook wetenschapsjournalisten, wat transparanter over hun bronnen van inkomsten en andere mogelijke belangenconflicten zouden worden. Maar dan zou misschien helemaal niemand ze meer geloven. ■

Hans van Maanen

- 1 Cosgrove L, Krinsky S. A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. *PLoS Med* 2012;9:e1001190.
- 2 Kesselheim AS, Wang B, Studdert DM, Avorn J. Conflict of interest reporting by authors involved in promotion of off-label drug use: an analysis of journal disclosures. *PLoS Med* 2012;9:e1001280.
- 3 Irwin B, Hirsch BR, Samsa GP, Abernethy AP. Conflict of interest disclosure in off-label oncology clinical trials. *J Oncol Pract* 2012;8:298-302.
- 4 Loewenstein G, Sah S, Cain DM. The unintended consequences of conflict of interest disclosure. *JAMA* 2012;307:669-70.

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist. Geen belangenconflict gemeld, dus dan weet je het wel.





Familiegesprekken voor mantelzorgers van mensen met dementie

Samenvatting

Joling KJ, Van Marwijk HW, Smit F, Van der Horst HE, Scheltens P, Van de Ven PM, Appels BA, Van Hout HP, Familiegesprekken voor mantelzorgers van mensen met dementie. *Huisarts Wet* 2013;56(4):160-4.

DOEL Vaststellen of familiegesprekken een effectief middel zijn om depressie en angst bij mantelzorgers van thuiswonende dementiepatiënten te voorkomen en verpleeghuisopname van patiënten uit te stellen, afgemeten aan de in Nederland gebruikelijke zorg.

Methode Wij wezen mantelzorgers en dementiepatiënten als koppel gerandomiseerd toe aan de interventie- (n = 96) of de controlegroep (n = 96). Mantelzorgers in de interventiegroep kregen gedurende een jaar twee individuele begeleidende gesprekken en vier familiegesprekken aangeboden. De controlegroep ontving de gebruikelijke zorg. De belangrijkste uitkomstmaten waren de éénjaarsincidentie van depressie- en angststoornissen en de ernst van depressie- en angstklachten bij mantelzorgers, en de tijd tot verpleeghuisopname van patiënten binnen de follow-upperiode van achttien maanden.

RESULTATEN Van de 192 mantelzorgers in ons onderzoek ontwikkelden er 72 (38%) een depressie- of angststoornis. Het risico op een stoornis was in de interventiegroep even hoog als in de controlegroep. Ook de ernst van depressieve of angstklachten verschilde niet. Tijdens de follow-upperiode werden 41 (21%) van de 192 patiënten permanent opgenomen in een verpleeghuis. Er was geen verschil in de tijd tot opname tussen beide groepen.

CONCLUSIE Wij hebben geen preventief effect kunnen aantonen van familiegesprekken op de mentale gezondheid van de mantelzorger. Onze interventie was niet effectiever dan de gebruikelijke zorg om verpleeghuisopname van de patiënt uit te stellen.

INLEIDING

Het aantal mensen met dementie zal de komende jaren exponentieel toenemen.¹ Op dit moment wonen de meeste dementiepatiënten thuis, waar zij worden verzorgd door een familielid. Deze zorg kan zeer belastend zijn en veel mantelzorgers krijgen dan ook psychische en andere gezond-

heidsproblemen. Omdat het welzijn van de mantelzorger vaak de bepalende factor is bij de beslissing om een dementerende patiënt op te nemen in het verpleeghuis,² is men de laatste jaren begonnen interventies te ontwikkelen om de mantelzorger te ondersteunen. De effectiviteit daarvan is wisselend en over het algemeen middelmatig. De effectiefste interventies bevatten voorlichting en advies, zijn flexibel ('op maat'), intensief en gericht op zowel de patiënt als de mantelzorger. Eén van de interventies die er gunstig uitsprong, was de New York University Caregiver Intervention (NYUCI), ontwikkeld door Mittelman en medewerkers, die bestaat uit individuele gesprekken met de mantelzorger, een lotgenotengroep, familiegesprekken en ad hoc counseling. Mantelzorgers ervoeren na dit ondersteuningsprogramma significant minder depressieve klachten en meer sociale steun dan een controlegroep.³⁻⁵ Bovendien bleek het programma verpleeghuisopname van de patiënt met 1,5 jaar uit te stellen, zonder dat dit ten koste ging van de kwaliteit van leven van de mantelzorger.⁶⁻⁸

Familiegesprekken zijn een belangrijk element in de NYUCI, zij kunnen een krachtig middel zijn om het sociale netwerk rond zwaar belaste mantelzorgers te versterken. Familiegesprekken worden in Nederland echter slechts incidenteel georganiseerd, meestal om de diagnose dementie te bespreken of in een crisissituatie, en zelden preventief ingezet om uitval van de mantelzorger te voorkomen. Mittelmans resultaten inspireerden ons om ook in Nederland de meerwaarde van familiegesprekken te onderzoeken. In het *family meetings*-onderzoek (FAME), een gerandomiseerd onderzoek bij mantelzorgers van thuiswonende dementiepatiënten, vergeleken wij de effectiviteit van een gestructureerd aanbod van familiegesprekken met die van de gebruikelijke zorg. Wij formuleerden

Wat is bekend?

- Een groot deel van de mantelzorgers van mensen met dementie is overbelast of loopt risico op overbelasting.
- In Amerika is een interventie met meerdere componenten, waaronder familiegesprekken, voor mantelzorgers een effectieve aanpak gebleken, die tevens leidde tot een fors uitstel van verpleeghuisopnames van patiënten.

Wat is nieuw?

- Bijna 40% van de mantelzorgers ontwikkelde in het jaar na inclusie een depressieve stoornis of angststoornis.
- Mantelzorgers ervaren familiegesprekken als behulpzaam en vinden dat die binnen hun sociale netwerk meer begrip kweken voor hun situatie.
- In Nederland zijn familiegesprekken echter niet effectiever dan de gebruikelijke zorg in het voorkomen van depressie en angst bij mantelzorgers of in het uitstellen van verpleeghuisopname van dementiepatiënten.

VUmc EMGO+ Instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. K.J. Joling, postdoc onderzoeker, epidemioloog, VUmc EMGO+ Instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde: dr. H.W.J. van Marwijk, huisarts, universitair hoofddocent; prof.dr. Henriëtte E. van der Horst, huisarts; dr. H.P.J. van Hout, universitair docent, VUmc Alzheimercentrum, afdeling Neurologie, Amsterdam: prof.dr. Ph. Scheltens, neuroloog, VUmc EMGO+ Instituut, afdeling Epidemiologie en biostatistiek, Amsterdam: dr. P.M. van de Ven, universitair docent, statisticus; VUmc EMGO+ Instituut, afdeling Epidemiologie en biostatistiek, Amsterdam, Trimbos Instituut, Utrecht: prof.dr. Filip Smit, hoogleraar Publieke geestelijke gezondheid, Slotervaartziekenhuis, afdeling Medische psychologie en ziekenhuispsychiatrie, Amsterdam: B.A. Appels, neuropsycholoog • Correspondentie: k.joling@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw en het Innovatiefonds Zorgverzekeraars.

Dit artikel is een aangepaste versie van twee artikelen: Joling KJ, Van Marwijk HW, Smit F, Van der Horst HE, Scheltens P, Van de Ven PM, Mittelman MS, Van Hout HP. Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLoS One*. 2012;7(1):e30936; en Joling KJ, Van Marwijk HW, Van der Horst HE, Scheltens P, Van de Ven PM, Appels BA, Van Hout HP. Effectiveness of family meetings for family caregivers on delaying time to nursing home placement of dementia patients: A randomized trial. *PLoS One*. 2012;7(8):e42145. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

drie onderzoeksvragen: Kunnen familiegesprekken voorkomen dat mantelzorgers van dementiepatiënten depressie of angst ontwikkelen (preventie)? Vermindert de interventie de ernst van depressie- en angstklachten en zorgbelasting bij de mantelzorger? Stelt de interventie verpleeghuisopname van de patiënt uit?

METHODE

Selectie van deelnemers

Wij benaderden 602 mantelzorgers en hun naasten met dementie via geheugenpoliklinieken ($n = 91$), organisaties die casemanagement leveren ($n = 79$) en huisartsenpraktijken, thuiszorgorganisaties en ontmoetingscentra ($n = 22$). Mantelzorgers kwamen in aanmerking voor deelname als ze de zorg hadden voor een thuiswonend familielid met een klinische diagnose dementie. Als er meer dan één mantelzorger was, vroegen wij de primaire mantelzorger om deel te nemen, dat wil zeggen de persoon die de zorg voor de dementerende coördineert, en meestal ook het grootste gedeelte van de zorg op zich neemt. Omdat de interventie een preventief doel had, namelijk depressie en angst bij de mantelzorger te voorkomen, excludeerden wij mantelzorgers die bij aanvang van het onderzoek beantwoordden aan de DSM-IV-criteria voor een depressieve stoornis of angststoornis, op basis van het Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).⁹ Ook sloten wij mantelzorgers uit als voor hun naaste al een permanente opname gepland stond.

Interventie en controle

De mantelzorgers in de interventiegroep nodigden wij uit deel te nemen aan een programma dat bestond uit een individueel voorbereidingsgesprek met de gespreksleider (meestal een casemanager, praktijkondersteuner ouderen of sociaal psychiatisch verpleegkundige), vier familiegesprekken met eigen familieleden en/of goede vrienden (elke twee tot drie maanden) en een individueel evaluatiegesprek. Een uitgebreide beschrijving van het interventieprogramma is te lezen in eerdere publicaties.¹⁰⁻¹³

De belangrijkste doelen van familiegesprekken zijn psycho-educatie, om mantelzorger en familie inzicht te geven in de gevolgen van de ziekte en de omgang daarmee, het kweken van begrip bij de familie voor de zorglast van de centrale mantelzorger, en familieleden en vrienden stimuleren om emotionele en praktische steun te geven aan de centrale mantelzorger. Tijdens het familiegesprek staat de behoefte van de centrale mantelzorger centraal, er zijn daarom geen vaste onderwerpen die aan de orde moeten komen.

De gespreksleiders volgden vooraf een training waarin zij onder andere leerden werken met een gesprekshandleiding die gebaseerd was op het protocol van de NYUCI. Van elk familiegesprek maakten zij een geluidsopname, die de uitvoerend onderzoeker (KJ) steekproefsgewijs af luisterde voor supervisie of om op verzoek feedback te geven. Om het werken volgens protocol te stimuleren vulden de gespreksleiders na elk gesprek een registratieformulier in en nam de uitvoerend

onderzoeker na het gesprek contact op om eventuele moeilijkheden te monitoren en te bespreken.

De mantelzorgers en patiënten in de controlegroep ontvingen 'gebruikelijke zorg', dat wil zeggen dat zij naar behoeven gebruik konden maken van de beschikbare zorg- en ondersteuningsvormen. Deze omvatten een breed scala aan zorg- en welzijnsdiensten, dat per deelnemer verschilt. In dit zorgaanbod worden familiegesprekken slechts incidenteel aangeboden, en niet op een gestructureerde manier met meerdere vervolgssessies.

Metingen

Bij alle mantelzorgers die bereid waren om deel te nemen en aan de criteria voldeden, namen wij thuis een uitgebreide vragenlijst af om de situatie van patiënt en mantelzorger in kaart te brengen en de belangrijkste uitkomstmaten vast te leggen. Primaire uitkomstmaten waren de incidentie van depressie en angststoornissen (het aantal mantelzorgers dat voor het eerst een stoornis ontwikkelde binnen een jaar na inclusie) en de ernst van depressieve en angstklachten bij de mantelzorger. De incidentie van stoornissen maten wij elke drie maanden met de MINI, de ernst van de klachten maten wij halfjaarlijks met de Centre for Epidemiologic Studies Depression schaal (CESD)¹⁴ en de angstschaal van de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A).¹⁵ Een secundaire uitkomst-

Tabel 1 Kenmerken van de deelnemende mantelzorgers en dementiepatiënten (gegevens zijn aantallen, tenzij anders aangegeven)

	Interventiegroep (n = 96)		Controlegroep (n = 96)	
Mantelzorger				
■ gemiddelde leeftijd (SD)	67,8	(9,8) ^a	71,2	(10,7)
■ man (%)	29	(30,2)	28	(29,2)
■ vrouw (%)	67	(69,8)	68	(70,8)
■ partner van patiënt (%)	92	(95,8)	89	(92,7)
■ lager onderwijs (%)	28	(29,2)	34	(35,4)
■ middelbaar onderwijs (%)	37	(38,5)	30	(31,3)
■ hoger onderwijs (%)	29	(30,2)	32	(33,3)
■ kan patiënt alleen laten gedurende de dag				
– nee (%)	13	(13,5)	8	(8,3)
– ja, onbeperkt (%)	23	(24,0)	23	(24,0)
– ja, maar niet onbeperkt (%)	59	(61,5)	65	(67,7)
Patiënt				
■ gemiddelde leeftijd (SD)	72,8	(9,1) ^a	76,7	(8,3)
■ man (%)	66	(68,8)	64	(67,7)
■ vrouw (%)	30	(31,3)	32	(33,3)
■ gemiddeld aantal taken ADL-onafhankelijk (uit 6) (SD)	5,1	(1,4)	5,3	(1,1)
■ gemiddeld aantal taken IADL-onafhankelijk (uit 7) (SD)	2,7	(1,8)	2,6	(1,5)
■ gemiddelde MMSE-score (0-30), (SD)	21,4	(4,9)	21,7	(5,6)
■ type dementie				
■ ziekte van Alzheimer (%)	54	(56,3)	56	(58,3)
■ anders/onbekend (%)	42	(44,8)	40	(41,7)

* Significant verschil met controlegroep ($p < 0,05$).

SD = Standaarddeviatie. (I)ADL = (Instrumentele) activiteiten van het dagelijks leven. MMSE = Mini Mental State Examination.

maat was de tijd tot verpleeghuisopname van de patiënt, die wij nagingen door in geval van een permanente opname de opnamedatum na te vragen bij de mantelzorger of de hulpverlener. Andere secundaire uitkomstmaten waren de kwaliteit van leven van mantelzorger en patiënt, en de zorgbelasting bij de mantelzorger.

Randomisatie

Na afname van het baseline-interview wezen wij mantelzorgers en patiënten als koppel gerandomiseerd toe aan de interventie- of de controlearm. Dit gebeurde per centrum in blokken van vier, zodat er per centrum gelijke aantallen in iedere arm terecht kwamen. Een onafhankelijk persoon maakte gebruik van randomisatietabellen om de loting te rapporteren aan de onderzoeker.

Statistische analyse

Om na te gaan in hoeverre de interventie- en controlegroep bij aanvang van het onderzoek van elkaar verschilden, voerden wij t-toetsen en chikwadraattoetsen uit op sociaal-demografische kenmerken, uitkomstmaten en andere relevante variabelen. Met logistische regressie testten we vervolgens of de karakteristieken van uitvallers verschilden van die van deelnemers die de eindmeting afrondden.

Om te schatten hoe effectief de interventie was in het verlagen van het risico op een depressieve of angststoornis in vergelijking met gebruikelijke zorg, voerden we een poisson-regressieanalyse uit. Hieruit komt een *incidence-rate ratio* (IRR) die het verschil in incidentie weergeeft tussen de interventie- en de controlegroep. Voor de continue uitkomstmaten (ernst van de psychische klachten, zorgbelasting) schatten we het interventie-effect met behulp van *linear mixed models*. Met survivalanalyse evalueerden we of de interventie de tijd tot verpleeghuisopname verlengde.

Alle analyses zijn uitgevoerd volgens het intention-to-

treatprincipe: alle aan de interventiegroep toegewezen mantelzorgers werden vergeleken met de controlegroep, ongeacht of zij de interventie ook daadwerkelijk (volledig) volgden. Door aan ontbrekende waarden een realistische waarde toe te kennen met een meervoudige imputatietechniek konden wij in de analyse ook de gegevens meenemen van mantelzorgers van wie niet alle metingen compleet waren.

Daarnaast voerden we een per-protocolanalyse uit, waarin we de gegevens van de mantelzorgers die de interventie (vrijwel) geheel volgens protocol volgden vergeleken met de gegevens van de controlegroep. Voor verdere details over de analyse verwijzen we naar de oorspronkelijke artikelen.^{12,13} De effectanalyses zijn gecorrigeerd voor relevante baselineverschillen tussen de interventie- en de controlegroep, en voor de clustering van deelnemers binnen de centra.

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie

Van de 602 mantelzorgers die aan de inclusierriteria voldeden [figuur], waren er 192 bereid om mee te doen en wilden er 410 niet deelnemen. De belangrijkste reden ($n = 202$) was dat zij geen behoefte hadden aan deze interventie, bijvoorbeeld omdat zij al andere ondersteuning kregen, het nog goed zelf konden redden of geen meerwaarde verwachtten van de familiegesprekken. Andere redenen om niet mee te doen, waren: te belastend, praktische bezwaren, weerstand van familie of patiënt, en familie niet willen belasten.

[Tabel 1] laat de belangrijkste baselinekarakteristieken van de deelnemers zien. Wat opvalt is dat patiënten en mantelzorgers relatief jong waren en dat het merendeel van de mantelzorgers partner was van de dementerende. De mantelzorgers en patiënten in de interventiegroep waren significant jonger en hadden op baseline meer angstklachten (hogere HADS-A-score) dan de controlegroep. In de analyses is rekening gehouden met de relevante verschillen tussen beide groepen. Aan de

Tabel 2 Resultaten van de analyses naar het effect van familiegesprekken op de primaire uitkomstmaten

Uitkomstmaat	Interventie (n = 96)	Controle (n = 96)	Effectmaat	
Dichotome uitkomstmaten	n	n	IRR	(95%-BI)
■ incidente depressie- en/of angststoornis	38	34	0,98	(0,69 tot 1,38)
■ incidente depressie	28	19	1,21	(0,80 tot 1,84)
■ incidente angststoornis	28	27	0,89	(0,51 tot 1,56)
Continue uitkomstmaten	gemiddelde	gemiddelde	R ² T	
■ depressieve klachten (CES-D)			-1,40	(-3,91 tot 1,10)
– baseline	11,38	11,87		
– 6 maanden	12,42	13,00		
– 12 maanden	12,89	14,78		
■ angstklachten (HADS-A)			-0,55	(-1,59 tot 0,49)
– baseline	5,61	5,32		
– 6 maanden	5,65	5,72		
– 12 maanden	5,52	5,78		

CES-D = Centre for Epidemiologic Studies Depression schaal (0-60, een score ≥ 16 duidt op klinisch relevante depressiesymptomen). HADS-A = Hospital Anxiety and Depression Scale-angstsubschaal (0-21, een score ≥ 7 duidt op klinisch relevante angstsymptomen). IRR = Incidence-rate ratio (> 1 betekent dat over 12 maanden meer mantelzorgers in de interventiegroep een stoornis ontwikkelden dan in de controlegroep). R²T = Randomisatie-bij-tijdinteractie (geschatte verschillen tussen interventie- en controlegroep over 12 maanden, gecorrigeerd voor HADS-A-baselineverschillen en geschat met multilevelanalyse). 95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval.

eindmeting, op twaalf maanden na inclusie, heeft 87% van de mantelzorgers meegedaan. Mantelzorgers die uitvielen waardeerden hun fysieke gezondheid bij aanvang van het onderzoek slechter dan mantelzorgers die niet uitvielen.

Depressie en angst

Zoals [tabel 2] laat zien, ontwikkelden in de interventiegroep 38 mantelzorgers (40%) voor het eerst een depressieve of angststoornis gedurende het onderzoeksjaar, versus 34 mantelzorgers (35%) in de controlegroep. Gecorrigeerd voor baselineverschillen komt dit overeen met een IRR van 0,98. Dit betekent dat het risico op het ontwikkelen van een stoornis in de interventiegroep 2% lager zou zijn, maar dat de interventie het risico niet significant verminderde in vergelijking met de gebruikelijke zorg. Toen we de analyses herhaalden voor de afzonderlijke incidenties van depressieve stoornis of angststoornis, vonden we evenmin een significant verschil. Ook bleek de interventie de ernst van depressie- en angstklachten niet te verminderen. Ook op de secundaire uitkomstmaten, de zorgbelasting en kwaliteit van leven bij de mantelzorger, vonden we geen significante verschillen tussen de interventie- en controlegroep.

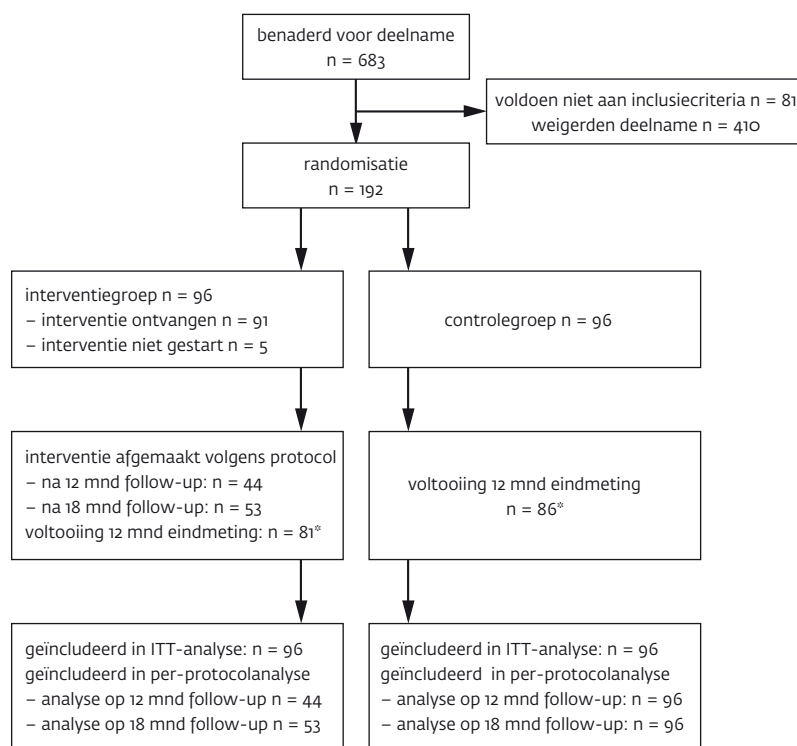
Verpleeghuisopname

Om te evalueren of familiegesprekken een verpleeghuisopname kunnen uitstellen of voorkomen, volgden we mantelzorgers en patiënten achttien maanden. Gedurende deze periode werden 23 patiënten uit de interventiegroep en 18 uit de controlegroep definitief opgenomen (totaal 21,4%). Analyse toonde geen significant effect van de interventie op het aantal dagen tot opname aan (chikwadrat log rank 0,58; $p = 0,45$). De hazard ratio (HR), gecorrigeerd voor baselineverschillen tussen de interventie- en controlegroep, was 1,46 (95%-BI 0,78-2,74). Dit wil zeggen dat de kans om opgenomen te worden voor de patiënten in de interventiegroep naar schatting bijna anderhalf maal zo groot is als voor de controlepatiënten, maar dit verschil was niet statistisch significant.

Acceptatie van de interventie en per-protocolanalyse

Van de mantelzorgers die de interventie kregen toegewezen, startte het merendeel met het programma maar daarvan volgde slechts ongeveer de helft het protocol (deelname aan het voorgesprek en aan minimaal drie familiegesprekken [figuur]). Redenen om af te haken waren bijvoorbeeld weerstand van familieleden, geen behoefte (meer), te belastend om mee te doen, opname of overlijden van de patiënt, en praktische overwegingen. Mantelzorgers die deelnamen aan de familiegesprekken waren over het algemeen tevreden: 83% vond de gesprekken nuttig. Acht mantelzorgers ervoeren geen meerwaarde. De per-protocolanalyses, waarbij alleen die mantelzorgers uit de interventiegroep werden meegenomen die de interventie volgens protocol gevolgd hadden, toonden net als de ITT-analyse geen significante verschillen aan met de controlegroep.

Figuur Overleving bij melanoom



ITT: intention-to-treat.

* Gegevens over verpleeghuisopname van de patiënt voor de 18-maand analyse (uitkomstmaat tijd tot verpleeghuisopname) waren compleet voor alle patiënten.

Aanvullende analyses

We hebben verschillende sensitiviteitsanalyses uitgevoerd, onder meer om vast te stellen of bepaalde subgroepen (meer) baat hadden van de interventie (effectmodificatie). Voor deze resultaten verwijzen wij naar de oorspronkelijke publicaties. Uit deze analyses kwamen geen aanwijzingen naar voren dat de interventie effect oplevert voor bepaalde subgroepen. Alleen voor de tijd tot verpleeghuisopname bleek uit een subgroepanalyse voor 'jongere' patiënten (< 75,6 jaar) dat patiënten uit de interventiegroep een hoger risico hadden op verpleeghuisopname dan patiënten uit de controlegroep.

BESCHOUWING

In dit onderzoek onderzochten we of het gestructureerd aanbieden van familiegesprekken effectief is om depressie en angst bij mantelzorgers van thuiswonende mensen met dementie te voorkomen en verpleeghuisopname van de patiënt uit te stellen. De interventie kon de ontwikkeling van depressie- en angststoornissen bij mantelzorgers niet voorkomen. In beide onderzoeksarmen was de incidentie van depressie en angst even hoog: gemiddeld 38% ontwikkelde zo'n stoornis binnen een jaar. Ook verminderde de interventie de ernst van depressieve en angstklachten niet, en zorgde zij niet voor extra uitstel van verpleeghuisopname ten opzichte van de gebruikelijke zorg.

Eerder onderzoek van Mittelman en collega's toonde echter wel positieve effecten aan van een multicomponentinterventie voor mantelzorgers, waarvan familiegesprekken een belangrijk onderdeel zijn. Er zijn diverse redenen te bedenken voor het gebrek aan effect in ons onderzoek. We bespreken de belangrijkste hypothesen.

Te weinig contrast met gebruikelijke zorg

In Nederland is de gebruikelijke zorg voor mantelzorgers en dementiepatiënten al behoorlijk uitgebreid. De meeste centra waar wij deelnemers werven, bieden intensieve standaardzorg, zoals casemanagement bij dementiepatiënten. Het kan zijn dat familiegesprekken niet voldoende meerwaarde kunnen bieden bovenop de reeds geboden ondersteuning.

Te lage intensiteit

Omdat onze interventie niet alle componenten van Mittelmans NYUCI bevatte, bestaat de kans dat zij te weinig impact had. Bovendien vond in het Amerikaanse onderzoek de volledige interventie plaats in de eerste vier maanden na inclusie, terwijl wij de familiegesprekken spreidden over een jaar.

Matige compliantie

Niet alle mantelzorgers volgden de interventie optimaal. Ongeveer de helft nam deel aan ten minste drie familiegesprekken. Ook voor deze mantelzorgers konden we echter geen significante meerwaarde aantonen in vergelijking met de controlegroep.

Verkeerde doelgroep, verkeerde timing

Om de preventieve effecten van de interventie te kunnen beoordelen, excludeerden wij mantelzorgers met een prevalentie depressie- of angststoornis. Wellicht zou de interventie wel effect kunnen hebben bij mantelzorgers die al depressief of angstig zijn.

Generaliseerbaarheid

In ons onderzoek hanteerden we slechts een aantal exclusiecriteria. Van de mantelzorgers die we benaderden, weigerde een aanzienlijk aantal, met name omdat zij geen behoefte hadden aan deze interventie. Het bereik van de interventie is dus beperkt, maar de resultaten weerspiegelen wel het effect in de dagelijkse zorgpraktijk wanneer men hem aanbiedt aan geïnteresseerde mantelzorgers. De mantelzorgers die aan ons onderzoek deelnamen, verschilden qua geslacht, relatie tot de patiënt en rekruteringssetting niet significant van degenen die deelname weigerden.¹³ Daarom lijkt onze steekproef

representatief voor de populatie die behandeld wordt of voor diagnostiek naar deze settings komt.

Conclusie

Dit is het eerste onderzoek naar de effecten van gestructureerde familiegesprekken op depressie en angst bij mantelzorgers van dementiepatiënten. Weliswaar bleek onze interventie niet effectiever dan de gebruikelijke zorg, maar de mantelzorgers ervoeren de gesprekken als behulpzaam en vonden dat hun sociale netwerk meer begrip had gekregen voor hun situatie. De vraag of het uitblijven van effect veroorzaakt is door afslanking van de interventie dan wel door het verschil in het gebruikelijke zorgaanbod tussen Amerika en Nederland blijft met dit onderzoek helaas onbeantwoord. ■

LITERATUUR

- 1 World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Dementia: A public health priority. Geneva: WHO, 2012.
- 2 Lupp M, Luck T, Brahler E, König HH, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalisation in dementia. A systematic review. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008;26:65-78.
- 3 Drentea P, Clay OJ, Roth DL, Mittelman MS. Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Soc Sci Med* 2006;63:957-67.
- 4 Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Ambinder A, Mackell JA, et al. A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *Gerontologist* 1995;35:792-802.
- 5 Mittelman MS, Roth DL, Coon DW, Haley WE. Sustained benefit of supportive intervention for depressive symptoms in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2004;161:850-6.
- 6 Mittelman MS, Ferris SH, Steinberg G, Shulman E, Mackell JA, Ambinder A, et al. An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: Treatment of spouse-caregivers. *Gerontologist* 1993;33:730-40.
- 7 Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B. A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer disease: A randomized controlled trial. *JAMA* 1996;276:1725-31.
- 8 Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006;67:1592-9.
- 9 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33.
- 10 Joling KJ, Van Hout HP, Scheltens P, Vernooij-Dassen M, Van den Berg B, Bosmans J, et al. (Cost)-effectiveness of family meetings on indicated prevention of anxiety and depressive symptoms and disorders of primary family caregivers of patients with dementia: Design of a randomized controlled trial. *BMC Geriatr* 2008;8:2.
- 11 Joling KJ, Van Hout HP. Ondersteuning voor mantelzorgers van dementiërenden: Het belang van familiegesprekken. *Bijblijven* 2009;25:63-7.
- 12 Joling KJ, Van Marwijk HW, Van der Horst HE, Scheltens P, Van de Ven PM, Appels BA, et al. Effectiveness of family meetings for family caregivers on delaying time to nursing home placement of dementia patients: A randomized trial. *PLoS One* 2012;7:e42145.
- 13 Joling KJ, Van Marwijk HW, Smit F, Van der Horst HE, Scheltens P, Van de Ven PM, et al. Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLoS One* 2012;7:e30936.
- 14 Radloff L. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psych Meas* 1977;1:385-401.
- 15 Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.

Dipeptidyl peptidase-4-remmers (DPP-4-remmers)

Het groeiend aantal voorschriften van de dipeptidyl peptidase-4 remmers (DPP-4-remmers) in de huisartsenpraktijk wekt de indruk dat deze orale bloedglucoseverlagende middelen een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling van patiënten met diabetes mellitus type 2. DPP-4-remmers remmen de afbraak van incretinehormonen door het enzym DPP-4, waardoor de plasmaconcentraties van glucagon like peptide type 1 (GLP-1) en glucagon dependent insulintropic peptide (GIP) stijgen. Dit resulteert in een glucoseafhankelijke verhoging van de insulinesecretie door de bètacellen en remming van de glucagonafgifte door de alfacellen van de pancreas.

De communicatie van de farmaceuten over deze middelen ligt er niet om: 'DPP-4-remmers geven geen hypoglykemieën', 'deze middelen geven gewichtsreductie' en 'DPP-4-remmers zijn effectief in het verlagen van het HbA_{1c}'. Bij de positionering suggereert men dat met de komst van DPP-4-remmers behandeling met sulfonylureumderivaten obsoleet is geworden. De vraag is echter in hoeverre deze beweringen juist zijn.

ONDERZOEK

Een in oktober 2012 gepubliceerd systematisch literatuuroverzicht waarin men alle beschikbare antidiabetica onderzocht, relateert de vermeende gunstige effecten van de DPP-4-remmers.¹ In een Cochrane-review uit 2008 was het gemiddelde HbA_{1c} -0,7% (95%-BI -0,8 – -0,6) lager in de sitagliptinegroep en -0,6% (95%-BI -0,7 – -0,5) lager in de vildagliptinegroep vergeleken met placebo.² Een andere review uit 2012 vergeleek DPP-4-remmers met metforminemonotherapie of met metformine gecombineerd met andere antidiabetica.³ Primaire uitkomstmaat was de verandering in het HbA_{1c}. Vergeleken met metforminemonotherapie gaven DPP-4-remmers een minder sterke HbA_{1c}-daling (0,20; 95%-BI 0,08-0,32). DPP-4-remmers reduceerden het HbA_{1c} minder sterk dan GLP-1-agonisten (0,49; 95%-BI 0,31-0,67), reduceerden het ongeveer even veel als pioglitazon (0,09; 95%-BI -0,07-0,24) en lieten geen voordeel zien ten opzichte van sulfonylureumderivaten (RR ten gunste van sulfonylureumderivaten 1,06; 95%-BI 0,98-1,14).

Het beeld dat DPP-4-remmers gewichtsreductie geven, moeten we nuanceren. Sitagliptine en vildagliptine gaven vergeleken met placebo een gewichtstoename van respectievelijk 0,7 kg (95%-BI 0,3-1,1) en 0,8 kg (95%-BI 0,2-1,3).² Vergeleken met metformine gaven DPP-4-remmers een gewichtstoename van 1,5 kg (95%-BI 0,9-2,1). DPP-4-remmers hadden een gunstiger effect op het gewicht dan sulfonylureumderivaten (-1,92 kg; 95%-BI -2,34 – -1,49) en pioglitazon (-2,96 kg; 95%-BI -4,13 – -1,78), maar een ongunstiger effect dan GLP-1-receptoragonisten (1,56; 95%-BI 0,94-2,18).³

Men zag geen ernstige hypoglykemieën bij patiënten

die een behandeling met DPP-4-remmers kregen. De Cochrane-review liet geen significante verschillen zien tussen sitagliptine en vildagliptine vergeleken met andere orale antidiabetica.² Een gerandomiseerd onderzoek rapporteerde significant minder hypoglykemieën (5%) met sitagliptine dan met glipizide (32%) dat was toegevoegd aan metformine.⁴

Sitagliptine, saxagliptine en linagliptine kan men toepassen bij nierfunctiestoornissen, maar dat geldt ook voor gliclazide. Gliclazide wordt renaal geklaard, maar metabolisering vindt grotendeels plaats in de lever. Dosisaanpassing bij verminderde nierfunctie is daarom niet nodig.⁵

BESCHOUWING

DPP-4-remmers hebben weliswaar een aantrekkelijk werkingsprofiel, patiënten verdragen ze in het algemeen goed en ze lijken veilig toepasbaar, maar langetermijngegevens ontbreken. Wat betreft de effecten op het HbA_{1c}, het lichaamsgewicht en het optreden van hypoglykemieën onderscheiden deze middelen zich niet in positieve zin van de klassieke antidiabetica (uitgezonderd de sulfonylureumderivaten wat betreft het optreden van hypoglykemieën). Overigens is hierbij de keuze van het sulfonylureumderivaat van belang: met name glibenclamide heeft hierin een ongunstig profiel.

Van groot belang is verder dat er geen bewijs bestaat voor de effectiviteit van DPP-4-remmers op (diabetesgerelateerde) mortaliteit en morbiditeit, noch op de kwaliteit van leven.¹ Tot slot mag niet onvermeld blijven dat de kosten van behandeling met DPP-4-remmers substantieel hoger liggen dan behandeling met de klassieke orale antidiabetica. Behandeling met een DPP-4-remmer en gliclazide gedurende een maand kost respectievelijk circa € 40,- en € 3,-. Bij een over de gehele linie minder goed presteren van DPP-4-remmers in vergelijking met de klassieke middelen, mag men het kostenaspect niet negeren.

CONCLUSIE

Zolang goede argumenten voor het voorschrijven van DPP-4-remmers ontbreken, past een afwachtende houding. De beschikbare evidence wijst uit dat na metformine het voorschrijven van een sulfonylureumderivaat (bij voorkeur gliclazide) nog steeds de te nemen tweede stap is in de medicamenteuze behandeling van diabetes mellitus type 2. ■

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; dr. P.G.H. Janssen, huisarts/wetenschappelijk medewerker • Correspondentie: p.janssen@nlzorg.net • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

LITERATUUR

- Gorter KJ, Van de Laar FA, Janssen PGH, Houweling ST, Rutten GEHM. Diabetes: glycaemic control in type 2 (drug treatments). *BMJ Clinical Evidence* 2012;10:609.
- Richter B, Bandeira-Echtler E, Bergerhoff K, Lerch CL. Dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitors for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 16;(2):CD006739.
- Karagiannis T, Paschos P, Paletas K, Matthews DR, Tsapas A. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors for treatment of type 2 diabetes mellitus in the clinical setting: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;12;344:e1369.
- Nauck MA, Meininger G, Sheng D, Terranella L, Stein PP; Sitagliptin Study 024 Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared with the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. *Diabetes Obes Metab* 2007;9:194-205.
- Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI). Clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2007;2:S10-S11.



Beïnvloeding door farmaceutische bedrijven

Samenvatting

Damen-van Beek Z, Van Eijk MEC. *Beïnvloeding door farmaceutische bedrijven*. Huisarts Wet 2013;56(4):166-9.

De helft van de huisartsen en een onbekend deel van de praktijkondersteuners in Nederland ontvangt artsenbezoekers. Daarnaast volgt een groot deel van hen gesponsorde nascholing en nemen zij relatiegeschenken aan. Sommigen ontvangen via farmaceutische bedrijven gratis ondersteuning, al dan niet via zorggroepen. Zorgverleners achten doorgaans alleen anderen beïnvloedbaar, maar beïnvloeding verloopt onbewust en is niet te voorkomen. Het is aangetoond dat farmaceutische bedrijven ongewenste invloed hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen. Het belang van farmaceutische bedrijven om nieuwe geneesmiddelen te verkopen voor een zo breed mogelijke indicatie, strookt niet met het belang van de maatschappij dat huisartsen kosteneffectieve, veilige geneesmiddelen voorschrijven en zo min mogelijk medicaliseren. Ook praktijkondersteuners en zorggroepen kunnen door hun contacten met farmaceutische bedrijven het voorschrijfbeleid in huisartsenpraktijken beïnvloeden. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) onderschrijft daarom het standpunt van het NHG om geen artsenbezoekers te ontvangen. Daarnaast adviseert het IVM huisartsen en praktijkondersteuners zeer terughoudend te zijn bij het aannemen van relatiegeschenken, het volgen van gesponsorde nascholing en het gebruikmaken van ondersteuning door de farmaceutische industrie.

INLEIDING

In Nederland ontvangt de helft van de huisartsen en een onbekend deel van de praktijkondersteuners artsenbezoekers.¹ De primaire reden van zowel huisartsen als praktijkondersteuners om artsenbezoekers te ontvangen is dat deze hen op de hoogte houden van ontwikkelingen op farmaceutisch gebied. Voor huisartsen is ook de wens om een relatiegeschenk te ontvangen reden om artsenbezoekers te ontvangen. Sommige huisartsen krijgen via de artsenbezoeker ondersteuning bij het organiseren van nascholing of bij het opsporen van patiënten met bijvoorbeeld allergische aandoeningen of osteoporose. Praktijkondersteuners ontvangen via artsenbezoekers gratis voorlichtingsmaterialen voor patiënten, glucosemeters of ondersteuning bij het opzetten van een COPD-spreekuur of het instellen van diabetespatiënten op insuline.²⁻⁵ Ook aan zorggroepen bieden farmaceutische bedrijven ondersteuning aan, zoals sponsoring van nascholing, begeleide verbetertrajecten en ict-ondersteuning.⁶ De farmaceutische industrie betaalt en bepaalt een groot deel van het nascholingsaanbod

voor huisartsen en praktijkondersteuners.⁷ Het is duidelijk dat farmaceutische bedrijven voorzien in een behoefte aan informatie, nascholing en ondersteuning. In het algemeen onderkennen zorgverleners daarbij het belang van farmaceutische bedrijven om hun geneesmiddelen te verkopen. Zorgverleners zien vooral voor anderen een risico op beïnvloeding, maar niet voor zichzelf.^{8,9} In deze beschouwing gaan wij aan de hand van wetenschappelijke literatuur in op de volgende vragen: hoe werkt beïnvloeding en wat is bekend over de invloed van farmaceutische bedrijven op het voorschrijfbeleid in de eerste lijn?

HOE BEÏNVLOEDING WERKT

Beïnvloeding is een fenomeen dat grotendeels onbewust verloopt en wat dus lastig te voorkomen is. Diverse mechanismen spelen een rol, waarvan we enkele voorbeelden noemen.¹⁰ Belangrijk is het mechanisme van wederkerigheid. Dit treedt in werking bij het ontvangen van relatiegeschenken, gesponsorde nascholing en ondersteuning. Het maakt dat mensen zich onwillekeurig verplicht voelen iets terug te doen, al is het maar het ontvangen van een artsenbezoeker, nadat ze een gesponsorde nascholing hebben gevolgd. Een aardige artsenbezoeker wekt sympathie op en krijgt het daardoor bijvoorbeeld makkelijker voor elkaar om een vervolgspraak te maken. Autoriteit is een ander belangrijk mechanisme. Onwillekeurig imponeert de artsenbezoeker door zich op te stellen als expert of door artsen met aanzien te citeren, zogenaamde *medical opinion*

De kern

- De helft van de huisartsen en een onbekend deel van de praktijkondersteuners in Nederland ontvangt artsenbezoekers. Daarnaast volgt een groot deel van hen gesponsorde nascholing en nemen zij relatiegeschenken aan. Soms ontvangen zij gratis ondersteuning, al dan niet via zorggroepen.
- Deze zorgverleners achten zichzelf doorgaans immuun voor beïnvloeding, maar feitelijk kan niemand beïnvloeding voorkomen.
- Het is aangetoond dat farmaceutische bedrijven een ongewenste invloed hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen.
- Ook praktijkondersteuners en zorggroepen kunnen door hun contacten met farmaceutische bedrijven het voorschrijfbeleid in huisartspraktijken beïnvloeden.
- Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik onderschrijft daarom het NHG-standpunt dat huisartsen en hun medewerkers adviseert om niet individueel artsenbezoekers te ontvangen.
- Daarnaast adviseert het IVM zeer terughoudend te zijn bij het aannemen van relatiegeschenken, het volgen van gesponsorde nascholing en het gebruikmaken van ondersteuning door de farmaceutische industrie.

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Postbus 3089, 3502 GB Utrecht: Z. Damen-van Beek, huisarts niet praktiserend, ten tijde van het onderzoek adviseur bij het IVM; M.E.C. van Eijk, arts, ten tijde van het onderzoek adviseur bij het IVM • Correspondentie: z.damen@medicijngebruik.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

leaders.¹¹ Deze experts zetten op hun beurt het mechanisme van sociale bewijskracht in werking. Dit is het fenomeen dat je geneigd bent anderen die je respecteert na te doen. Een intrigerend aspect van beïnvloeding is dat mensen juist als ze zich na uitleg over de principes van beïnvloeding immuun achten, kwetsbaarder en makkelijker te beïnvloeden zijn.¹⁰

GEWENSTE EN ONGEWENSTE BEÏNVLOEDING

Beïnvloeding is niet per definitie slecht. Wij denken echter dat de invloed van farmaceutische bedrijven vaak ongewenst is. Farmaceutische bedrijven hebben namelijk commerciële belangen bij hun contacten met zorgverleners. In principe willen zij het geld dat zij investeren in artsenbezoekers, nascholing, ondersteuning, relatiegeschenken en advertenties weer terugverdienen met de verkoop van hun geneesmiddelen. Farmaceutische bedrijven hebben er belang bij dat artsen de nieuwste geneesmiddelen voor een zo ruim mogelijke indicatie voorschrijven. De maatschappij heeft er echter belang bij dat artsen (kosten)effectieve, veilige geneesmiddelen voorschrijven en niet onnodig medicaliseren. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) kwam in 2008 tot de conclusie dat deze belangen niet met elkaar in evenwicht waren.¹² Wij gaan hier nader in op enkele aspecten die van belang zijn bij het inschatten van de waarde van farmaceutische bedrijven voor de eerste lijn: de kwaliteit van informatie die zij bieden, het belang van nieuwe geneesmiddelen en ondersteuning bij kwaliteitsverbetering, de agendasetting voor nascholing en het tot stand komen van richtlijnen.

Kwaliteit van informatie

Bij farmaceutische bedrijven is veel kennis aanwezig over hun eigen producten. In principe zouden zij dus zorgverleners goed moeten kunnen informeren over hun producten. Het blijkt echter dat de informatie van artsenbezoekers, maar ook bij commerciële nascholing, een belangrijke bias bevat. Geregeld ontbreekt informatie over belangrijke aspecten, zoals bijwerkingen, interacties, kosten en de plaats van het geneesmiddel ten opzichte van de voorkeursmiddelen in een relevante richtlijn. Het komt zelfs voor dat farmaceutische bedrijven oudere geneesmiddelen in diskrediet brengen.^{2,13-15} Afgezien van het feit dat farmaceutische bedrijven bepaalde informatie buiten beschouwing laten, baseren zij hun informatie meestal op een selectie van publicaties, vaak van onderzoek dat door het bedrijf zelf is gesponsord. Deze selectie biedt dikwijls een onvolledig beeld van de werkelijkheid.^{16,17} Tevens is aangetoond dat gesponsord onderzoek onevenredig vaak in het voordeel van het product van het sponsorende bedrijf uitvalt en dat onderzoekers conclusies positiever formuleren dan op basis van de resultaten te rechtvaardigen is.^{18,19} Ook publicatiebias is een probleem. Negatieve resultaten publiceert men minder vaak en zijn dus minder 'zichtbaar', zo heeft men recentelijk ook aangetoond.²⁰ Bias kan ook bestaan ten aanzien van de indicatie voor een geneesmiddel. Herhaaldelijk is gebleken dat farmaceutische bedrijven inzetten op het uitbreiden van de indicatie voor hun geneesmiddelen. Een voorbeeld is het pro-



Foto: Shutterstock/Vittorio Bruno

moten van SSRI's voor de behandeling van somberheid, terwijl uit onderzoek blijkt dat SSRI's alleen bij ernstige depressies effect hebben.²¹

Nieuwe geneesmiddelen

Het voordeel van een nieuw geneesmiddel kan zijn dat het een innovatie is ten opzichte van de bestaande geneesmiddelen: minstens net zo goed, maar met minder bijwerkingen. Huisartsen kunnen, onder invloed van een artsenbezoeker of een collega die positief is over een nieuw geneesmiddel, gemakkelijk in de verleiding komen om het 'uit te proberen' in

Abstract

Damen-van Beek Z, Van Eijk MEC. The influence of the pharmaceutical industry. *Huisarts Wet* 2013;56(4):166-9.

Half of all general practitioners and an unknown proportion of practice assistants in the Netherlands see pharmaceutical representatives. In addition, a substantial proportion attend industry-sponsored refresher or postgraduate courses and accept professional gifts. Some receive non-financial support from pharmaceutical companies, sometimes via care groups. Health professionals typically think that while they are not influenced by such practices, others are; however, this influence is exerted subconsciously and is difficult to prevent. It has been demonstrated that the pharmaceutical industry exerts an undesirable influence on the prescribing habits of doctors. The requirement of the pharmaceutical industry to sell new medicines for as broad a range of indications as possible is not compatible with the requirement that general practitioners prescribe cost-effective, safe medicines and medicalize patients as little as possible. Practice assistants and care groups, through their contact with pharmaceutical companies, can also influence the prescribing policy of general practices. The Dutch Institute for Rational Use of Medicine (Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik; IVM) supports the Dutch College of General Practitioners' (Nederlands Huisartsen Genootschap) view that health professionals should not see pharmaceutical representatives. The IVM also advises GPs and practice assistants to exercise restraint in accepting professional gifts, in following sponsored refresher or postgraduate courses, and in making use of non-financial support from the pharmaceutical industry.



hun praktijk.^{2,22} Het grote nadeel is echter dat per definitie het effect en de veiligheid van deze geneesmiddelen op lange termijn niet vaststaan. Daarbij komt dat het effect van een geneesmiddel dat men in trials met zorgvuldig geselecteerde patiënten heeft aangetoond, niet automatisch hetzelfde is in de populatie in de huisartsenpraktijk die in aanmerking komt voor het geneesmiddel. Fase IV-onderzoek, dat duidelijkheid kan geven over deze aspecten, misbruiken farmaceutische bedrijven soms om een nieuw geneesmiddel in de pen te krijgen.²³ Het op eigen houtje uitproberen van nieuwe geneesmiddelen is vanzelfsprekend weinig informatief vanwege de beperkte aantallen en het ontbreken van een controlegroep. Daarnaast kan zowel de huisarts als de patiënt beïnvloed zijn door een placebo-effect. Juist bij nieuwe middelen bestaat dit risico het meest.²⁴

Ondersteuning bij kwaliteitsverbetering

Het doel dat zorgverleners bij ondersteuning hebben, is het bereiken van kwaliteitsverbetering van de zorg voor patiënten, tegen lage kosten.^{3,6} Voor farmaceutische bedrijven gaan deze ondersteuning en het verkopen van geneesmiddelen hand in hand. Door optimalisering van de behandeling of door het actief opsporen van patiënten, zal het aantal voorschriften voor geneesmiddelen namelijk toenemen. Natuurlijk heeft niemand bezwaar tegen het optimaliseren van de behandeling van patiënten. Aan de andere kant staat niet altijd vast dat intensivering van de behandeling effectief is.²⁵ Ook van het actief opsporen van patiënten staat niet per definitie vast dat dit tot gezondheidswinst leidt. Een zeker medicaliserend effect gaat er wel vanuit. Via ondersteuningsprojecten krijgen farmaceutische bedrijven een ingang bij zorgverleners die wellicht normaal gesproken geen artsenbezoekers ontvangen. Zij bouwen goodwill op, wat uiteindelijk van invloed kan zijn op het voorschrijfbeleid.¹⁰

Agendasetting

De farmaceutische industrie betaalt en bepaalt meer dan 60 procent van de nascholing van huisartsen.^{7,12} Onderwerpen

waaraan farmaceutische bedrijven geld kunnen verdienen krijgen meer nadruk, ten koste van andere onderwerpen. Zorgverleners die leunen op informatievoorziening door farmaceutische bedrijven (door artsenbezoek en commerciële nascholing) lopen dus het risico om kennislacunes te ontwikkelen op gebieden die voor farmaceutische bedrijven niet interessant zijn.¹⁴ Het probleem van agendasetting speelt ook bij wetenschappelijk onderzoek. Het onderzoek dat farmaceutische bedrijven financieren, richt zich onvoldoende op wat voor de maatschappij belangrijk is.¹²

Richtlijnen

Farmaceutische bedrijven zijn meestal niet direct betrokken bij het opstellen van richtlijnen. Het is echter gebleken dat de farmaceutische industrie op verschillende manieren invloed kan hebben op richtlijnen.²⁶ Een van die manieren is het onderhouden van (financiële) banden met de makers van richtlijnen. De IGZ heeft in diverse richtlijnen, ook die van het NHG, kunnen aantonen dat farmaceutische bedrijven invloed hebben gehad op de inhoud.²⁶ Ook bij zorggroepen die ondersteuning ontvangen van farmaceutische bedrijven bestaat volgens ons een risico dat farmaceutische bedrijven invloed kunnen krijgen op behandelprotocollen.

WAT IS AANGETOOND OVER DE INVLOED

Sinds het eind van de vorige eeuw is er veel gepubliceerd over beïnvloeding door de farmaceutische industrie. De uitkomsten van onderzoeken zijn wisselend en gezien de gevoeligheid van het onderwerp is bias (zowel in negatieve als in positieve richting) zeer waarschijnlijk. Een recente meta-analyse waarin 58 onderzoeken zijn geïnccludeerd, laat zien dat de contacten met de farmaceutische industrie een negatieve of op zijn best neutrale invloed hebben op het werken volgens richtlijnen, het voorschrijfvolume en de kosten. De meta-analyse behelst zowel onderzoeken naar de invloed van artsenbezoekers, als onderzoeken naar die van commerciële nascholing en advertenties.²⁷ Van het aannemen van relatiegeschenken, hoe klein ook, is invloed aangetoond, al is het maar dat men zich verplicht voelt om daarbij de artsbezoeker te ontvangen. De bevinding van de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat gunstbetoon op nascholingen voldoet aan de normen van de Stichting Code Geneesmiddelenreclame (CGR) sluit dan ook niet uit dat ongewenste beïnvloeding ontstaat.^{7,28} Er is ons geen literatuur bekend over de invloed die de farmaceutische industrie via praktijkondersteuners heeft op het voorschrijfbeleid. Hoewel praktijkondersteuners zelf geen geneesmiddelen voorschrijven, hebben ze wel degelijk invloed op het voorschrijfbeleid in de huisartsenpraktijk.^{29,30} Over het effect van ondersteuningsprojecten aan huisartsen of aan zorggroepen is ons geen literatuur bekend.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Farmaceutische bedrijven hebben ongewenste invloed op het voorschrijfgedrag van huisartsen. Het belang van farmaceutische bedrijven om nieuwe geneesmiddelen te verkopen,

strookt niet met het belang van de maatschappij dat huisartsen kosteneffectieve, veilige geneesmiddelen voorschrijven. Het is daarom gewenst dat huisartsen met contacten met farmaceutische bedrijven inzien dat zij niet immuun zijn voor marketing. Hetzelfde geldt voor praktijkondersteuners en zorggroepen. Wij onderschrijven dan ook het NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg om geen artsbezoekers te ontvangen.³¹ Daarnaast zouden huisartsen en praktijkondersteuners veel terughoudender moeten zijn in het aannemen van relatiegeschenken, ondersteuning en gesponsorde nascholing. De nieuwste ontwikkelingen kan de huisarts volgen via het Geneesmiddelenbulletin, het FTO, *peer reviewed* tijdschriften en niet-gesponsorde nascholing. Onlangs heeft het IVM het programma Medicijnbalans (www.medicijnbalans.nl) gelanceerd. Dit is een discussieplatform met actuele, uitgewogen informatie over nieuwe geneesmiddelen. Met dit programma levert het IVM ook een positieve bijdrage aan het verantwoord voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen. Huisartsen die een rol willen spelen bij de introductie van nieuwe geneesmiddelen, adviseren wij deel te nemen aan goed opgezet fase IV-onderzoek. Dat draagt bij aan structurele kennisvergroting en een betere plaatsbepaling van geneesmiddelen. ■

LITERATUUR

- 1 Enquête CGR 2011.
- 2 Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Artsenbezoek en off-label-promotie bij huisartsen. De stand van zaken anno 2011. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2011. Zie www.medicijngebruik.nl.
- 3 Damen Z, Kleijer L. Beïnvloedt de farmaceutische industrie praktijkondersteuners? Tijdschr Praktijkondersteuning 2010;4:106-10. Hele rapport: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Marketing door de farmaceutische industrie gericht op praktijkondersteuners. Een kwalitatief overzicht. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2010. Zie www.medicijngebruik.nl.
- 4 Prosser H, Walley T. Understanding why GP's see pharmaceutical representatives: a qualitative interview study. Br J Gen Pract 2003;53:305-11.
- 5 Ladd EC, Mahoney DF, Emani S. 'Under the radar': nurse practitioner prescribers and pharmaceutical industry promotions. Am J Manag Care 2010;16:e358-62.
- 6 Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik. Ondersteuning van zorggroepen door farmaceutische bedrijven. Utrecht: Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, 2011. Zie www.medicijngebruik.nl.
- 7 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Gunstbetoon bij nascholing huisartsen binnen de reclameregels. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2010. Zie www.igz.nl.
- 8 Steinman MA, Shlipak MC, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. Am J Med 2001;110:551-7.
- 9 Rutledge P, Crookes D, McKinstry B, Maxwell SR. Do doctors rely on pharmaceutical industry funding to attend conferences and do they perceive that this creates a bias in their drug selection? Results from a questionnaire survey. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2003;12:663-7.
- 10 Cialdini RB. Invloed. De zes geheimen van het overtuigen. Vijfde herziene editie. Den Haag: Sdu, 2009.
- 11 Linde van der H. Mol ondergraaft prescriptievrijheid. Med Contact 2006;61:1342-5.
- 12 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2008. Zie www.rvz.net.
- 13 Anoniem. 15 Years of monitoring and one simple conclusion: don't expect sales representatives to help improve healthcare quality. Prescrire Int 2006;15:154-9.
- 14 Linde van der H. Nascholing als marketinginstrument. Med Contact 2001;56:97-9.
- 15 Anoniem. Effect pillen bekeken bij papieren patiënten. Reformatorisch Dagblad, 18 mei 2012. Zie www.refdag.nl.
- 16 Cardarelli R. A cross-sectional evidence-based review of pharmaceutical promotional marketing brochures and their underlying studies: Is what they tell us important and true? BMC Fam Pract 2006;7:13. doi:10.1186/1471-2296-7-13.
- 17 Eeden AE, Roach REJ, Halbesma N, Dekker FW. Geneesmiddeladvertenties in het NTVG en het Pharmaceutisch Weekblad: niet altijd evidencebased. Ned Tijdschr Geneesk 2012;156:A3999.
- 18 Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. BMJ 2003;326:1167-70.
- 19 Jørgensen AW, Hilden J, Gøtzsche PC. Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: systematic review. BMJ 2006;333:782.
- 20 Hoekman J. Science in an age of globalisation: the geography of research collaboration and its effect on scientific publishing. Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven, 2012.
- 21 Bijl D. Antidepressiva: werkzaamheid en ernst van de depressie. Gebu 2010;44:46-7.
- 22 Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GP's decision to prescribe new drugs - the importance of who says what. Fam Pract 2003;20:61-8.
- 23 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Fase IV-onderzoek als marketinginstrument: beïnvloeding van voorschrijfgedrag door combinatie van elementen. Marketingdoeleinden bij onderzoek met geregistreerde geneesmiddelen. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009. Zie www.igz.nl.
- 24 Goldacre B. Bad Science. London: Fourth Estate, 2008.
- 25 Pelleboer W. HbA1c niet teveel naar benede? Huisarts Wet 2010;53:405.
- 26 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Behandelrichtlijnen en geneesmiddelenformulieren vatbaar voor beïnvloeding door farmaceutische industrie. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009. Zie www.igz.nl.
- 27 Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Othman N, et al. Information from pharmaceutical companies and the quality, quantity, and cost of physicians' prescribing: a systematic review. PLoS Med 2010;7(10): e1000352.
- 28 Kerst AFJA. De invloed van kleine geschenken van de farmaceutische industrie. Gebu 2012;46:35.
- 29 Houweling ST, Kleefstra N, Van Ballegooie E, Verhoeven S, Bilo HJC, Meyboom-de Jong B. Taakverschuiving in de eerstelijnsdiabeteszorg. Een enquête onder ruim vierhonderd praktijkondersteuners. Huisarts Wet 2006;49:118-22.
- 30 Jutel A, Menkes DB. Nurses' reported influence on the prescription and use of medication. Int Nurs Rev 2010;57:92-7.
- 31 NHG-Standpunt Farmacotherapiebeleid in de huisartsenzorg (2006). Zie www.nhg.org.



Acute keelpijn: de toegevoegde waarde van de streptest

Samenvatting

Schouwenburg MG, Verheij ThJM. Acute keelpijn: de toegevoegde waarde van de streptest. *Huisarts Wet* 2013;56(4):170-3.

In Nederland krijgen veel patiënten met acute keelpijn ten onrechte antibiotica. De waarde van een sneltest op groep-A-streptokokken, de zogeheten streptest, is onduidelijk. Daarom bespreken we in dit literatuuroverzicht de toegevoegde waarde van deze test in de huisartsenpraktijk. Uit de relevante onderzoeken bleek de positief voorspellende waarde 70-90% en de negatief voorspellende waarde 85-95%. Deze hoge diagnostische waarden maken de streptest mogelijk waardevol als aanvulling op de huidige aanpak, die uitgaat van het klinisch beeld. Vooral bij patiënten die relatief veel klinische verschijnselen hebben, zal de test waarschijnlijk leiden tot een relevante daling van onnodig gebruik van antibiotica, ook in Nederland. Nader onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk zal moeten uitwijzen of deze aanname juist is.

ACHTERGROND

De huisarts in Nederland wordt gemiddeld meer dan twee keer per week geconfronteerd met een patiënt die acute keelpijn heeft.¹ In ongeveer 70-80% van de gevallen kan de oorzaak worden toegeschreven aan een virus. Slechts in een klein deel is er een bacterie in het spel, waarbij de bètahemolytische groep-A-streptokok (GABHS) verreweg het meest voorkomt. GABHS nemen ongeveer 80% van de bacteriële infecties voor hun rekening; andere bacteriële verwekkers, zoals de streptokokken uit groep C en G, spelen maar een beperkte rol in de pathologie van acute keelpijn.²

Meestal geneest een acute keelpijn spontaan, zonder behandeling, binnen zeven dagen. Bij patiënten met een positieve keelkweek reduceert een antibioticakuur de ziekteduur met één à twee dagen.^{3,4} Eens gevreesde complicaties, zoals glomerulonefritis en acuut reuma, zijn geen relevante redenen meer om antibiotica voor te schrijven. Uit een recente Cochrane-review is gebleken dat deze ernstige complicaties nauwelijks meer voorkomen in westerse landen en dat antimicrobiële behandeling op deze lage incidentie geen invloed heeft.⁴

Daar antibiotica de welbekende nadelen met zich meebrengen, zoals bijwerkingen, kosten en medicalisering, en zoals gezegd maar een beperkte plaats hebben bij de diagnose acute keelpijn, is het zinvol om het gebruik van antibiotica bij keelontstekingen waar mogelijk te beperken tot het strikt noodzakelijke. De ziekte winst van één tot twee dagen die behaald kan worden bij een bacteriële infectie, kan klinisch

relevant zijn. In de literatuur is een cluster van klinische verschijnselen beschreven, de zogeheten Centor-criteria, die een streptokokkenfaryngitis waarschijnlijker maken: koorts > 38,5 °C, zwelling van de tonsil of exsudaat, gevoelige of ver-grote anterieure lymfeklieren en de afwezigheid van hoest. De kans op een streptokokkeninfectie is 3% als geen van deze verschijnselen aanwezig is, 30% bij drie criteria en 50% als ze alle vier aanwezig zijn.^{5,7}

Om in aanvulling op deze klinische inschatting meer diagnostische zekerheid te hebben, gebruiken huisartsen in de Scandinavische landen, Zwitserland, Frankrijk en Noord-Amerika de 'streptest'.² Deze antigeendetectietest kan de aanwezigheid van groep-A-streptokokken binnen vijf minuten aantonen, terwijl de uitslag van een keelkweek meestal één tot twee dagen op zich laat wachten.⁸ De streptest kost ongeveer vijf euro per test en dat is relatief goedkoop in vergelijking met de keelkweek, die tien tot twintig euro kost. De diagnostische waarde van de streptest is goed, met een sensitiviteit van 70-90% en specificiteit van > 95%.⁸⁻¹⁰

In landen waar de streptest routinematig wordt gebruikt, adviseren de richtlijnen om bij patiënten met twee of meer klinische verschijnselen een streptest uit te voeren.¹¹

De Nederlandse NHG-Standaard adviseert het beleid te bepalen op geleide van het klinisch beeld en stelt dat de streptest waarschijnlijk onvoldoende toegevoegde waarde heeft. Als belangrijkste argument tegen de streptest noemt de standaard het ontbreken van een goede referentietest (gouden standaard) in het beschikbare onderzoek.¹² Op zichzelf is het juist dat de keelkweek, de meest gebruikte referentietest, ter discussie staat, maar belangrijker is het reeds vermelde feit dat patiënten met een positieve keelkweek één tot twee dagen eerder beter zijn als ze antibiotica krijgen. Het detecteren van patiënten die een positieve keelkweek zouden kunnen hebben, kan dus klinisch relevant zijn.

Wij hadden behoefte aan meer duidelijkheid omtrent de toegevoegde waarde van deze in het buitenland veelgebruikte sneltest. Dit temeer omdat in Nederland waarschijnlijk nog veel te veel patiënten met acute keelpijn antibiotica krijgen. Een Nederlands onderzoek uit 2005 liet zien dat ongeveer 70%

De kern

- In Nederland worden antibiotica overmatig vaak voorgeschreven ter behandeling van acute keelpijn.
- De NHG-Standaard adviseert het beleid te laten afhangen van het klinische beeld en raadt het gebruik van de streptest niet aan.
- De streptest heeft een hoge diagnostische waarde, ook in de huisartsenpraktijk.
- Vooral bij patiënten met veel klinische verschijnselen zou de streptest kunnen leiden tot matiging van het antibioticagebruik.



Foto: Joosten/Hollandse Hoogte

van de antibioticarecepten bij acute keelpijn niet conform de NHG-Standaard was.¹³ Recent onderzoek laat zien dat dit zeer waarschijnlijk nog steeds het geval is.¹⁴

Ons artikel heeft derhalve tot doel de diagnostische waarde van de streptest voor de eerste lijn nogmaals kritisch te bespreken en te bezien wat de toegevoegde waarde in de Nederlandse praktijk zou kunnen zijn.

METHODE

Om de diagnostische waarde van de streptest binnen de eerstelijnszorg te bepalen, hebben wij een literatuursearch verricht in PubMed, de Cochrane Library en Embase, met als zoektermen [acute keelpijn] en [streptest AND reference test]. Van ieder gevonden artikel screenen wij titel en abstract. Daarbij maakten wij geen onderscheid tussen kinderen en volwassenen. Belangrijke inclusiecriteria waren dat het onderzoek binnen de eerste lijn moest zijn uitgevoerd en dat de streptest vergeleken werd met een referentietest. Verder includeerden wij alleen die onderzoeken waarvan we uit de gepresenteerde onderzoeksresultaten de positief en de negatief voorspellende waarde (PVW en NVW) konden berekenen. Deze waarden zijn belangrijk om de klinische relevantie te bepalen in de dagelijkse praktijk. Onderzoeken die alleen de sensitiviteit en specificiteit beschreven en waarbij de PVW en NVW niet kon worden berekend, werden dus geëxcludeerd. Sensitiviteit en specificiteit zijn belangrijke maten voor de nauwkeurigheid en validiteit van de test, maar zeggen onvoldoende over de toegevoegde waarde in de klinische praktijk.

RESULTATEN

In totaal vonden wij 285 artikelen, waarvan 90 in PubMed, 150 in Embase en 45 in de Cochrane Library. Na ontdebelling screenen wij 225 artikelen op titel en abstract, waarna er 35 artikelen overbleven die wij aan een full-text screening on-

derwierpen. Uiteindelijk bleven er zes artikelen over [tabel].

Alle zes onderzoeken waren prospectieve cohortonderzoeken binnen de eerstelijnszorg.^{2,15-19} Vijf waren er uitgevoerd in zorgcentra of huisartsenpraktijken binnen Europa, het zesde bevatte alleen patiënten uit pediatrie inlooppolielinen uit meerdere, ook niet-Europese landen. Het aantal patiënten varieerde van 222 tot 2472. Eén onderzoek omvatte alleen kinderen tot 12 jaar, twee andere keken alleen naar patiënten van 12 jaar en ouder, de overige drie maakten geen onderscheid naar leeftijd. Alle onderzoeken hadden als inclusiecriteria acute keelpijn, waarbij twee onderzoeken strengere inclusiecriteria hanteerden en alleen patiënten met twee of meer cencriteria includeerden.

In de onderzoeken werden verschillende streptests gebruikt, met verschillende technieken om het antigeen van de streptokok zichtbaar te maken op de teststrip. Als referentietest gebruikten alle onderzoeken de keelkweek, waarbij een bloedagarplaat 24-48 uur werd geïncubeerd bij 37 °C. De gevonden positief voorspellende waarden lagen tussen 70 en 90%, de negatief voorspellende waarden tussen 85 en 95%.

Abstract

Schouwenburg MG, Verheij ThJM. Acute sore throat: the value of the strep test. *Huisarts Wet* 2013;56(4):170-3.

In the Netherlands, many patients with an acute sore throat are inappropriately prescribed antibiotics. As the value of the rapid test for group A streptococci, the so-called strep test, is uncertain, this article reviews the value of this test in general practice. Relevant studies showed the test to have a positive predictive value of 70-90% and a negative predictive value of 85-95%. This high diagnostic accuracy should make the strep test a valuable tool in daily practice, and its use may lead to a relevant decrease in the unnecessary use of antibiotics, especially in those patients with relatively many clinical signs. Further research among Dutch general practitioners will show whether this assumption is correct.

Tabel De voorspellende waarde van streptests

Onderzoek	Prevalentie GABHS	Setting	n	Leeftijd	Inclusie	Exclusie	Referentietest	Streptest	PVW	NVW
Rimoin 2010 ¹⁵	Brazilië: 24,5% Kroatië: 39,4% Egypte: 26,4% Letland: 29,5%	pediatrische poliklinieken	2472	2-12 jr	acute keelpijn	AB in afgelopen 3 dagen	BAP, 48u	Strep A OIA MAX	67,9-88,6%	88,1-95,7%
Llor 2009 ¹⁶	Spanje: 24,8%	zorgcentrum	222	> 14 jr	acute keelpijn met 2 of meer centorcriteria	AB in afgelopen 2 weken	BAP, 48u	OSOM Strep A	78,8%	98,1%
Humair 2006 ¹⁷	Zwitserland: 37,6%	zorgcentrum	372	>15 jr	acute keelpijn met 2 of meer centorcriteria	< 2 centorcriteria	2 weken, BAP, 48u	TestPack Plus Strep A	92,1%	94,9%
Lindbaek 2004 ²	Noorwegen: 42%	2 huisartsenpraktijken	306	alle	keelpijn < 7 dagen	AB in afgelopen 2 weken	2 weken BAP, 48u	TestPack Plus Strep A	92%	98%
Nerbrand 2002 ¹⁸	Zweden: 15,3%	8 zorgcentra	615	alle	klinische diagnose van acute keelpijn	eerder AB	BAP, 24u	TestPack plus Strep A	87,8%	94,2%
Dagnelie 1998 ¹⁹	Nederland: 33%	53 huisartsenpraktijken	558	4-60 jr	acute keelpijn < 15 dagen	-	BAP, 48u	Directigen 1-2-3 Group A Strep Test	88%	85%

AB = antibiotica. BAP = bloedagarplaat.

DISCUSSIE

De diagnostische waarde van de streptest binnen de eerste lijn is hoog, met een negatieve voorspellende waarde van 85-95% en een positief voorspellende waarde van 70-90%.

De door ons geëvalueerde onderzoeken zijn alle uitgevoerd binnen de eerste lijn, één in Nederland en de overige in diverse buitenland. Theoretisch zouden bij patiënten in het buitenland andere microbiologische pathogenen aanwezig kunnen zijn dan in de huidige Nederlandse eerstelijns populatie. Hetzelfde zou kunnen gelden voor de Nederlandse onderzoekspopulatie uit 1998. Er zijn echter geen aanwijzingen dat de etiologie van acute keelpijn in andere westerse landen wezenlijk anders is dan in Nederland, of binnen Nederland in de afgelopen vijftien jaar is veranderd.

Wat betekenen deze cijfers nu voor de dagelijkse praktijk? Het is belangrijk te kijken naar de diagnostische waarde die de streptest zou kunnen toevoegen aan anamnese en lichamelijk onderzoek, en naar de waarde van de test als indicatie voor antimicrobiële therapie. Daarbij moet men rekening houden met het feit dat de streptest zoals gezegd alleen GABHS kan detecteren en dus ongeveer 20% van de bacteriële verwekkers zal missen,² en met het feit dat ongeveer 2% van de volwassenen en 10% van de kinderen drager is van groep-A-streptokokken.^{20,21} Dat laatste is relevant omdat de test in die gevallen een foutpositieve uitslag kan geven.

Op basis van de klinische Centor-criteria is de voorafkans op een bacteriële infectie maximaal 50%, namelijk wanneer bij een patiënt alle criteria aanwezig zijn. Er is dus ook 50% kans dat er geen bacteriële infectie is en antibiotica per definitie geen gunstig effect zullen hebben. Door de hoge negatieve voorspellende waarde van de streptest van 85-95% verlaagt een negatieve testuitslag de kans op een GABHS-infectie van 50% naar 5-15%. Omdat 10-20% van de bacteriële infecties wordt veroorzaakt door niet-groep-A-streptokokken, komt de kans op een bacteriële infectie bij een negatieve testuitslag uit op 5-25%.

Een positieve streptest kan de voorafkans op een bacteriële oorzaak van 50% verhogen tot 70-90%. De mogelijkheid dat de klachten worden veroorzaakt door niet-GABHS kan de bovengrens theoretisch nog verhogen, mogelijk dragerschap verlaagt die grens met 2-10%.

Samenvattend kan de streptest bij de aanwezigheid van drie of vier centorcriteria, met bijbehorende pretestkansen van 30% respectievelijk 50%, die kansen verlagen tot 5-25% dan wel verhogen tot 60-90%. Theoretisch zou de test daarmee een bijdrage kunnen leveren aan het identificeren van patiënten die met antimicrobiële therapie één à twee dagen eerder kunnen genezen, en aan het terugdringen van overmatig antibioticagebruik.

Verschillende onderzoeken in de eerste lijn hebben aangetoond dat toepassing van de streptest het antibioticagebruik bij acute keelpijn aanzienlijk – tot de helft – kan doen afnemen.^{7,22-24}

In een Zwitsers prospectief onderzoek in de eerste lijn¹⁷ werd een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd bij verschillende strategieën. Systematisch gebruik van de streptest bij patiënten met twee of meer Centor-criteria bleek de meest efficiënte aanpak. Een louter klinische aanpak zonder diagnostische test bleek te resulteren in het hoogste percentage niet volgens de richtlijnen voorgeschreven antibiotica. Daarnaast bleek uit dit onderzoek dat, naarmate de patiënten meer klinische verschijnselen hadden, het onjuiste voorschrijven van antibiotica exponentieel steeg. Dit laatste werd al eerder aangetoond door McIsaac et al.⁷ Huisartsen zijn dus, ten onrechte, sneller geneigd om antibiotica te geven bij een klinisch zieke patiënt. Uit Nederlands onderzoek naar het voorschrijfgedrag van huisartsen bij bovensteluchtweginfecties bleek dat dit ook in ons land het geval is.¹³

Onze conclusie is dan ook dat selectief gebruik van de streptest bij patiënten met acute keelpijn die relatief veel klinische verschijnselen hebben, zeer waarschijnlijk zal leiden

tot een relevante daling van onnodig antibioticagebruik bij deze patiënten, ook in Nederland. Of deze aanname juist is, zal nader moeten worden onderzocht in de Nederlandse huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

- 1 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- 2 Lindbæk M. Which is the best method to trace group A streptococci in sore throat patients: Culture or GAS antigen test? *Scan J Prim Health Care* 2004;22:233-8.
- 3 Zwart S, Sachs AP, Ruijs GJ, Gubbels JW, Hoes AW, De Melker RA. Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 2000;320:150-4.
- 4 Spinks AB, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD000023
- 5 Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. *Med Decis Making* 1981;1:239-46.
- 6 Komaroff AL, Pass TM, Aronson MD, Ervin CT, Cretin S, Winickoff RN, et al. The prediction of streptococcal pharyngitis in adults. *J Gen Intern Med* 1986;1:1-7.
- 7 McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA* 2004;291:1587-95.
- 8 Gerber MA, Shulman ST. Rapid diagnosis of pharyngitis caused by group A streptococci. *Clin Microbiol Rev* 2004;17:571-80.
- 9 Tanz RR, Gerber MA, Kabat W, Rippe J, Seshadri R, Shulman ST. Performance of a rapid antigen-detection test and throat culture in community pediatric offices: Implications for management of pharyngitis. *Pediatrics* 2009;123:437-44.
- 10 Edmonson MB, Farwell KR. Relationship between clinical likelihood of group A streptococcal pharyngitis and the sensitivity of a rapid antigen-detection test in a pediatric practice. *Pediatrics* 2005;115:280-5.
- 11 Matthys J, De Meyere M, Van Driel ML, De Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: Not just academic. *Ann Fam Med* 2007;5:436-43.
- 12 Zwart S, Dagnelie CF, Van Staaï BK, Balder FA, Boukes FS, Starreveld JS. NHG-Standaard Acute keelpijn. *Huisarts Wet* 2007;50:59-68.
- 13 Akkerman AE, Kuyvenhoven MM, Van der Wouden JC, Verheij TJ. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. *J Antimicrob Chemother* 2005;56:930-6.
- 14 Van Deursen AM, Verheij TJ, Rovers MM, Veenhoven RH, Groenwold RH, Bonten MJ, et al. Trends in primary-care consultations, comorbidities and antibiotic prescriptions for respiratory infections in The Netherlands before implementation of pneumococcal vaccines for infants. *Epidemiol Infect* 2012;140:823-34.
- 15 Rimoin AW, Walker CLE, Hamza HS, Elminawi N, Ghafar HA, Vince A, et al. The utility of rapid antigen detection testing for the diagnosis of streptococcal pharyngitis in low-resource settings. *Int J Infect Dis* 2010;12:e1048-53.
- 16 Llor C, Calvino O, Hernandez S, Crispi S, Pérez-Bauer M, Fernández Y, et al. Repetition of the rapid antigen test in initially negative supposed streptococcal pharyngitis is not necessary in adults. *Int J Clin Pract* 2009;63:1340-4.
- 17 Humair JP, Revaz SA, Bovier P, Stalder H. Management of acute pharyngitis in adults: Reliability of rapid streptococcal tests and clinical findings. *Arch Intern Med* 2006;166:640-4.
- 18 Nerbrand C, Jasir A, Schalen C. Are current rapid detection tests for group A streptococci sensitive enough? Evaluation of 2 commercial kits. *Scand J Infect Dis* 2002;34:797-9.
- 19 Dagnelie CF, Bartelink ML, Van der Graaf Y, Goessens W, De Melker RA. Towards a better diagnosis of throat infections (with group A beta-haemolytic streptococcus) in general practice. *Br J Gen Pract* 1998;48:959-62.
- 20 Gunnarsson RK, Holm SE, Söderström M. The prevalence of beta-haemolytic streptococci in throat specimens from healthy children and adults: Implications for the clinical value of throat cultures. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:149-55.
- 21 ESCMID Sore Throat Guideline Group; Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, Esposito S, Huovinen P, Little P, et al. Guideline for the management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect* 2012;18 Suppl 1:1-28.
- 22 Llor C, Madurell J, Balagué-Corbella M, Gómez M, Cots JM. Impact on antibiotic prescription of rapid antigen detection testing in acute pharyngitis in adults: A randomised clinical trial. *Br J Gen Pract* 2011;61:e244-51.
- 23 Worral G, Hutchinson J, Sherman G, Griffiths J. Diagnosing streptococcal sore throat in adults: Randomized controlled trial of in-office aids. *Can Fam Phys* 2007;53:667-71.
- 24 Maltezou HC, Tsagris V, Antoniadou A, Galani L, Douros C, Katsarolis I, et al. Evaluation of a rapid antigen detection test in the diagnosis of streptococcal pharyngitis in children and its impact on antibiotic prescription. *J Antimicrob Chemother* 2008;62:1407-12.

Nico van Duijn

Sporthoofdpijn

Dokters vinden zeldzaamheden leuk, patiënten niet. Dat geldt ook voor de 'runners headache': zeldzaam, leuk voor ons, maar erg vervelend voor sporters. Meestal zijn het duursporters, maar voetballers kunnen er ook last van hebben. Het is een forse, bonzende hoofdpijn, overal, die minuten tot uren duurt. Soms begint het bij de start, soms tijdens de sport, soms pal erna. Maar bij één persoon treedt de 'runners headache' altijd op dezelfde manier op. Het kan zomaar beginnen, ook na jarenlange hardloepervaring.

Bij nieuwe, heftige, onbekende hoofdpijn bij forse inspanning moet je je laten

nakijken. Als het steeds optreedt, dan is het gewone inspanningshoofdpijn. De oorzaak is onbekend. Het is familie van de hoesthoofdpijn en de orgasmehoofdpijn, andere onduidelijke zeldzaamheden. Ook bij die hoofdpijnen schrikken we als het heftig en voor de eerste keer is. We denken dan aan hersenbloedingen. Gelukkig is de hoofdpijn bij een gesprongen vaatje in je hoofd anders. Die knalt erin en is maximaal ernstig binnen seconden. De sporthoofdpijn doet er langer over om op zijn top te komen. Medicijnen helpen, al zijn dat niet de aangenaamste medicijnen. Indomethacine doet het goed, een uurtje tevoren ingenomen. Het is wel naar spul, scherp voor de maag. Een maagbeschermend medicijn erbij is

dan prettig. Ter voorkoming wil dagelijks gebruik van bètablokkers nogal eens helpen. Dat is ongemakkelijk voor sporters, omdat bètablokkers de topspanning kunnen afremmen. De oplossing daarvoor is wat verschillende merken en verschillende doseringen uitproberen.

Alles bij elkaar is het leuk dokteren. Het is spannend in het begin. Wat er speelt, de diagnose, is uiteindelijk makkelijk. De behandeling is eenvoudig. Daar houden we van. De patiënt houdt van een simpele actiefilm met zijn spannende start, de ongebruikelijke situatie, de voorspelbare aanpak en de overwinning op het kwaad. Net zo vinden wij deze acute hoofdpijn leuk om te zien. Patiënten strelen daarmee ons *Bruce Willis*-gevoel. ■



Niet-melanocyttaire huidkanker

INLEIDING

Huidkanker is een steeds groter wordend probleem in de westerse wereld, gezien de steeds maar stijgende incidentie en de toenemende kosten die dat met zich meebrengt. Er zijn twee hoofdgroepen: melanomen, ongeveer 20%, en niet-melanocyttaire huidcarcinomen, ongeveer 80%. Er is nog een kleine restgroep met zeldzame vormen van huidkanker, zoals lymfomen, talgkliercarcinomen en merkelcelcarcinomen. Aangezien huisartsen vaak te maken hebben met huidkanker, of met het vermoeden daarop, zet dit artikel de verschillende vormen van niet-melanocyttaire huidkanker overzichtelijk naast elkaar. Het zwaartepunt zal liggen op de klinische verschijningsvorm en de diagnostiek van de niet-melanocyttaire huidkankers, te weten het basaalcelcarcinoom en het plaveiselcelcarcinoom. Daarnaast gaan wij in op de verschillende therapeutische opties.

EPIDEMIOLOGIE EN ETIOLOGIE

Het basaalcelcarcinoom is de meest voorkomende vorm van (niet-melanocyttaire) huidkanker. Uit gegevens van de pathologisch-anatomische database PALGA blijkt dat er in Nederland jaarlijks ruim 25.000 basaalcelcarcinomen geëxicideerd worden.¹ De werkelijke incidentie zal nog hoger zijn, want waarschijnlijk wordt niet elk basaalcelcarcinoom geëxicideerd en histopathologisch onderzocht. De laatste jaren is er ook steeds een stijging te zien van de incidentie. Basaalcelcarcinomen komen vaker voor bij oudere mensen en mensen met

een licht huidtype. Bij het ontstaan ervan speelt blootstelling aan uv-straling een grote rol. Met name zonverbranding op de kindereleeftijd en periodes van excessieve uv-expositie zijn hierin belangrijk. Het is nog niet volledig duidelijk uit welke cellen dit type ontstaat. Een theorie luidt dat basaalcelcarcinomen ontstaan uit onvolledig gedifferentieerde, onrijpe keratinocyten die lijken op de cellen van het stratum basale. Er zijn echter ook aanwijzingen dat basaalcelcarcinomen uit stamcellen van haarfollikels ontstaan.²

Na het basaalcelcarcinoom is het plaveiselcelcarcinoom het meest voorkomende type niet-melanocyttaire huidkanker (de verhouding plaveiselcelcarcinoom-basaalcelcarcinoom is ongeveer één op vier).³ Net als bij het basaalcelcarcinoom is ook hiervan de incidentie de laatste jaren gestegen. Op dit moment worden in Nederland jaarlijks naar schatting 50.000 nieuwe gevallen van niet-melanocyttaire huidkanker gediagnosticeerd, ongeveer 37.000 basaalcelcarcinomen en 13.000 plaveiselcelcarcinomen.

Het plaveiselcelcarcinoom van de huid gaat uit van de keratinocyten in het stratum germinativum (stratum basale plus stratum spinosum) van de epidermis. Het kan zowel op de huid als op de slijmvliezen voorkomen, dit laatste in tegenstelling tot het basaalcelcarcinoom, dat nooit gelokaliseerd is op slijmvliezen. De belangrijkste risicofactor voor het ontwikkelen van een plaveiselcelcarcinoom is blootstelling aan uv-straling. Hierbij gaat het met name (in tegenstelling tot bij het basaalcelcarcinoom) om de cumulatieve dosis. Een plaveiselcelcarcinoom kan de novo ontstaan, maar ontstaat vaker uit een premaligne voorloper (voornamelijk actinische keratose of in 3-5% van de gevallen ziekte van Bowen [figuur 1]).⁴

Actinische keratose is een zeer veelvoorkomende aandoening, met als klinische kenmerken erytheem en irregulaire, ruw aanvoelende verhoorning.^{5,6} De aangedane plekken kunnen solitair of multipel voorkomen. Actinische keratose ontstaat onder invloed van uv-straling en de voorkeurslokaties zijn dan ook zonbeschenen delen van de huid, zoals schedel, oorschelpen, gelaat en handruggen. Actinische keratose kan op den duur overgaan in een plaveiselcelcarcinoom. Onder-

Samenvatting

Burghout KA, Sigurdsson V, Toonstra J. Niet-melanocyttaire huidkanker. *Huisarts Wet* 2013;56(4):174-8.

Huidkanker wordt door de stijgende incidentie een steeds groter probleem in de westerse wereld. In 80% van de gevallen gaat het om niet-melanocyttaire huidkanker. Uv-belasting is de grootste risicofactor voor dit type huidkanker, dat dan ook meestal voorkomt op aan de zon blootgestelde lichaamsdelen. De twee meest voorkomende vormen van niet-melanocyttaire huidkanker zijn, in volgorde, basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom.

Het basaalcelcarcinoom heeft verscheidene klinische en histologische verschijningsvormen en groeiwijzen. Omdat de behandeling afhangt van het type, is bij een vermoeden van basaalcelcarcinoom altijd histopathologisch onderzoek noodzakelijk.

Het plaveiselcelcarcinoom kan de novo ontstaan, vanuit actinische keratose of vanuit de ziekte van Bowen. Op basis van kliniek en histopathologisch onderzoek onderscheidt men plaveiselcelcarcinomen met een hoog dan wel een laag risico. Deze indeling is van invloed op het verdere beleid.

De kern

- Niet-melanocyttaire huidkanker is een groeiend probleem, ook in de huisartsenpraktijk; uv-belasting is de grootste risicofactor.
- Histologisch onderzoek is altijd aangewezen, omdat het verdere beleid daarvan afhangt.
- Basaalcelcarcinomen hebben een gunstige prognose want ze metastaseren zeer zelden, maar ze kunnen destructief groeien.
- Plaveiselcelcarcinomen metastaseren vaker, met name de hoogrisicotumoren. Daarom is de behandeling van deze tumoren vaak agressiever en de follow-up strikter.

zoekers schatten deze kans op maligne ontaarding verschillend in. Dodson et al. schatten haar op 6-10% in een periode van tien jaar.⁷ Aangezien niet te voorspellen is welke actinische keratose zich zal ontwikkelen tot een invasief plaveiselcelcarcinoom, adviseert de Richtlijn actinische keratosen van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) om alle actinische keratosen te behandelen, bijvoorbeeld door middel van cryotherapie.⁸

De ziekte van Bowen is een plaveiselcelcarcinoom in situ en wordt meestal gezien bij personen van boven de 60 jaar, meestal vrouwen (70-85%). Voorkeurslokaties zijn de onderbenen (75% van de gevallen). Tien tot twintig procent van de patiënten heeft multipale laesies.⁴ De incidentie, in een blanke populatie, wordt geschat op 15 per 100.000 per jaar.⁹

Een plaveiselcelcarcinoom kan, in zeldzame gevallen ook ontstaan in een chronisch ulcus (bijvoorbeeld ulcus cruris) of in een litteken (bijvoorbeeld in door brandwonden veroorzaakte littekens.). Andere risicofactoren zijn een lichte huid en vooral immunodeficiëntie (bijvoorbeeld na een orgaantransplantatie).

KLINIEK

Basaalcelcarcinoom

Er zijn, in grote lijnen, drie klinische typen van het basaalcelcarcinoom: het nodulaire type, het superficiële type en het cicatricieel (sclerotische) type. Deze klinische indeling komt nagenoeg overeen met de histopathologische indeling naar groeiwijze: compact, oppervlakkig en sprieterig. Er is nog een vierde, zeldzame histologische groeiwijze, namelijk de micro-nodulaire, die zich klinisch kan voordoen als een cicatricieel of als een nodulair basaalcelcarcinoom.

Ongeveer 70% van de basaalcelcarcinomen bevindt zich in het gelaat, 25% op de romp en 5% op de penis, vulva of perianale huid. Een basaalcelcarcinoom is niet op slijmvliezen gelokaliseerd.

Vaak komen basaalcelcarcinomen multipel voor en heeft patiënt bij presentatie meerdere basaalcelcarcinomen. Het is daarom belangrijk om bij een eerste dermatologisch onderzoek de gehele huid te onderzoeken.

De meerderheid (60%) van alle basaalcelcarcinomen is van het nodulaire type [figuur 2], de meest karakteristieke vorm. Dit type is meestal gelokaliseerd in het gelaat en heeft als klinisch kenmerk een glanzende, huidkleurige tot roze papel of nodulus waarvan het centrum soms verzonken is. Vaak zijn in de rand fijne teleangiëctasieën zichtbaar. Indien een nodulair basaalcelcarcinoom ulcereert, spreekt men van een ulcus rodens. In de differentiaaldiagnose staan een dermale naevus naevocellularis, die zich ook vaak in het gelaat bevindt maar meestal niet groeit, en een talgklierhyperplasie, die echter wat geliger van kleur is en een kenmerkende centrale inzinking heeft.

Het superficiële basaalcelcarcinoom [figuur 3] is meestal gelokaliseerd op de romp en kan multipel voorkomen. Ongeveer 30% van de basaalcelcarcinomen is van dit type, dat zich uit als een scherp begrensde, rozerode, glanzende plaque met soms ook teleangiëctasieën in de rand en een lichte schilfering. Vaak zijn er ook delen in regressie, waardoor in de laesie

Figuur 1 Scalp met uitgebreide actinische keratose en rechts occipitaal een plaveiselcelcarcinoom



normale huid zichtbaar is, en er kan sprake zijn van een smal opgeworpen randje. In de differentiaaldiagnose staan dermatomycose, eczeem en psoriasis. Het is overigens lastig, en soms onmogelijk, om klinisch onderscheid te maken tussen een superficiële basaalcelcarcinoom en de ziekte van Bowen.

Zowel het nodulaire als het superficiële basaalcelcarcinoom kan wisselende hoeveelheden pigment bevatten, waardoor de laesie bruin verkleurt [figuur 4]. Dit is het geval bij 2-5% van de patiënten, met name degenen van Aziatische of Afrikaanse afkomst. In de differentiaaldiagnose staan dan verruca seborroica, naevus naevocellularis of een melanoom.

Vijf tot tien procent van de basaalcelcarcinomen is een cicatricieel (sclerotisch) basaalcelcarcinoom. Klinisch ziet men bij dit type vaak een onscherp begrensde, vlakke, licht erythemateuze afwijking met soms atrofie of een klein oppervlakkig wondje [figuur 5]. Wanneer men de huid spant, wordt het glanzende aspect van dit type basaalcelcarcinoom duidelijker.

Plaveiselcelcarcinoom

Het plaveiselcelcarcinoom ontstaat vaak op zonbeschadigde huid in het hoofd-halsgebied (80%) of op de handruggen en on-

Abstract

Burghout KA, Sigurdsson V, Toonstra J. Non-melanoma skin cancer. *Huisarts Wet* 2013;56(4):174-8.

The increasing prevalence of skin cancer constitutes a growing problem in the Western world. Most cases (80%) concern non-melanoma skin cancer. The main risk factor for this type of cancer is exposure to UV radiation, and the cancer occurs most often in areas of the body exposed to the sun. The two most common types of non-melanoma skin cancer are basal cell carcinoma and squamous cell carcinoma, in this order. Basal cell carcinoma has different clinical and histological presentations and growth patterns, and because treatment is dependent on the type of carcinoma, histopathological investigation is always necessary if basal cell carcinoma is suspected. Squamous cell carcinoma can develop de novo from actinic keratosis or Bowen's disease, and high-risk and low-risk forms can be distinguished on the basis of clinical and histopathological investigations. This distinction is important for further management.

Figuur 2 Nodulair basaalcelcarcinoom op de neus



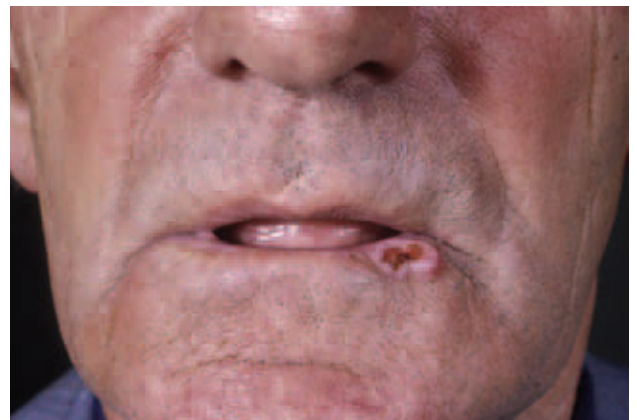
Figuur 5 Sterk sprieterig basaalcelcarcinoom op de rechter helix



Figuur 3 Groot superficiael basaalcelcarcinoom op de onderbuik rechts met gedeeltelijke regressie



Figuur 6 Plaveiselcelcarcinoom op de onderlip met twee kleine gebieden van cheilitis actinica links van het carcinoom



Figuur 4 Gepigmenteerd nodulair basaalcelcarcinoom, rijkend op een (nodulair) melanoom



Figuur 7 Multipole snelgroeïende plaveiselcelcarcinomen bij een transplantatiepatiënt.



Tabel Aandachtspunten voor de huisarts

	Kliniek	Histologie	Let op	Behandeling	Follow-up
Basaalcelcarcinoom	nodulair	compact (zelden micronodulair)		excisie, marge 3 mm	elke 6-12 maanden
	superficieel	superficieel		cryotherapie, fluorouracilcrème of imiquimodcrème	elke 6-12 maanden
	cicatricieel	sprieterig (zelden micronodulair)	kan zeer klein wondje zijn	excisie, marge 5 mm	elke 6-12 maanden
	gepigmenteerd		verwijs voor differentiatie van melanoom	excisie, marge 3 mm	elke 6-12 maanden
Plaveiselcelcarcinoom	hoogrisico		verwijs voor excisie en aanvullende diagnostiek van metastasen	excisie, marge 10 mm	jaar 1: elke 3 maanden jaar 2: elke 4 maanden jaar 3: elke 6 maanden jaar 4 en 5: elke 12 maanden
	laagrisico			excisie, marge 5 mm	jaar 1 en 2: elke 6 maanden jaar 3 t/m 5: elke 12 maanden

derarmen (20%). Klinisch zijn er verschillende uitingsvormen. Een plaveiselcelcarcinoom kan zich presenteren als een slecht genezend wondje dat langzaam groter wordt. In de meeste gevallen ziet men een huidkleurige nodulus met hyperkeratose, die langzaam groter wordt en kan gaan ulcereren. Vaak voelen plaveiselcelcarcinomen geïndureerd aan [figuur 6].

Klinisch kan een plaveiselcelcarcinoom verward worden met een keratoacanthoom. Kenmerkend voor een keratoacanthoom zijn de zeer snelle groei (enkele weken) en het uiterlijk van een gladde opgeworpen tumor met centrale hoornprop. Bij immuungecompromitteerde patiënten kunnen ook plaveiselcelcarcinomen zich echter zeer snel, binnen enkele weken, ontwikkelen en bovendien in meervoud aanwezig zijn [figuur 7].

Sommige plaveiselcelcarcinomen hebben een verruceuze of papillomateuze groeiwijze, maar deze komen minder vaak voor dan de reeds genoemde noduleuze verschijningsvorm.¹⁰ Net als basaalcelcarcinomen hebben ook plaveiselcelcarcinomen verschillende histologische subtypen, waaronder een sprieterige (acantholytische) variant. Deze zullen wij hier verder niet behandelen.

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Basaalcelcarcinoom

Zoals gezegd, kent het basaalcelcarcinoom diverse histologische groeiwijzen. Het histologische type bepaalt ten dele de behandeling, bijvoorbeeld de marge bij een excisie. Het is dus van groot belang om voorafgaand aan de excisie een stansbiopsie te nemen en daarop histopathologisch onderzoek te verrichten.

Een basaalcelcarcinoom metastaseert maar zeer zelden (0,028-0,55%) en groeit langzaam. Het kan echter wel lokale schade aanrichten door invasieve groei in bot en kraakbeen.¹¹ Dat is de reden dat basaalcelcarcinomen wel degelijk behandeld moeten worden. Er zijn diverse behandelingen, afhankelijk van de groeiwijze. Superficiële basaalcelcarcinomen kunnen vaak oppervlakkig behandeld worden met bijvoorbeeld cryotherapie, fotodynamische therapie of lokale applicatie van fluorouracil- of imiquimodcrème. Bij nodulaire en cicatricieële basaalcelcarcinomen gaat men meestal over tot chirurgische excisie. Bij een compact basaalcelcarcinoom houdt men een smalle excisiemarge aan van 3 mm, bij sprie-

terige en micronodulaire basaalcelcarcinomen een ruimere marge van 5 mm. In sommige gevallen is ook radiotherapie mogelijk.

Patiënten met een basaalcelcarcinoom in de voorgeschiedenis hebben een kans van 35% om binnen drie jaar een nieuwe huidmaligniteit te ontwikkelen en een kans van 50% dat dit binnen vijf jaar gebeurt. Daarom is het belangrijk dat deze patiënten zich regelmatig, één tot twee keer per jaar, laten onderzoeken op huidmaligniteiten.¹²

Plaveiselcelcarcinoom

Ook bij plaveiselcelcarcinomen is histopathologisch onderzoek belangrijk, omdat differentiatiegraad en invasiediepte van belang zijn voor het onderscheid tussen hoog- en laagrisicotumoren. Dit onderscheid heeft consequenties voor de verwijzing, de diagnostiek (naar metastasen) en de therapie. Naast differentiatiegraad en invasiediepte bepalen ook de lokalisatie, de groeisnelheid en de grootte of een plaveiselcelcarcinoom hoog- of laagrisico is. De exacte indeling is te vinden in de NVDV-richtlijn Plaveiselcelcarcinoom.¹²

Plaveiselcelcarcinomen metastaseren meestal via de lymfebanen. Hoogrisicotumoren metastaseren in gemiddeld 10-20% van de gevallen, laagrisicotumoren in minder dan 5% van de gevallen. Als bij het lichamelijk onderzoek aanwijzingen gevonden worden voor een plaveiselcelcarcinoom, moeten in elk geval de regionale lymfklierstations gepalpeerd en vergrote lymfeklieren cytologisch onderzocht worden. Dit is de reden waarom behandeling en follow-up van hoogrisicoplaveiselcelcarcinomen het best in gespecialiseerde centra kunnen plaatsvinden.

Bij de chirurgische verwijdering van plaveiselcelcarcinomen houdt men vrijwel altijd een marge aan van 5 mm, en bij hoogrisico- en recidieftumoren 10 mm. In een enkel geval is radiotherapie een optie.¹² Als er regionale lymfekliermetastasen worden aangetroffen, zal de chirurg meestal overgaan tot lymfeklierdissectie van het gehele gebied. In sommige gevallen (meerdere lymfekliermetastasen, lymfekliermetastasen met extracapsulaire groei en tumoren met ongunstige histologische kenmerken) zal na de ingreep adjuvante radiotherapie nodig zijn.¹²

CONCLUSIE

Het aantal gevallen van niet-melanocytair huidkanker groeit, en dit vergt toenemende alertheid van de huisarts. Basaalcelcarcinomen hebben een gunstige prognose aangezien ze zelden metastaseren, maar ze kunnen destructief groeien en verdienen daarom tijdige en goede behandeling, en regelmatige controle. Plaveiselcelcarcinomen metastaseren vaker, met name de hoogrisicotumoren. Daarom is de behandeling van deze tumoren vaak agressiever en de follow-up strikter. Voor de huisarts is het van belang de verschillende klinische uitingvormen van deze niet-melanocytair type huidkankers tijdig te herkennen zodat ze op de juiste wijze behandeld kunnen worden. ■

Dit nascholingsartikel is een aflevering in de serie 'Oncologie'.

LITERATUUR

- 1 Beljaards RC, Bruinjes TJ, Canninga-van Dijk MR, Krekels GAM, Oldenburger F, Reinders JC, et al. Evidence-based richtlijn behandeling van het basaalcelcarcinoom. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie

- en Venereologie/Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2007. http://www.nvpc.nl/stand/473d%20Richtlijn_BCC_herziene%20versie_20122007.pdf, geraadpleegd februari 2013.
- 2 Sellheyer K. Basal cell carcinoma: Cell of origin, cancer stem cell hypothesis and stem cell markers. *Br J Dermatol* 2011;164: 696-711.
- 3 Holterhues C, Vries Ed, Louwman MW, Koljenović S, Nijsten T. Incidence and trends of cutaneous malignancies in the Netherlands, 1989-2005. *J Invest Dermatol* 2010;130:1807-12.
- 4 Cox NH, Eedy DJ, Morton CA. Guidelines for management of Bowen's disease: 2006 update. *Br J Dermatol*. 2007;156:11-21.
- 5 Lebwohl M. Actinic keratosis: Epidemiology and progression to squamous cell carcinoma. *Br J Dermatol* 2003;149:31-3.
- 6 Holmes C, Foley P, Freeman M, Chong AH. Solar keratosis: Epidemiology, pathogenesis, presentation and treatment. *Australas J Dermatol* 2007;48:67-74.
- 7 Dodson JM, DeSpain J, Hewett JE, Clark DP. Malignant potential of actinic keratoses and the controversy over treatment: A patient-oriented perspective. *Arch Dermatol* 1991;127:1029-31.
- 8 Beljaards RC, Borgonjen RJ, Engelen JWM, Van Everdingen JJE, Van Marion AMW, Munte K, et al. Richtlijn Actinische keratose. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 2010.
- 9 De Groot AC, Toonstra J. Kanker en huid: Dermato-oncologie voor de huisarts. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
- 10 Krekels GAM, Van der Geer S. Non melanoma huidkanker. Utrecht: Academic Pharmaceutical Productions, 2010.
- 11 Bader RS, Harris JE. Basal cell carcinoma [internet]. New York: Medscape, 2012. <http://emedicine.medscape.com/article/276624>, geraadpleegd mei 2012.
- 12 Krekels GAM, van Berlo CLH, Van Beurden M, Borgonjen RJ, Buncamper M, Van Everdingen JJE, et al. Richtlijn Plaveiselcelcarcinoom van de huid. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 2010. http://www.nvpc.nl/stand/66Richtlijn_Plaveiselcelcarcinoom_van_de_huid_december_2010.pdf, geraadpleegd februari 2013.

Nico van Duijn

In de spreekkamer zijn we het eens

Dokters mopperen onderling soms op een klein groepje patiënten die overvragen. Politici, bestuurders en financiers mopperen mee, en verwijten dokters dat ze te veel doen. Daarom is de zorg te duur. Patiënten en dokters zijn de schuldigen. Het gekke is dat dokters en patiënten het in de spreekkamer vrijwel altijd eens worden. Het is genoeglijk in die spreekkamer, harmonieus. Blijkbaar is over je eigen gezondheidsproblemen praten met je eigen dokter iets heel anders dan schrijven in de krant over andere patiënten, andere dokters. Het probleem zit hem in het verschil tussen

individuele kwesties en publieke zaken, tussen praten in de spreekkamer over jezelf en schrijven in de krant over anderen.

Dokters hebben last van dezelfde gespletenheid. Ik kan goed het individuele patiëntenbelang dienen. Tegelijk de samenleving bedienen, de premie laag houden, dat lukt me niet goed als de spelregels me dwarszitten, de publieke spelregels. Ik schrijf bijvoorbeeld op verzoek paracetamol met het onwerkzame codeïne voor, want zonder codeïne wordt het middel niet vergoed. We hebben nogal wat arme patiënten en dan vind ik die paar euro zo sneu voor ze. Die vergoedingsspelregel is krom. Hetzelfde geldt voor de vraag om een verwijfsbrief voor de derde orthopeed

voor kniepijn, de dermatoloog voor ontsteking, de gynaecoloog voor buikpijn. Volgens de krant moet ik nee zeggen, in de spreekkamer zeg ik regelmatig ja. Individuele geneeskunde is namelijk onzekerheid verkleinen, in een goede verstandhouding. Het liefst zou ik minder geruststellingsgeneeskunde willen bedrijven, als ziekenfonds, regering en krantenlezers me daarin steunen. Dat doen ze niet, niet als het wat conflictueus wordt. Dus streef ik naar harmonie en naar het onzinnige percentage van 100% zekerheid. Dat kost geld. In de spreekkamer wilt u dit allemaal. In de krant bent u daar allemaal tegen. Ik kan uw probleem niet oplossen, niet in mijn eentje. ■



Mondzorg bij diabetescontrole?

INLEIDING

In 2007 telde Nederland 740.000 inwoners met diabetes, van wie 90% met diabetes mellitus type 2, kortweg type-2-diabetes of T2DM genoemd. Dit type diabetes berust op afnemende insulinesecretie door de bètacellen in het pancreas en de ontwikkeling van insulineresistentie in lever-, spier- en vetweefsel. Als gevolg hiervan ontstaat hyperglykemie. Het grootste deel van deze patiënten is onder behandeling bij de huisarts.¹ In dit artikel beperken wij ons tot deze vorm.

De meest voorkomende complicaties van type-2-diabetes zijn retinopathie, neuropathie, nefropathie en macrovasculaire pathologie. Ook het verband tussen diabetes mellitus en parodontitis is al sinds het midden van de twintigste eeuw bekend: parodontitis wordt wel 'de zesde complicatie van diabetes' genoemd.²

Samenvatting

Van Beekveld JL, Timmerman MM, Hart HE. Mondzorg bij diabetescontrole? *Huisarts Wet* 2013;56(4):179-81.

Tussen parodontitis en diabetes mellitus bestaat een wisselwerking. De chronische hyperglykemie veroorzaakt een inflammatie van het parodontium die (veelal irreversibele) schade toebrengt aan het steunweefsel van de gebitselementen, zodat er uiteindelijk tanden verloren gaan. De parodontitis op zijn beurt zorgt voor een systemische stijging van cytokines zoals de interleukines 1 en 6, en tumornecrosefactor-alfa. Deze ontstekingsmediatoren bevorderen de insulineresistentie en daarmee de kans op (verergering van) diabetes. Verscheidene onderzoeken hebben laten zien dat het HbA1C lager wordt – en dus de glucoseregulatie verbetert – wanneer men de parodontitis behandelt.

Omdat deze wisselwerking niet erg bekend is bij patiënten en evenmin veel aandacht krijgt van behandelaars, pleiten wij ervoor om bij de diabetescontrole extra aandacht te besteden aan de gebitsstatus. Het zou zinvol zijn als alle bij de diabeteszorg betrokken behandelaars – onder wie ook tandartsen en mondhygiënist – onderling afspraken maken over hoe te handelen bij symptomen van parodontitis.

De kern

- Parodontitis heeft een ongunstige invloed op de glucoseregulatie en op zijn beurt is hyperglykemie een risicofactor voor parodontitis.
- Een Cochrane-review heeft uitgewezen dat behandeling van parodontitis het HbA1C kan verlagen.
- Desondanks is er in de behandeling van type-2-diabetes weinig aandacht voor gebitscontrole en mondzorg.
- De huisarts moet diabetespatiënten wijzen op het belang van goede mondzorg voor de glucoseregulatie, en tandheelkundige zorg moet een vast onderdeel worden van de diabetesbehandeling.

Parodontitis is een ontsteking van het steunweefsel van de gebitselementen. Het voorstadium, gingivitis, is een veelvoorkomende en doorgaans reversibele aandoening³ die het wortelvlies (parodontaal ligament) en het kaakbot (alveolair bot) niet aantast. De situatie wordt ernstig wanneer de collageenvezels van het parodontale ligament bij de ontsteking betrokken raken. Tussen tandvlees en tand ontstaan dan parodontale pockets, die bij inspectie niet zichtbaar zijn; ze zijn alleen te ontdekken met een parodontale sonde. In dit stadium spreekt men van parodontitis en de weefseldestructie gaat langzaam maar is grotendeels irreversibel. De eerste stadia zijn vaak asymptomatisch, waardoor patiënten het probleem pas opmerken bij oedeem en roodheid van het tandvlees en het loszitten van gebitselementen.^{3,4} Bij volwassenen is de prevalentie van gingivitis 35-60% en die van destructieve parodontitis 5-15%. Bij mensen met type-2-diabetes zijn beide prevalenties gemiddeld 5% hoger.^{5,7} Ook cariës, speekselklierstoornissen (xerostomie), slijmvlies-aandoeningen (lichen planus), smaak- en andere neurosensorische stoornissen en infecties zoals candidiasis komen vaker voor bij mensen met diabetes mellitus.^{8,9}

WISSELWERKING DIABETES EN PARODONTITIS

Tussen type-2-diabetes en parodontitis wordt een relatie in twee richtingen verondersteld: de diabetes heeft effect op het parodontium, de parodontitis beïnvloedt de diabetesregulatie. Wij zullen in dit artikel deze twee relaties en de pathofysiologie erachter beschrijven, en vervolgens ingaan op datgene wat de verschillende behandelaars van diabetes kunnen doen voor de conditie van het parodontium.

De invloed van type-2-diabetes op het parodontium

Hyperglykemie is na roken de grootste risicofactor voor parodontitis.^{3,10} Een patiënt met een slecht gereguleerde diabetes heeft een tot driemaal verhoogd risico op parodontitis in vergelijking met iemand zonder diabetes of met een goed gereguleerde diabetes. Patiënten met een HbA1C > 9,0% (75 mmol/mol) hadden de hoogste prevalentie ($p = 0,003$).

Het pathofysiologische mechanisme dat dit verband verklaart, verloopt als volgt. De chronische hyperglykemie bij type-2-diabetes leidt tot het glyceren en oxideren van eiwitten en vetten, en tot de vorming van *advanced glycation end products* (AGE's) in het parodontium¹¹. Deze AGE's binden aan speciale receptoren (RAGE's) op endotheelcellen en monocytten,⁷ en brengen zo een ontstekingsproces op gang. Daarbij komen cy-

Huisartsenpraktijk Callantsoog, Vloedlijn 15, 1759 JV Callantsoog; J.L. van Beekveld, huisarts, kaderarts Diabetes, Huisartsenpraktijk Zonneoord, Den Haag; M.M. Timmerman, huisarts, kaderarts Diabetes, Julius Gezondheidscentra, Leidsche Rijn; dr. H.E. Hart, huisarts, kaderarts Diabetes • Correspondentie: j.vanbeekveld@ezorg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

tokines vrij, waaronder de interleukines 1 en 6 (IL-1 en IL-6) en tumornecrosefactor-alfa (TNF- α). Het aantal fibroblasten en osteoblasten neemt af, de apoptose neemt toe en lokaal treedt weefseldestructie op.⁵

De invloed van parodontitis op de glucoseregulatie

Er is voldoende bewijs dat parodontitis een negatieve invloed heeft op de glucoseregulatie,^{4,5,12} en zelfs is een samenhang aangetoond met het ontstaan van type-2-diabetes op latere leeftijd.⁵ In vergelijking tot mensen met een gezond gebit maakt een milde parodontitis de kans dat zich type-2-diabetes ontwikkelt anderhalf keer zo groot, een ernstige parodontitis vijf keer.³ Patiënten bij wie type-2-diabetes is vastgesteld, hebben, als zij een ernstige parodontitis hebben, gemiddeld een significant hoger HbA_{1c} (7,1% versus 6,5%; $p = 0,033$) dan patiënten met een gezond parodontium.⁵

Ook adipositas is een bekende risicofactor voor de ontwikkeling van type-2-diabetes. De basis hiervoor is de insulineresistentie die optreedt als gevolg van de antagonerende werking van vrije vetzuren en cytokines uit de adipocyten op de insulinerceptoren. De cytokines die bij parodontitis vrijkomen, bevorderen insulineresistentie volgens hetzelfde patroon als de vrije vetzuren en cytokines uit de adipocyten dat doen.¹²⁻¹⁵

MONDZORG IN DE DIABETESBEHANDELING

De diabetesbehandeling is gericht op het voorkomen of beperken van complicaties door leefstijlaanpassing en medicatie.¹⁶ Een van de pijlers onder de behandeling is verlaging van het bloedglucosegehalte, uitgedrukt als de gemiddelde proportie geglyceerd hemoglobine (HbA_{1c}). Als streefwaarde voor diabetespatiënten houdt men in het algemeen HbA_{1c} < 7% (53 mmol/mol) aan.¹⁶ Daaronder treden minder complicaties op; de United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) heeft uitgezonden dat een verlaging met 1% (11 mmol/mol) bij diabetici wordt geassocieerd met minder diabetesgerelateerde sterfgevallen (21%), acute myocardinfarcten (14%) en CVA's (12%).¹⁷

Het gebit, dat toch een belangrijke rol speelt, komt in de diabetesbehandeling weinig aan bod. De behandeling van pa-

rodontitis bestaat uit tandsteen- en plaqueverwijdering, subgingivale curettage, parodontale chirurgie en gingivectomie, eventueel gecombineerd met antibiotica.^{18,19} Recente meta-analyses laten zien dat met deze behandeling een daling van het HbA_{1c} van 0,4% (4 mmol/mol) behaald kan worden.¹⁹⁻²²

Schriftelijke enquêtes onder huisartsen en internisten in de Verenigde Staten en Jordanië lieten zien dat een meerderheid bekend was met het verband tussen parodontitis en ontregeling van de glucoseregulatie.²² De meeste ondervraagden waren van mening dat de diabeteszorg meer aandacht zou moeten hebben voor de conditie van het parodontium, en de helft achtte zichzelf in staat om deze specifieke zorg te leveren.²²⁻²⁴ Daar staat tegenover dat in een Zweeds onderzoek onder 102 patiënten met type-2-diabetes bleek dat 85% van de patiënten nooit geïnformeerd was over de relatie tussen diabetes en mondgezondheid en dat 83% zich niet bewust was van deze relatie. Bovendien gaf 48% aan dat de tandarts of mondhygiënist niet bekend was met het feit dat de patiënt diabetes had.^{25,26}

In de NDF-Zorgstandaard (2007) en de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (2006) komt de mondzorg bij diabetes niet aan de orde.^{16,27} De LESA Diabetes mellitus type 2 geeft het advies dat huisarts en diëtist afspreken wie de gebitsstatus en -functie van de patiënt controleert.²⁸

CONCLUSIE

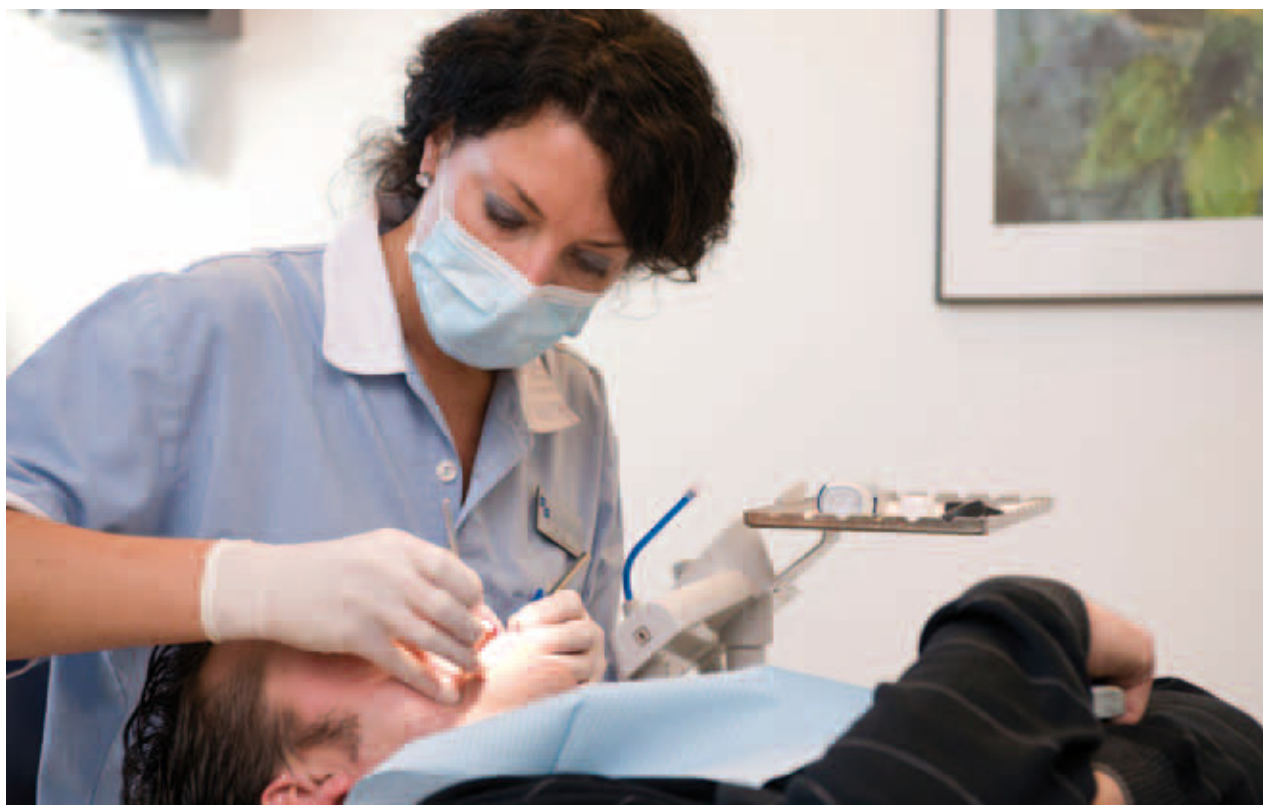
Het verband tussen diabetes mellitus en de conditie van het parodontium is al meer dan vijftig jaar geleden voor het eerst beschreven. Een recente Cochrane-review concludeert dat de behandeling van parodontitis bij patiënten met type-2-diabetes een kleine maar significante verbetering lijkt te geven van het HbA_{1c}.¹⁹ Als men er, met de UKPDS, van uitgaat dat een verlaging van het HbA_{1c} de kans op complicaties van de diabetes verkleint, zou het zo kunnen zijn dat behandeling van de parodontitis bij type-2-diabetes de incidentie van complicaties significant kan helpen verlagen. In de dagelijkse praktijk en in de richtlijnen is er echter weinig aandacht voor de gebitsstatus van diabetespatiënten.

De behandeling van parodontitis bij diabetespatiënten kan positief bijdragen aan een goede glykemische instelling. Wij pleiten er dan ook voor, bij de periodieke controle van diabetespatiënten systematisch aandacht te besteden aan de mondzorg en de gebitsstatus. Ten eerste zou de huisarts of praktijkondersteuner de anamnese bij driemaandelijke controle kunnen uitbreiden met vragen naar symptomen van parodontitis. Verder zou men diabetespatiënten kunnen wijzen op het belang van gezonde tanden en goede mondzorg voor de glucoseregulatie. In principe moet iedere diabetespatiënt regelmatig ter controle naar de tandarts en bij klachten van slechte adem, terugtrekkend of makkelijk bloedend tandvlees of loszittende tanden zou de huisarts daar nog eens extra de nadruk moeten leggen. Wij adviseren de verschillende professionals die betrokken zijn bij de diabetesbehandeling om, als zij afspraken maken, ook af te spreken wie verantwoordelijk is voor de tandheelkundige controles. ■

Abstract

Van Beekveld JL, Timmerman MM, Hart HE. Dental health at the diabetes check-up? *Huisarts Wet* 2013;56(4):179-81.

Periodontitis and diabetes mellitus interact. Chronic hyperglycaemia causes inflammation of the periodontium, resulting in often-irreversible damage to the supporting tissue of the teeth, which can lead to tooth loss. In turn, periodontitis leads to raised levels of circulating cytokines, such as interleukins 1 and 6, and tumour necrosis factor- α . These inflammatory mediators promote insulin resistance and thereby the risk or exacerbation of diabetes. Various studies have shown that treatment of periodontitis leads to lower levels of HbA_{1c} and improved glucose regulation. Because patients may be unaware of this interaction, and treating physicians may pay little attention to it, we suggest that more attention should be paid to dental health during the diabetes check-up. It would be helpful if all professionals involved in diabetes care, including dentists and dental hygienists, could make agreements about the management of symptoms of periodontitis.



LITERATUUR

- Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.6.1. Bilthoven: RIVM, 2012. <http://www.nationaalkompas.nl>, geraadpleegd februari 2013.
- Löe H. Periodontal disease: The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1993;16:329-34.
- Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: A two-way relationship. *Diabetologia* 2012;55:21-31.
- Lamster IB, Lalla E, Borgnakke WS, Taylor GW. The relationship between oral health and diabetes mellitus. *J Am Dent Assoc* 2008;139 Suppl:19S-24S.
- Demmer RT, Jacobs DR Jr, Desvarieux M. Periodontal disease and incident type 2 diabetes: Results from the First National Health and Nutrition Examination Survey and its epidemiologic follow-up study. *Diabetes Care* 2008;31:1373-9.
- Jansson H, Lindholm E, Lindh C, Groop L, Bratthall G. Type 2 diabetes and risk for periodontal disease: A role for dental health awareness. *J Clin Periodontol* 2006;33:408-14.
- Taylor GW, Borgnakke WS. Periodontal disease: Associations with diabetes, glycemic control and complications. *Oral Dis* 2008;14:191-203.
- Ship JA. Diabetes and oral health: an overview. *J Am Dent Assoc* 2003;134 Spec No:4S-10S.
- Sandberg GE, Sundberg HE, Fjellstrom CA, Wikblad KF. Type 2 diabetes and oral health: A comparison between diabetic and non-diabetic subjects. *Diabetes Res Clin Pract* 2000;50:27-34.
- Tsai C, Hayes C, Taylor GW. Glycemic control of type 2 diabetes and severe periodontal disease in the US adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;30:182-92.
- Mealey BL, Ocampo GL. Diabetes mellitus and periodontal disease. *Periodontol* 2000 2007; 44:127-53.
- Nishimura F, Iwamoto Y, Mineshiba J, Shimizu A, Soga Y, Murayama Y. Periodontal disease and diabetes mellitus: The role of tumor necrosis factor-alpha in a 2-way relationship. *J Periodontol* 2003;74:97-102.
- Choi YH, McKeown RE, Mayer-Davis EJ, Liese AD, Song KB, Merchant AT. Association between periodontitis and impaired fasting glucose and diabetes. *Diabetes Care* 2011;34:381-6.
- Taylor GW. Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: An epidemiologic perspective. *Ann Periodontol* 2001;6:99-112.
- Jones JA, Miller DR, Wehler CJ, Rich SE, Krall-Kaye EA, McCoy LC, et al. Does periodontal care improve glycemic control? The Department of Veterans Affairs Dental Diabetes Study. *J Clin Periodontol* 2007;34:46-52.
- Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Goudswaard AN, Uitewaal PJM, Van der Does FEE, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (Tweede herziening). *Huisarts Wet* 2006;49:137-52.
- Stratton IM, Adler AI, Neil HA, Matthews DR, Manley SE, Cull C, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ* 2000;321:405-12.
- Grossi SG, Genco RJ. Periodontal disease and diabetes mellitus: A two-way relationship. *Ann Periodontol* 1998;3:51-61.
- Simpson TC, Needleman L, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(5):CD004714.
- Al-Mubarak S, Ciano S, Aljada A, Mohanty P, Ross C, Dandona P. Comparative evaluation of adjunctive oral irrigation in diabetics. *J Clin Periodontol* 2002;29:295-300.
- Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 2010;33:421-7.
- Owens JB, Wilder RS, Southerland JH, Buse JB, Malone RM. North Carolina internists' and endocrinologists' knowledge, opinions, and behaviors regarding periodontal disease and diabetes: Need and opportunity for interprofessional education. *J Dent Educ* 2011;75:329-38.
- Al-Habashneh R, Barghout N, Humbert L, Khader Y, Alwaeli H. Diabetes and oral health: Doctors' knowledge, perception and practices. *J Eval Clin Pract* 2010;16:976-80.
- Quijano A, Shah AJ, Schwarcz AI, Lalla E, Ostfeld RJ. Knowledge and orientations of internal medicine trainees toward periodontal disease. *J Periodontol* 2010;81:359-63.
- Lakerveld-Heyl K, Van Ravensberg CD, Wams HWA. Project PACK: Paramedische zorg voor patiënten met diabetes mellitus type 2. Amersfoort: Nederlands Paramedisch Instituut, 2005.
- Sandberg GE, Sundberg HE, Wikblad KF. A controlled study of oral self-care and self-perceived oral health in type 2 diabetic patients. *Acta Odontol Scand* 2001;59:28-33.
- De Grauw WCJ, Van Ballegooie E, Van Bostel J, Gillissen JJ, Houweling ST, Van Roijen GI, et al. NDF Zorgstandaard. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2007. <http://www.diabetesfederatie.nl/ndf-zorgstandaard-2.html>, geraadpleegd februari 2013.
- Boomsma LJ, Corter KJ, Postma R, Van de Laar FA, Verbeek W, Van Ravensberg CD, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Diabetes mellitus type 2. *Huisarts Wet* 2006;49:418-24.

Bacteriële meningitis: niet altijd volgens het boekje

INLEIDING

Elke arts kan de bekende klinische symptomen van een bacteriële meningitis opsommen. In de praktijk verloopt de diagnose van een dergelijke patiënt niet altijd volgens het boekje. De huisarts overweegt de diagnose bacteriële meningitis vaak, maar deze is soms moeilijk te herkennen. Daarbij is de incidentie erg laag. Bacteriële meningitis heeft een jaarlijkse incidentie van 4 tot 6 gevallen per 100.000 volwassenen per jaar.¹ Omgerekend komt een huisarts dit ziektebeeld in zijn of haar werkzame leven 1 tot 2 keer tegen.

BESCHOUWING

Klinisch beeld

Bij volwassenen met een *community acquired acute* bacteriële meningitis is de sensitiviteit van de klassieke trias – koorts, nekstijfheid en verminderd bewustzijn – laag^{2,3} maar bijna alle patiënten (95%) hebben ten minste twee van de vier volgende symptomen: hoofdpijn, koorts, nekstijfheid en verminderd bewustzijn.⁴ Hoofdpijn is een veelvoorkomend symptoom bij koorts. Over het algemeen geldt dat als er bij een patiënt met koorts en hoofdpijn een goede verklaring is voor de koorts, bijvoorbeeld een gewone griep of een andere virale aandoening, men verder geen diagnostiek hoeft te doen om een bacteriële meningitis uit te sluiten. Bij lichamelijk onderzoek kan men meningeale prikkeling ('nekstijfheid') aantonen met de klassieke tests van Brudzinski en Kernig. Het teken van Brudzinski is positief als passieve flexie in de nek bij de liggende patiënt resulteert in een flexie van de heupen en de knieën. Het teken van Kernig is positief als passief heffen van het gestrekte been actief spierverset opwekt. De tekens van Kernig en Brudzinski hebben een lage sensitiviteit (5%) en een hoge specificiteit (95%) voor de diagnose meningitis.⁵ De voorspellende waarde van deze tests is echter afhankelijk van de klinische setting van het diagnostische proces. We beschikken niet over gegevens uit de huisartsenpraktijk.

Samenvatting

Van Boxel I, Knuistingh Neven A. Bacteriële meningitis: niet altijd volgens het boekje. *Huisarts Wet* 2013;56(4):182-3.

Bacteriële meningitis is een zeldzame en vooral ernstige aandoening. Het belang van tijdige herkenning is voor een ieder duidelijk. Deze klinische les illustreert het diagnostische probleem. Het klinisch beeld is niet altijd zoals leerboeken het beschrijven. Een snelle behandeling met antibiotica en dexamethason is soms levensreddend. Gezien het zeldzame voorkomen moet men alert zijn op deze diagnose.

Diagnostiek

De diagnose bacteriële meningitis vindt in de kliniek plaats aan de hand van een positieve liquorpunctie. Vanwege het risico op inklemming door de punctie moet men bij comateuze patiënten altijd een CT-scan verrichten voordat men een liquorpunctie doet. Dit risico is vergroot bij verplaatsing van intracraniele structuren op de CT-scan (focale ruimte innemende laesies, hydrocefalus, diffuse hersenzwelling).⁴

Oorzaken en behandeling

De behandeling bestaat uit antibiotica en ontstekingsremmende medicatie (bijvoorbeeld dexamethason). Vaak is de verwekker niet bekend als men met antibiotica start. De antimicrobiële behandeling richt zich dan tegen de meest voorkomende bacteriën die meningitis veroorzaken in bepaalde leeftijdsgroepen en bij risicofactoren, zoals diabetes mellitus, alcoholisme, immuundeficiëntie, liquorlek of een recent schedeltrauma. Bij personen jonger dan 60 jaar is penicilline (6 x daags 2 miljoen IE) de eerste keus. Bij patiënten ouder dan 60 jaar en bij patiënten met een verhoogd risico geeft men een cefalosporine van de derde generatie (ceftriaxon, 2 dd 2 g of cefotaxim, 6 dd 2 g + amoxicilline, 6 dd 2 g). Aan de hand van de resultaten van de grampreparaten en kweken kan men de antibiotica eventueel aanpassen.^{4,6}



Foto: luchschen/Shutterstock

De kern

- Bacteriële meningitis kan ernstig verlopen; tijdige klinische behandeling is essentieel.
- Het klinisch beeld is lang niet altijd conform de gebruikelijke symptomatologie.
- Bij onduidelijke verschijnselen (bijvoorbeeld somnolent, braken, ziek) dient men alert te zijn op deze diagnose.

Casus

De patiënte is een 51-jarige vrouw met in de voorgeschiedenis een stapedectomie rechts, waarna zij aan dat oor doof is geworden. De avond voor het contact met de huisarts kwam ze met oorpijn thuis van haar werk. Omdat ze zich niet lekker voelde, ging ze vroeg naar bed. Naast de oorpijn had patiënte geen andere klachten. De volgende ochtend vraagt haar vriend een spoedvisite aan bij haar huisarts, omdat ze niet goed wakker is. Bij algemeen lichamelijk onderzoek blijkt ze klinisch ziek. Ze braakt verschillende malen en grijpt naar haar hoofd. Ze zegt niets te kunnen horen en ligt scheef gezakt in haar bed. Het lukt haar niet om te gaan zitten. Ze lijkt hier te zwak voor en heeft een slechte rompbalans. Met hulp lukt het haar wel om te gaan zitten, maar als de ondersteuning wegvalt, zakt ze meteen weer onderuit. De temperatuur is 37,4 °C, de nachtkleding is nat van het zweet, RR 140/80, de hartfrequentie is 76 per minuut, regulair zonder bijgeluiden, en de zuurstofsaturatie aan de vinger is 97%. Pulmonaal is beiderzijds vesiculair ademen te horen. Het abdomen is soepel zonder drukpijn, met normale peristaltiek en wisselende tympanie. Aan het linker oor zijn geen afwijkingen te zien, in het rechter zit cerumen. Op de huid zijn geen afwijkingen te zien. Bij het neurologisch onderzoek is de glasgowcomascore E2M5V, met enkele spontane woorden ('Ik hoor je niet', 'Ik wil slapen'). Patiënte is somnolent en opent haar ogen alleen bij een pijn prikkel. Er is geen sprake van nekstijfheid: de tekenen van Kernig en Brudzinski zijn negatief. De pupillen zijn isocoor en symmetrisch. Bij het onderzoek naar oogvolgbewegingen voert ze de opdrachten niet uit. Ze kijkt bij voorkeur naar links, maar bij pijn prikkels kijkt ze wel naar rechts en er is sprake van een nystagmus met snelle fase naar rechts als ze vooruit en naar links kijkt. Het gezichtsveld is niet te beoordelen. Het gelaat is symmetrisch, ze steekt haar tong niet uit op verzoek. Motorisch zijn er geen aanwijzingen voor

lateralisatie; ze beweegt beide armen. De sensibele en coördinatie zijn niet te beoordelen. De reflexen zijn symmetrisch opwekbaar, de voetzoolreflexen zijn aan beide zijden plantair.

Gezien bovenstaande bevindingen (somnolent, ziek, braken en klam van het zweet) vermoedde de huisarts dat het ging om een neurologische oorzaak, met in de differentiële diagnose meningitis (er is echter geen sprake van koorts of een meningeale prikkeling), CVA (echter geen hypertensie) of delier bij koorts. Na overleg met de dienstdoende neuroloog stuurde de huisarts patiënte in voor een beoordeling naar de SEH.

In het bloed blijken de ontstekingsparameters en glucose verhoogd (BSE 21 mm, CRP 174 mg/l, glucose 11,1 mmol/l, leukocyten $17,4 \times 10^9/l$). De CT-scan van het cerebrum laat geen bloedingen of verse ischemie zien. Wel is er een afwijking aan de rechter gehoorang te zien, die mogelijk wijst op een cholesteatoom. De kno-arts ziet hier echter geen aanwijzingen voor. Na het verwijderen van een cerumenprop constateert hij wel dat het rechter trommelvlies rood is. In het linker oor ziet hij geen afwijkingen. Het ecg is normaal. De liquorpunctie laat een verhoogde liquordruk, verhoogd eiwitgetal en verhoogd aantal cellen zien, wat wijst op een bacteriële meningitis (liquordruk 44 cm H₂O, erythrocyten 384 mm³, granulocyten 19.200 mm³, lymfocyten 384 mm³, monoccyten 384 mm³, glucose 5,36 mmol/l, eiwit 2,14 g/l). Patiënte wordt opgenomen met een bacteriële meningitis op basis van chronische otitis media rechts. Ze krijgt cefuroxim, amoxicilline en dexamethason. De liquorweek laat geen groei zien en de bloedkweken tonen een bètahemolytische streptokok. Na 17 dagen mag ze in goede conditie het ziekenhuis verlaten. In verband met de blijvende gehoorschade beiderzijds krijgt ze een cochleair implantaat. Drie maanden na de plaatsing hoort ze weer 65%.

CONCLUSIE

De hier besproken casus heeft een goede afloop. Omdat de mortaliteit hoog is, is het van groot belang om de diagnose snel te stellen en ook snel met de behandeling te beginnen.^{2,3} Een lage glasgowcomascore en een epileptisch insult zijn risicofactoren voor een slechte uitkomst. De zeldzaamheid van een bacteriële meningitis én het feit dat de aandoening soms moeilijk te herkennen is, vergroten de kans dat men de diagnose niet op tijd stelt, met mogelijk de dood tot gevolg.

De casus laat zien dat het moeilijk is om de diagnose alleen op basis van het klinische beeld te stellen. Omdat het een zieke patiënte betrof, die klam was van het zweet, braakte, naar haar hoofd greep en een verlaagd bewustzijn had, heeft de huisarts haar naar de neuroloog gestuurd onder verdenking van meningitis. In de huisartsenpraktijk zijn huisartsen gewend op hun ervaring en kennis te varen. Aangezien een bacteriële meningitis zeldzaam is, kunnen huisartsen geen ervaring opbouwen met het stellen van deze diagnose louter

op basis van het klinische beeld. Kortom: wees alert op deze diagnose en luister goed naar uw gevoel, vooral als de ervaring ontbreekt. ■

LITERATUUR

- 1 Van de Beek D, De Gans J, Tunkel AR, Wijdicks EFM. Community-acquired bacterial meningitis in adults. *N Engl J Med* 2006;354:44-53.
- 2 Van de Beek D, De Gans J, Spanjaard L, Weisfelt M, Reitsma JB, Vermeulen M. Clinical features and prognostic factors in adults with bacterial meningitis. *N Engl J Med* 2004;351:1849-59.
- 3 Cheng-Hsien Lu, Wen-Neng Chang, Hsueh-Wen Chang. Streptococcal meningitis in adults: therapeutic outcomes and prognostic factors. *Clin Neurol Neurosurg* 2001;103:137-42.
- 4 Heckenberg SG, De Gans J, Brouwer MC, Weisfelt M, Piet JR, Spanjaard L, et al. Clinical features, outcome, and meningococcal genotype in 258 adults with meningococcal meningitis: a prospective cohort study. *Medicine (Baltimore)* 2008;87:185-92.
- 5 Bindels PJE, Vermeulen M (redactie). *Het Neurologie formularium: een praktische leidraad*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010.
- 6 Chaudhuri A, Martinez-Martin P, Kennedy PG, Andrew Seaton R, Portegies P, Bojar M, et al. EFNS guideline on the management of community-acquired bacterial meningitis: report of an EFNS Task Force on acute bacterial meningitis in older children and adults. *Eur J Neurology* 2008;15:649-59.

Abstract

Van Boxel I, Knuistingh Neven A. Bacterial meningitis: presentation not always according to the textbook. *Huisarts Wet* 2013;56(4):182-3.

Everyone is aware of the importance of a timely diagnosis of bacterial meningitis, a rare and very serious disease. This clinical lesson shows that diagnosis may be difficult because the presenting clinical features are not always as described in medical textbooks. Rapid treatment with antibiotics and dexamethasone can sometimes save lives. Given its rarity, healthcare professionals should be alert to the disease.

Communicatie-vaardigheden en de patiëntenmix van aiossen

Op 31 oktober 2012 vonden in Amsterdam twee promoties vlak achter elkaar plaats. Jip de Jong verdedigde als eerste zijn proefschrift *Unlimited exposure. The patient mix of GP trainees and their trainers: gaps, disparities, and active steering*. Judy van Es volgde enkele uren later met haar proefschrift *Tailoring to educational needs*. In een dubbelinterview vertellen zij over (een deel van) hun onderzoeksbevindingen.

Eerst afgestudeerd, daarna promotieonderzoek

Van Es is al twaalf jaar huisarts; De Jong studeerde tien jaar geleden af maar werkt sinds zes jaar alleen nog bij de huisartsopleiding. Hoe kwamen zij erbij nu nog te gaan promoveren?

Van Es: 'Ik wilde behalve het praktiseren als huisarts nog iets anders doen, dus heb ik naast de praktijk altijd bij het AMC gewerkt, waar ik onderwijs

ontwikkelde en docent was. Ik realiseerde me destijds dat als ik meer wilde, ik zou moeten promoveren. En ik wilde mijn onderzoek graag rondom de opleiding doen.'

De Jong: 'Ik wilde graag mijn eigen onderzoek doen, mijn eigen onderzoeksvoorstel schrijven en dat dan verder uitwerken. Ik wilde niet in een groep stappen en meedraaien met andermans onderzoek. Ik had twee passies: het huisartsenvak en computers. Het was mooi die twee te kunnen combineren in dit onderzoek.'

Samen één gewone huisarts

De Jong vergeleek in zijn onderzoek de patiëntenmix die aiossen tijdens hun opleiding te zien krijgen met die van hun huisartsopleiders. 'In feite vormen de aios en de opleider samen één "gewone huisarts" omdat de patiënten over hen beiden worden verdeeld. We vermoedden echter al wel dat er verschillen waren in de patiëntenmix die beiden te zien krijgen, want ander onderzoek had dat al aangetoond. Ook was al bekend dit deels komt door de patiënten zelf, omdat die soms de voorkeur geven aan hun eigen huisarts, zeker als het gaat om ingewikkelder problematiek. Wij hebben onderzocht of ook de praktijkassistenten een rol spelen bij de toewijzing van de patiënten aan aiossen en opleiders, omdat dit een aangrijpingspunt voor verbetering zou kunnen geven.'

Huidziekten en psychosociale problematiek

'Assistenten zeggen dat ze juist heel welbewust een zeer gevarieerd aanbod aan aiossen toewijzen', vervolgt De Jong. 'Maar toen we dit in de HIS'en van de opleiders nagingen, waren er wel degelijk grote verschillen tussen de patiënten die de opleider en de aios te zien krijgen. In een volgend deel van ons onderzoek hebben we dus gekeken of we dit toewijzingsgedrag konden beïnvloeden. Daarbij vroegen we de assistentes in eerste instantie huidaandoeningen actief naar de aios te verwijzen en in tweede instantie moesten ze dit doen bij psychosociale problematiek. De as-

sistenten gaven vervolgens in een vragenlijst aan dat dit goed lukte, maar uit onze dataextracties uit het HIS bleek dat nauwelijks te kloppen. Er was wel enige toename zichtbaar in het aantal naar de aios verwezen huidziekten, maar dat gold niet voor de psychosociale problematiek. De assistente schat dat dus niet helemaal correct in.'

Alles naar de aios

'Een voor de hand liggende verklaring ligt in het gegeven dat de praktijkassistenten meestal vraagt naar de reden waarom een patiënt een afspraak wil maken', meent De Jong. 'Het kan dan zijn dat de patiënt "hoofdpijn" zegt, maar dat er toch sprake is van een depressie. Dan is het dus nog maar de vraag of de sturing plaatsvindt op basis van de triage van de assistente. Je zou dit kunnen oplossen door te stellen dat bijvoorbeeld alle 65-plussers aan de aios moeten worden toegewezen, behalve als de patiënt aangeeft dit absoluut niet te willen. Alleen dan zou je misschien een wat betere match krijgen tussen de patiënten die de opleider en de aios te zien krijgen.'

Helemaal niet erg...

De vraag bij dit alles is natuurlijk hoe erg het is dat de aios niet een 'gewone' patiëntenmix te zien krijgt tijdens zijn opleiding. De Jong: 'Dat is helemaal niet erg, zo blijkt, want we leiden in Nederland al jarenlang fantastische huisartsen op. Het uitstromingsniveau van de opleiding is heel hoog en de huisartsge-neeskunde in Nederland heeft een uitstekende kwaliteit. Maar we gaan naar een toekomst met heel veel chronisch zieken en je kunt je afvragen of de aios daar nu goed op is voorbereid. Zelf denk ik dat dit beslist beter kan. De aios ziet nu slechts een klein aantal chronische ziekten en nog minder maligniteiten. De opleider ziet die veel vaker en het zou goed zijn als ook deze patiënten werden overgedragen aan de aios.'

Andere nadelen

Er zijn nog meer nadelen verbonden aan het gegeven dat aiossen niet de gewone patiëntenmix te zien krijgen



in hun opleidingspraktijk. De Jong: 'De aios krijgt nu te maken met relatief veel kleine kwalen en luchtwegklachten en je kunt je afvragen of dan je leercurve niet afneemt. Maar ook blijken er grote verschillen te zijn in de aantallen patiënten die aiossen tijdens hun opleiding te zien krijgen. In de uiterste assen kreeg de aios die de meeste patiënten zag ruim driemaal meer patiënten te zien dan de aios die de minste patiënten zag. Daar hebben we eigenlijk heel weinig weet van, maar het is natuurlijk wel opmerkelijk. En het betekent dat sommige aiossen misschien niet voldoende zijn voorbereid op de grote *workload* waar ze mee te maken krijgen als ze zelfstandig gaan werken. In die zin is het misschien wel goed dat veel aiossen graag eerst een tijdje gaan waarnemen na de opleiding, dan kunnen ze hieraan wennen.'

Rol van de praktijkondersteuner

Speelt ook de praktijkondersteuner een rol als het gaat om het achterblijven van patiëntencategorieën die de aios te zien krijgt? De Jong: 'Oh ja, zeker! De aios krijgt bijvoorbeeld in het eerste opleidingsjaar nauwelijks diabetespatiënten te zien, en in het derde jaar zijn dat er niet veel meer. Maar ook de opleider krijgt deze patiënten niet meer zo vaak te zien; de praktijkondersteuner zuigt dat allemaal naar zich toe. Vaak wordt tegen de aios gezegd: "Kijk maar een poosje mee met de praktijkondersteuner." Maar die doet het werk van een praktijkondersteuner en dat is iets anders dan de taak van de arts. Die moet weten wat er moet gebeuren als een praktijkondersteuner er niet meer uitkomt. En dat geldt natuurlijk niet alleen bij diabetes, maar ook bij COPD en alle andere aandoeningen die de praktijkondersteuner begeleidt. Dat is dus een wezenlijk probleem.'

Suggesties voor verbetering

Heeft De Jong suggesties voor verbetering van de opleiding van de aiossen? 'Als het erom gaat dat die niet altijd goed zijn voorbereid op de grote *workload* waarmee ze te maken krijgen als ze volwaardig gaan praktiseren, is het mis-

schien beter om al tijdens de opleiding meer periodes in te lassen waarin aiossen zelfstandig moeten werken. Verder lijkt het me goed om het derde opleidingsjaar beter te laten aansluiten bij de praktijk. Volgens mij is daarbij een "aios-volgsysteem" – waarmee je de patiëntenmix regelmatig kunt monitoren – heel belangrijk, zo niet noodzakelijk. Dat geeft aios en opleider namelijk de mogelijkheid om tussentijds de patiëntenmix bij te sturen.'

Communicatievaardigheden op maat

Ook het onderzoek van Judy van Es had betrekking op de huisartsopleiding, maar zij richtte zich vooral op het aspect van de arts-patiëntcommunicatie. 'Bij de docenten die onderwijs op dit gebied geven bestond het gevoel dat een deel van de aiossen al heel snel op het niveau zaten dat ze moesten hebben, terwijl dat voor een andere groep veel lastiger was. Er leken grote verschillen te zijn in de leerbaarheid van deze vaardigheden. In mijn onderzoek heb ik gekeken of dit klopte, maar vooral of er een manier is om dit aan het begin van de opleiding te testen. Dus: voor deze ene aios is niet veel vaardigheidstraining nodig, en voor die andere wel. Dan zou je bijvoorbeeld gedifferentieerd onderwijs kunnen geven op dit gebied, hoewel het laatste woord over het uit elkaar halen van de "goede" en de "minder goede" studenten nog niet gesproken is!'

Goede voorspeller

'Aan het begin van de opleiding hebben we de aiossen – van wie we hun persoonlijke kenmerken als leeftijd en geslacht natuurlijk al kenden – getest op aspecten als reflectievermogen, eerder gevolgd onderwijs in arts-patiëntcommunicatie, interesse voor en kennis over het onderwerp enzovoort', vertelt Van Es. 'Ook beoordeelden we hun vaardigheden in consultvoering met simulatiepatiënten en in consulten die ze na zes weken opleiding in de praktijk deden. Vervolgens keken we bij deze aiossen naar hun consulten aan het einde van het eerste opleidingsjaar

om te bepalen of dit alles tezamen kon voorspellen hoe hun vaardigheden zich na dat jaar hadden ontwikkeld. Hierbij bleken hun reflectievermogen en – wellicht minder verrassend – hun vaardigheden in consultvoering goede voorspellers. Goed kunnen reflecteren is natuurlijk hoe dan ook belangrijk bij het leerproces, maar wij hebben aangetoond dat dit ook zo is bij de arts-patiëntcommunicatie.'

Uitgesplitste vaardigheden

Na het eerste opleidingsjaar zijn er grote verschillen in het niveau van de communicatievaardigheden van de aiossen. Van Es: 'We hebben die vaardigheden in tweeën gesplitst. Enerzijds de patiëntgerichte vaardigheden, waarbij het bijvoorbeeld gaat om empathie, begrip voor de context, het kunnen uitlokken en verwoorden van emoties en het uitdiepen van de hulpvraag. Anderzijds de taakgerichte vaardigheden, zoals structureren, informeren en communiceren over de diagnose. We bekeken of er verschillen waren in groei in deze vaardigheden en of het dus zinvol was om het onderwijs op deze deelgebieden te richten. Dit laatste was echter niet



zo makkelijk aantoonbaar. Wel was er verschil in groei van de patiëntgerichte en de taakgerichte vaardigheden. In empathie zagen we bijvoorbeeld weinig groei, maar dit aspect scoorde meestal al hoog bij de aanvang van de opleiding.’

Verscheidend aanpakken

‘Er is dus een groep die de communicatievaardigheden snel oppikt en daarom meer uitdaging nodig heeft’, vervolgt Van Es. ‘Je zou deze groep deelgebieden kunnen laten uitwerken: gespreksvoering met laaggeletterden, groepsconsulten, communicatie met adolescenten et cetera. Aan de andere kant van het spectrum zitten de mensen die het moeite kost om de vaardigheden bij elkaar te sprokkelen. Bij hen is het misschien goed door de hele huisartsopleiding heen meer begeleiding te bieden en er veel aandacht aan te besteden.’

Feedback en persoonlijk functioneren

In een tweede deel van het onderzoek heeft Van Es gekeken hoe huisartsen konden worden ondersteund bij hun persoonlijke kwaliteitsverbetering als opleider. Dat is nodig, want: ‘Niet altijd is men zich ervan bewust dat huisarts en huisartsopleider twee heel verschillende vakken zijn.’

De opleiders verwerkten de resultaten van feedback van hun aiossen en een ingevulde zelfevaluatielijst in een persoonlijk opleidingsplan (POP). ‘We letten er hierbij op of de aspecten waarop feedback was gegeven ook goed terug te vinden waren in het POP, en of de verbeteringspunten in SMART-termen waren geformuleerd. De huisartsopleiders bleken de meeste feedback die ze hadden gekregen ook goed te gebruiken in hun POP. Dat is dus mooi. Maar omdat ze relatief weinig feedback krijgen op hun persoonlijk functioneren – daar zijn minder vragen over – werd dit ook minder in hun POP opgenomen. Bovendien bleken ze de feedback die ze wél kregen op hun persoonlijk functioneren minder in hun POP te verwerken. Dit aspect zou dus misschien wat uitgebreider in de vragenlijst moeten worden

opgenomen. Maar het persoonlijk functioneren “raakt” natuurlijk ook aan iets wat minder makkelijk in zo’n POP is op te nemen.’

Onderwijs in wetenschap

Zowel Van Es als De Jong hebben zich in hun onderzoek dus gericht op de opleiding tot huisarts. Vinden zij dat de wetenschappelijke kant van het vak voldoende aan bod komt in het onderwijs?

De Jong: ‘De *evidence based medicine*-lijn manifesteert zich de laatste jaren behoorlijk in het onderwijs. Maar er is ook steeds meer aandacht voor de vraag of er in de opleiding zelf wel sprake is van *evidence based education*.’

Van Es: ‘En we willen graag dat ook het toetsen meer *evidence based* gebeurt, gebruikmakend van valide instrumenten. De opleiding wordt ook wel wetenschappelijker door aiossen meer aan onderzoek te laten ruiken en de goede aiossen te verleiden om aiotho te worden.’

De Jong: ‘Als je kijkt naar hoe het in onze opleidingstijd was, is er veel ten goede veranderd. Maar toch blijft wetenschappelijk onderzoek iets wat aiossen vaak zien als “iets wat ook nog bestaat”. Voor veel van hen is het vak iets wat je leert van je opleiders; wetenschappelijk onderzoek is iets voor anderen.’

Leuk maar zwaar

Hoe leuk hebben zij zelf het doen van wetenschappelijk onderzoek gevonden nadat zij hun opleiding al hadden afgerond?

Van Es: ‘Ik vond het heel leuk, maar ook wel erg zwaar om te combineren met het huisartsenvak. Als ik dat destijds als aiotho had kunnen doen, zou dat veel fijner zijn geweest.’

De Jong: ‘Ik moest er erg aan wennen: achter je computer gaan zitten en alles in je eentje bedenken. Maar tegen het einde ging ik het steeds leuker vinden.’

Van Es: ‘Ik hou juist meer van het opzetten en vond dus vooral het begin van het onderzoek het leukst.’

De Jong: ‘Ik hou ook wel van opzetten, maar bij mijn onderzoek was

het in het begin nog niet zeker of het allemaal wel zou lukken... Al die HIS'en met verschillende programma's, ICPC-coderingen, enzovoort. Ik had het gevoel dat ik het onmogelijke mogelijk moest maken. En ik deed een onderwijskundige trial, dat was ook al heel ongebruikelijk. Het had allemaal naar mijn idee een kleine kans van slagen, hoewel mijn promotor en copromotor meer vertrouwen hadden. Maar naarmate het allemaal meer ging lukken, beviel het ook steeds beter.’

Na de promotie

De promotie is inmiddels enkele maanden achter de rug. Hoe ziet hun beider leven er nu uit?

Van Es: ‘Ik ben tweeënhalve dag huisarts en daarnaast tweeënhalve dag verbonden aan het AMC. Daar ben ik coördinator van het registratienetwerk van huisartsen die hun gegevens leveren voor onderzoek. Dat is heel leuk, maar ook erg veel werk. Verder geef ik onderwijs aan medische-informaticastudenten en begeleid ik studenten die onderzoek gaan doen.’

De Jong: ‘Ik probeer een monitoring-systeem op te zetten voor aiossen, ben stagecoördinator van de huisartsopleiding en docent *Evidence based medicine*. En nu mijn onderzoek is afgerond ben ik sinds 1 februari gaan werken bij de NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, omdat ik het heel leuk vind om gedaan onderzoek praktisch te maken. Wel wil ik nog weer verder onderzoek gaan doen, maar dat hoeft niet per se op onderwijskundig vlak. En wie weet ga ik ooit nog weer praktiseren als huisarts!’ ■

Ans Stalenhoef

Minder naar de huisarts bij eigen bijdrage

Voor al kwetsbare groepen onder de zorggebruikers verwachten belemmeringen voor een bezoek aan de huisarts wanneer hiervoor een eigen bijdrage geldt. Dit blijkt uit onderzoek binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg.

EIGEN BIJDRAGE HUISARTS

De vraag hoe de zorgkosten omlaag kunnen, houdt de gemoeinderen bezig. Een idee is het invoeren van eigen bijdragen, onder andere voor een bezoek aan de huisarts. Hierdoor zouden zorggebruikers worden gestimuleerd om af te wege of ze wel of niet naar de huisarts moeten gaan. Dit zou dan leiden tot minder huisartsenbezoek en vermindering van collectieve lasten. Echter, wanneer patiënten door deze eigen bijdrage een huisartsenbezoek te lang uitstellen, kan dit leiden tot duurdere behandelingen, omdat de klachten zijn verergerd. Het NHG en de LHV vinden dat patiënten zonder aarzeling over eventuele financiële consequenties naar de huisarts moeten kunnen gaan. Met name voor kwetsbare groepen kan zo'n eigen bijdrage een probleem vormen, omdat zij vaker bij de huisarts komen. Hoe denken zorggebruikers over een eigen bijdrage voor de huisarts? Ontstaat daardoor een belemmering om naar de huisarts te gaan? En ervaren kwetsbare groepen meer belemmeringen dan andere groepen? Het NIVEL onderzocht dit in oktober 2012 binnen haar Consumentenpanel Gezondheidszorg.

KWETSBARE GROEPEN

De helft (50%) van de zorggebruikers denkt dat er een belemmering ontstaat voor een, in hun ogen noodzakelijk, bezoek aan de huisarts als daarvoor een eigen bijdrage geldt; 43% denkt van niet en 7% weet het niet. Voor zorggebruikers die hun gezondheid als matig/slecht beoordelen, ontstaat vaker een belemmering (65%) dan voor zorggebruikers die hun gezondheid als zeer goed/uitstekend (36%) ervaren. Ook denken zorggebruikers met een lager inkomen (< 1750 euro netto per maand) vaker dat er een belemmering ontstaat dan zorggebruikers met een hoger inkomen (> 2700 euro netto per maand), respectievelijk 59% en 35%. Zorggebruikers met een lager inkomen ervaren hun gezondheid vaker als slecht/matig dan zorggebruikers met hogere inkomens. Maar zowel inkomen als gezondheid zijn van invloed op de te verwachte belemmeringen wanneer beide in één analyse worden meegenomen.

Een bezoek aan de huisarts kost de zorg 9 euro. We hebben daarom gevraagd in hoeverre er een belemmering ontstaat om naar de huisarts te gaan als men hiervoor 9 euro moet betalen tot het verplicht eigen risico van 220 euro (maximum van 2012) is bereikt. Meer dan 3 op de 10 (31%) zorggebruikers geeft aan dat er dan (waarschijnlijk) wel een belemmering ontstaat. Ook hier ontstaat voor zorggebruikers met een lager inkomen en een slechte/matige gezondheid vaker een belemmering dan voor andere zorggebruikers [figuur]. Daarnaast verwachten

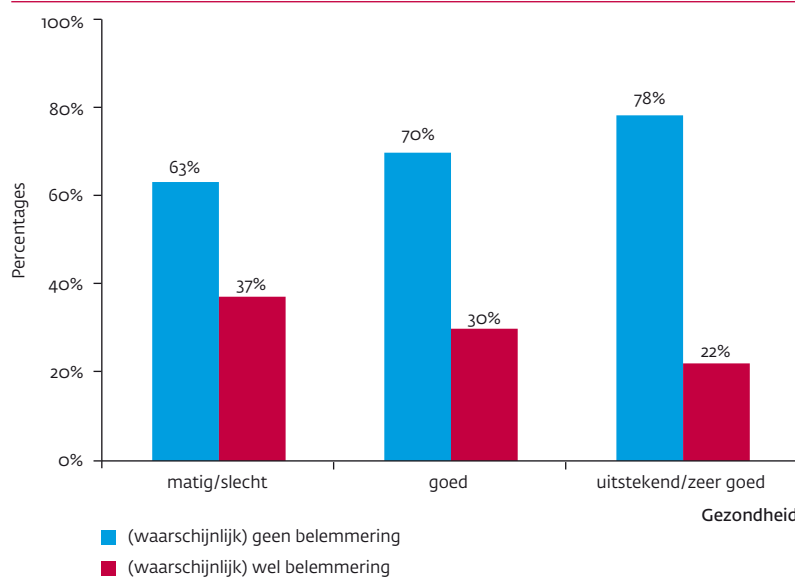
zorggebruikers die zeggen in 2012 minder van zorg gebruik te hebben gemaakt door het verplicht eigen risico vaker (waarschijnlijk) wel een belemmering te zullen ervaren bij een eigen bijdrage dan zorggebruikers die in 2012 niet minder van zorg gebruik hebben gemaakt door het verplicht eigen risico (57% tegenover 26%).

TOT SLOT

Door een eigen bijdrage voor huisartsenbezoek te vragen, ontstaat mogelijk een belemmering om de huisarts te bezoeken, ook wanneer de zorg in de ogen van de zorggebruiker noodzakelijk is. Dit geldt met name voor kwetsbare groepen. Het is belangrijk dat deze bevinding wordt meegenomen in de discussie over het al dan niet invoeren van een eigen bijdrage voor de huisarts. ■

Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een project van het NIVEL en bestaat momenteel uit ongeveer 6000 personen van 18 jaar en ouder. In oktober 2012 ontving een steekproef van 1500 panelleden een vragenlijst over onder andere eigen betalingen in de zorg. De samenstelling van deze steekproef was representatief voor de algemene bevolking in Nederland naar geslacht en leeftijd. De respons bij de vragenlijst was 57% (n = 854). De samenstelling van de groep respondenten was niet helemaal representatief voor de samenstelling van de algemene bevolking in Nederland naar leeftijd en geslacht. Wanneer er uitspraken worden gedaan over de algemene bevolking, is dan ook een weging toegepast om hiervoor te corrigeren. Voor meer informatie kunt u terecht op www.nivel.nl/consumentenpanel of mailen naar consumentenpanel@nivel.nl.

Figuur Percentage zorggebruikers met een matige/slechte gezondheid, een goede gezondheid en een uitstekende/zeer goede gezondheid dat aangeeft in hoeverre er een belemmering voor hen ontstaat om naar de huisarts te gaan als zij 9 euro moeten betalen per bezoek tot het verplicht eigen risico van 220 euro is bereikt





Oligofarmacie

‘Dokter, ik ben het zat. Ik heb een tas vol pillen en ik heb geen idee waar ze allemaal voor zijn.’

Zo af en toe komt een patiënt in opstand en vraagt naar de reden van al zijn medicijnen. Naar mijn idee gebeurt dit veel te weinig. Met name ouderen lijken zich erbij neergelegd te hebben het overzicht over hun medicatie te zijn kwijtgeraakt. Ze nemen ‘s ochtends, ‘s middags, ‘s avonds en ‘zo nodig’ braaf hun tabletjes. Dit verhoogt immers de kwaliteit van leven omdat allerlei ouderdomskwalen voorkomen zouden worden. Maar is het niet zo dat het innemen van zulke hoeveelheden medicatie de kwaliteit van leven juist enorm vermindert?

Een dementerende patiënte bij wie ik regelmatig kwam, had eens per ongeluk haar medicatie van vier dagen in één keer ingenomen en belandde hierdoor op de spoedeisende hulp met auto-intoxicatie. Ik was erg geschrokken dat een verviervoudiging van haar normale medicatie al een overdosering betekende.

Medicijninname luistert dus erg nauw en is bij oudere patiënten een dagtaak. Vooral bij de tabletten moeten ze goed opletten. De roze ‘s ochtends bij de boterham. De grote witte één keer per week een half uur voor het eten met een groot glas water. Van de kleine witte dagelijks het aantal dat

op het lijstje van de trombosedienst staat. De ene direct doorslikken. De andere laten smelten op de tong. De spray ónder de tong. Oh ja, en hierbij niet te veel thee en absoluut geen grapefruitsap drinken!

Hierbij komt dat wie medicijnen gebruikt daarvoor gecontroleerd moet worden. Ook een levensvullende bezigheid (‘zeg de dagbesteding maar af’). Eerst bloedprikken. Het blauwe labformulier voor de cardioloog, de gele voor de huisdokter en de witte voor de trombosedienst. Toch? Dan willen alle voorschrijvers dat je op controle komt. Als je weinig mobiel bent en je rijbewijs is ingenomen, is dat een behoorlijke onderneming. Kinderen moeten worden opgetrommeld en zijn gedwongen oma’s versgezette koffie te verruilen voor een lauw bakje uit de automaat in de wachtkamer van oma’s huisdokter. Om vervolgens een kleine medicatiewijziging te krijgen die weer bij de apotheek moet worden afgehaald. Na eerst, niet te vergeten, daar lang te wachten omdat de apothekersassistente de verschillende ‘plings’ van contra-indicaties en interacties van het apothekerssysteem moet wegglikken. Na zo’n drukke dag moet je wel weer zorgen op tijd thuis te zijn, want de avondmedicatie ligt alweer klaar.

En dan hebben we het niet eens gehad over de bijwerkingen. Het lijkt soms kiezen tussen de lasten van de kwaal en de bijwerkingen van de medicijnen. ‘Als we u van uw gewrichtspijn willen afhelpen, kunt u er wel maagpijn voor in de plaats krijgen’. ‘U moet echt meer bewegen, laat u vooral niet tegenhouden door de spierpijn die u krijgt door de cholesterolverlager’. ‘Hiermee kunt u weer goed uitplassen maar pas op dat u onderweg naar het toilet niet duizelig wordt en valt’.

Ik ben benieuwd wat er gebeurt als we medicatie bij ouderen zouden afschaffen. We zouden hoogstwaarschijnlijk minder oud worden, maar daar mogelijk veel vrijheid en levenskwaliteit voor terugkrijgen.

Mijn eigen opa is hierin het beste voorbeeld. Hij vond het leven een stuk minder leuk toen zijn conditie achteruitging. Hij wilde zijn billen niet door de thuiszorg laten wassen. Was te ijdel om achter een rollator te lopen. Hij verlangde dat zijn 90-jarige vrouw nog dagelijks kookte omdat hij het gesmak in de eetzaal niet kon aanzien.

Het was dezelfde opa die de meeste pillen weigerde. Met zijn zwakke hart en lichte suikerziekte wilde zijn huisarts hem maar al te graag ‘cardiovasculair managen’. Opa reageerde echter overgevoelig op veel medicijnen en nam op eigen initiatief slechts één hoognodig tabletje. Toen hij lichamelijk achteruitging accepteerde hij dit. Hij wilde geen levensverlengende reddingsacties met talloze pillen en ziekenhuisbezoekjes.

Hij overleed op 93-jarige leeftijd. Ik zie hem als een man die een mooi leven heeft gehad met op zijn oude dag nog veel vrijheid. Ik denk mede omdat hij weigerde een doktersloper te zijn. Er is alleen een hoge dosis lef voor nodig om als patiënt medicijnen te weigeren. Ik vind het als huisarts ook vooral mijn taak om het medicatiegebruik bij ouderen te bewaken. Momenteel gaat er veel aandacht uit naar de zin van oneindig behandelen. Ik denk dat de huisarts de aangewezen persoon is om een kritische afweging te maken tussen de voor- en nadelen van medicijnen in combinatie met de wensen en ideeën van de patiënt. Ik streef ernaar de patiënt ten minste een keuze te bieden in wat hij slikt. Pillen kunnen tijd aan je leven toevoegen, ze kunnen echter ook de je nog gegeven tijd behoorlijk verspillen. ■

Sophie van der Voort



Sophie van der Voort is tweedejaars aios.



KENNISTOETS: VRAGEN

Mevrouw Van Limpt, 24 jaar, is drie weken geleden bevallen van haar eerste kind. Alles gaat goed. Ze geeft borstvoeding en wil dat het liefst een halfjaar blijven doen. Zij komt nu bij de huisarts, omdat ze weer wil beginnen met anticonceptie. Ze wil graag informatie over de Nuvaring (ethinylestradiol/etonogestrel). De huisarts vertelt haar dat (1) de Nuvaring een progestageen afgeeft dat overeenkomt met de progestagenen uit de derde generatie orale anticonceptiva (OAC) en dat (2) het gebruik van de ring een ringvrije periode kent van zeven dagen (overeenkomstig de stopweek bij OAC). Hij vertelt haar verder dat (3) de ring met borstvoeding gecombineerd mag worden.

1. Bewering 1 is correct.

2. Bewering 2 is correct.

3. Bewering 3 is correct.

Jan, 4 jaar, komt met zijn vader op het spreekuur omdat er sinds twee dagen vuil uit zijn linkeroor komt. Jan heeft geen koorts. Zijn vader vertelt dat Jan de afgelopen week verkouden is geweest en pijn aan zijn linkeroor had. Bij onderzoek ziet de huisarts geel-witte afscheiding in de linker gehoorgang, de gehoorgang is niet rood. De huisarts stelt de diagnose loopoor bij otitis media acuta. Omdat Jan niet ziek is en geen pijn meer heeft, stelt de huisarts voor om geen behandeling te starten. Hij adviseert om na (1) twee weken terug te komen ter controle van het oor.

4. Deze termijn (1) is correct.

Na een week blijkt dat Jan nog steeds een loopoor heeft. Jan heeft geen koorts of pijn gehad. De huisarts schrijft nu antibiotische oordruppels voor.

5. Antibiotische druppels zijn nu geïndiceerd.

Mevrouw Heitinga, 44 jaar, heeft de ziekte van Crohn. Zij bezoekt de aios met sinds acht weken bestaande klachten van symmetrische, pijnlijke zwellingen aan de PIP-gewrichten van beide handen. Anamnestic heeft zij een duidelijke ochtendstijfheid. Het duurt zeker een uur voordat ze goed op gang is. De aios denkt aan reumatoïde artritis. In een leergesprek over deze casus geeft de opleider aan dat haar klachten daarvoor nog te kort duren.

6. De opleider heeft gelijk.

Ook zegt de opleider dat de locatie van de klachten niet typisch is voor reumatoïde artritis, omdat dit artritis geeft aan de DIP-gewrichten.

7. Dit is correct.

De opleider vult aan dat gewrichtsklachten bekende manifestaties zijn van de ziekte van Crohn.

8. Dit is correct.

De heer Dijkgraaf, 83 jaar, wordt zondagnacht 14 september rond 02.00 uur door medewerkers van de thuiszorg dood aangetroffen in zijn aanleunwoning. Zij zagen licht branden. Hij is door de thuiszorg rond 18.30 uur voor het laatst levend gezien. De dienstdoende huisarts gaat direct schouwen. Zij treft de heer Dijkgraaf dood aan, liggend in zijn bed. De huisarts onderzoekt de heer Dijkgraaf. Zij vindt (1) volledige lijkstijfheid en (2) duidelijke lijkvlekken. De huisarts twijfelt of de heer Dijkgraaf is overleden op 13 of op 14 september. Voor 14 september pleit:

9. - de bevinding na 1;

10. - de bevinding na 2.

De antwoorden staan op pagina 196.

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

Wie mooi bruin wil zijn... krijgt kanker?

INLEIDING

Huidkankers worden vaak onderverdeeld in melanomen en niet-melanomen (zoals basaal- en plaveiselcelcarcinomen). De niet-melanomen zijn de meest voorkomende huidkankers, ongeveer 30% van alle blanken krijgt ermee te maken. Ondanks de hoge incidentie hebben deze kankers weinig effect op mortaliteit, we gaan er niet dood aan, maar het kost de maatschappij wel veel geld. Daarnaast kan de behandeling van bijvoorbeeld basaalcelcarcinoom cosmetische sporen nalaten. Uv-straling van zonnebanken is regelmatig onderzocht als risicofactor voor huidkanker en was de aanleiding voor deze review.¹ Dit onderzoek geeft een overzicht van de effecten van zonnebanken op het ontstaan van niet-melanomen.

ONDERZOEK

Design De onderzoekers voerden een systematisch literatuuronderzoek en een meta-analyse uit. Ze zochten in PubMed, Embase en Web of Science en includeerden artikelen die werden gepubliceerd vanaf 1970 tot maart 2012. Ze gebruikten alleen Engelstalige artikelen die een effectmaat bevatten van het gebruik van zonnebanken en het risico op basaalcelcarcinomen of plaveiselcelcarcinomen van de huid.

Methode De auteurs onderzochten het risico op basaalcelcarcinoom of plaveiselcelcarcinoom bij mensen die ooit gebruik hebben gemaakt van de zonnebank. Daarnaast voerden zij subgroepenanalyses uit naar een dosisrespons effect en naar het effect van blootstelling op een jonge leeftijd (< 25 jaar).

Resultaten De auteurs includeerden 12 artikelen in de meta-analyse. De funnelplot was symmetrisch zodat publicatiebias niet waarschijnlijk was. Er waren 80.661 deelnemers in deze onderzoeken en 9328 mensen met een basaal- of plaveiselcelcarcinoom. De observationele onderzoeken waren vaak retrospectief of met een patiëntcontroleopzet. Het grootste onderzoek betrof een prospectief cohort (Nurses Health Study) waarin bijna 6000 van 73.494 verpleegkundigen deze vormen van huidkanker kregen.

Het samengestelde relatieve risico van 10 onderzoeken op respectievelijk een basaalcelcarcinoom en een plaveiselcelcarcinoom door zonnebankgebruik was 1,29 (95%-BI 1,08-1,53) en 1,67 (95%-BI 1,29-2,17). Voor de dosisresponsanalyse werden 4 onderzoeken gebruikt die alle een andere definitie gebruikten voor een hoge respons (van 4 exposities per jaar tot regelmatig gebruik gedurende het hele leven), dit gaf een risico van 1,50 (95%-BI 0,81-2,77). Drie onderzoeken werden gebruikt voor de analyse naar blootstelling op jonge leeftijd (onder de 16 jaar, onder de 20 jaar en onder de *highschoolleeftijd*), de risico's waren 1,40 (95%-BI 1,29-1,52) voor basaalcelcarcinoom en 2,02

(95%-BI 0,70-1,52) voor plaveiselcelcarcinoom. Ook berekenden de auteurs het attributief risico voor een populatie (PAR); dit geeft aan hoeveel extra kans op deze huidkankers bestaat door blootstelling aan zonnebanken. Voor de Verenigde Staten zijn deze cijfers voor basaalcelcarcinoom 3,7% en voor plaveiselcelcarcinoom 8,2%.

Beschouwing De auteurs concluderen dat bij mensen die ooit gebruikmaakten van een zonnebank het risico op plaveiselcelcarcinoom van de huid met 67% is verhoogd en dat het risico op basaalcelcarcinoom met 29% is verhoogd. In de Verenigde Staten zouden van de 3,5 miljoen mensen die jaarlijks deze huidkankers krijgen zo'n 170.652 (5%) mensen de aandoening krijgen door de zonnebank.

INTERPRETATIE

Het artikel gaat niet in op de bias die mogelijk is ontstaan doordat mensen ook via de echte zon worden blootgesteld aan uv-straling. In ongeveer de helft van de oorspronkelijke onderzoeken is een poging gedaan om te corrigeren voor dit effect. De schattingen van de prospectieve onderzoeken die hiervoor corrigeren verschillen niet veel van de retrospectieve onderzoeken zodat het waarschijnlijk is dat er een verband bestaat tussen zonnebankgebruik en huidkanker. Voorlopig is dit het best beschikbare bewijs.

In hetzelfde jaar verscheen ook een meta-analyse van het gebruik van zonnebanken en het ontstaan van een melanoom, ook deze auteurs concluderen een toename van melanomen bij zonnebankgebruik.²

De zonnebankindustrie werft mensen met slogans dat gedoseerd zonnen gezond is en belangrijk voor voldoende vitamine D ter preventie van allerlei vormen van kanker. Voorlopig is alleen bewezen dat vitamine D goed is voor je botten en ontbreekt voldoende bewijs dat het kanker voorkomt. Hoewel de zonnebanken inmiddels zijn verbeterd, zou de industrie meer mogen waarschuwen dat gebruik van een zonnebank tot op heden heeft geleid tot een hogere incidentie van huidkankers. Of de huidige generatie zonnebanken minder risico geven op huidkanker is (nog) niet bekend.

In Nederland is in tegenstelling tot veel (Europese) landen geen verbod op het gebruik van zonnebanken bij jongeren onder de 18 jaar. Je kunt je afvragen of een accijns op zonnebankgebruik zinvol zou zijn. De bedoeling van een dergelijke heffing is gebruik te ontmoedigen en de staat extra geld te verschaffen onder het mom 'de gebruiker betaalt alvast de zorgkosten van de toekomst'. ■

LITERATUUR

- 1 Wehner MR, Shiv ML, Chren MM, Han J, Qureshi AA, Linos E. Indoor tanning and non-melanoma skin cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e5909.
- 2 Boniol M, Autier P, Boyle P, Gandini S. Cutaneous melanoma attributable to sunbed use: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012;345:e4757.

Werkstress verhoogt de kans op hartinfarct

INLEIDING

Diverse onderzoeken laten zien dat werkgerelateerde stress een aanzienlijke invloed heeft op het ontstaan van coronaire hartziekten. Toch blijft werkstress een moeilijk te onderzoeken determinant, mede omdat vele andere factoren een negatieve invloed op stress kunnen hebben. Tegenwoordig wordt werkstress gedefinieerd als een hoge werkdruk in combinatie met weinig eigen controlemechanismen op het werk, zoals keuzevrijheid en groeimogelijkheden. Hoge werkeisen en weinig beslissingsbevoegdheid dragen ook bij aan deze vorm van stress. Het grootste probleem van onderzoek naar werkstress is het fenomeen van omgekeerde causaliteit. De aanwezigheid van hartklachten op zichzelf zou namelijk juist tot meer stress kunnen leiden in plaats van andersom. De onderzoeksvraag betrof de relatie tussen werkstress en het ontstaan van hartinfarcten.

ONDERZOEK

Design In deze meta-analyse werd data gebruikt van 13 onafhankelijke cohortonderzoeken die in de periode tussen 1985 en 2006 hadden plaatsgevonden.¹ Deze onderzoeken waren alle in West-Europa en Scandinavië uitgevoerd, waarbij in totaal 203.816 patiënten werden geïncludeerd. Met gevalideerde vragenlijsten werd de mate van stress op het werk gemeten, waaronder werkeisen, werkbelasting en stuurmogelijkheden. Zowel alle fatale als niet-fatale hartinfarcten werden geregistreerd als uitkomstmaat.

Methode Aan de hand van de vragenlijsten maakten de auteurs een werkstressmodel dat uiteindelijk bestond uit twee groepen werkende patiënten: een groep met hoge werkstress versus een groep met weinig tot geen werkstress. Zij analyseerden de werkstress op een hartinfarct met het proportionale hazards-model. Zij corrigeerden voor alle andere risicofactoren die een potentiële invloed zouden kunnen hebben op een hartinfarct. Vervolgens hebben ze extra analyses uitgevoerd teneinde de bias van omgekeerde causaliteit (hartklachten versus werkstress) te verminderen. Bij deze analyses werden de hartinfarcten die plaatsvonden in de eerste drie en vijf jaar na de start van het onderzoek uitgesloten.

Resultaten Uit het onderzoek bleek dat door 30.214 patiënten (15%) van de onderzoeksgroep stress op het werk werd gerapporteerd en dat er in totaal 2358 keer een hartinfarct plaatsvond. Het attributief risico van werkstress voor de gehele onderzoeksgroep bleek 3,4 % (95%-BI 1,5-5,4). Na correctie voor leeftijd en geslacht bleek de hazardratio (HR) voor het krijgen van een hartinfarct 1,23 (95%-BI 1,10-1,37) voor de werkstressgroep. Nog hoger bleek de HR bij exclusie van de gevallen van hartinfarcten die in de eerste drie jaar plaatsvonden (HR 1,31; 95%-BI 1,15-1,48) en na vijf jaar na de start van de follow-upperiode (HR 1,30; 95%-BI 1,13-1,50). Verdere correctie voor de bekende risicofactoren voor hart- en vaatziekten veranderde

het risico van werkstress op coronaire hartziekten niet substantieel.

Conclusie Op basis van data uit eerdere cohortonderzoeken concluderen de auteurs dat stress op het werk een significant verhoogd risico geeft op de incidentie van hartinfarcten. Dit risico is zelfs nog hoger als voor causale bias tussen stress en hartinfarcten werd gecorrigeerd. De auteurs tekenen hierbij wel aan dat dit effect een bescheiden plaats inneemt ten opzichte van de andere risicofactoren voor het krijgen van een ischemische hartziekte, zoals roken en overgewicht.

INTERPRETATIE

Aan de jarenlange controverse rondom het effect van werkstress is met deze groots opgezette en methodologisch sterk uitgevoerde meta-analyse een eind gekomen: stress op het werk is niet goed voor het hart. De exclusie van hartinfarcten die in de eerste jaren plaatsvonden versterkte dit effect en minimaliseerde de bias van omgekeerde causaliteit. Toch blijft werkstress als risicofactor op zichzelf maar een magere rol spelen in het krijgen van een hartinfarct: het risico van abdominale obesitas, roken en lichamelijke inactiviteit is vele malen hoger. Omdat de auteurs gebruikmaakten van niet-gerandomiseerde observationele data kon helaas geen conclusie worden getrokken over het direct causale verband tussen werkstress en hartinfarcten.

De vorig jaar herziene NHC-Standaard Cardiovasculair risicomanagement stelt dat werkgerelateerde stressfactoren het risico op hart- en vaatziekten verhogen. Deze meta-analyse geeft verdere onderbouwing van deze stelling, preventie van werkstress zou het risico op een hartinfarct dan ook kunnen verlagen. Het lijkt mij dat er voor zowel de bedrijfsarts als de overheid een taak is weggelegd om deze vorm van psychosociale stress te verminderen. Daarnaast dient de patiënt alert te zijn op de mate van werkbelasting. Werkgevers moet zich bewust zijn dat hoge werkstress gezondheidsrisico's (zoals een hartinfarct) met zich meebrengt en dat een proactief beleid leidt tot minder ziekteverzuim. ■

LITERATUUR

- 1 Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkilä K, Alfredsson L, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 2012;380:1491-7.



Tandartsbezoek: antistolling staken?

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

Vraagstelling ‘Dokter, ik heb een afspraak bij de tandarts voor een kleine ingreep, moet ik mijn bloedverduunners tijdelijk staken?’ Hiervoor is in Nederland geen bestaande richtlijn, terwijl 1 op de 45 patiënten een coumarinederivaat gebruikt (CD) bij diepveneuze trombose, longembolie of atriumfibrilleren. Daarnaast gebruikt 1 op de 15 patiënten acetylsalicylzuur (ASA), vaak als secundaire preventie na een myocardinfarct, CVA, TIA of bij stabiele angina pectoris.¹ Onze onderzoeksvraag luidt: treden na een tandheelkundige ingreep bij patiënten die CD of ASA blijven gebruiken meer bloedingen op dan na tijdelijk staken?

Zoekstructuur In PubMed zochten we voor CD met de termen ‘Oral surgery procedure(MeSH) OR dental surgery AND anticoagulants(MeSH)’. Voor ASA: ‘Platelet aggregation inhibitors(MeSH) OR aspirin(MeSH) OR salicylic acids(MeSH) AND oral operative procedure(MeSH)’. Toegepaste limits: English/Dutch, humans, clinical trial, Randomized Clinical Trial (RCT), review, meta-analyse, practice guideline, publication date last 10 years.

Resultaten Voor CD vonden we zes bruikbare artikelen waarvan twee systematische literatuuronderzoeken relevant waren voor onze onderzoeksvraag: Nematullah et al² en Madrid et al.³ VoorASA kwamen wij op twee relevante RCT’s waarvan Medeiros et al⁴ vanwege de controlegroep het best past bij de onderzoeksvraag.

Nematullah et al beschrijven het bloedingsrisico bij een tandheelkundige ingreep bij patiënten met CD in therapeutische dosering (INR 1,8-3,4) en patiënten na staken van hun CD. Zij includeerden vijf RCT’s met in totaal 553 patiënten. De kans op een met lokale hemostase te couperen bloeding was bij het staken van CD 9% versus 5,5% bij het continueren van de CD. Dit was niet significant lager (RR = 0,71; 95%-BI 0,39-1,28; p = 0,65 (volgens abstract)).

Madrid et al. onderzochten de risico’s op bloeding of trombotisch incident bij patiënten die op CD zijn ingesteld en een tandheelkundige behandeling kregen. Zij gebruikten hiervoor twee RCT’s en zes Controlled Clinical Trials (CCT’s) met in totaal 925 patiënten. Vanwege de heterogeniteit is een beschrijvende analyse gemaakt en zijn de data niet gepoold. In alle trials was er bij een kleine groep patiënten sprake van

bloedingen, te verhelpen met lokale hemostase. Er werd geen statistisch significant verschil gevonden tussen patiënten die hun CD stakten of continueerden.

Medeiros et al. onderzochten in een RCT bij 63 patiënten het verschil in bloedverlies bij een tandextractie tussen degenen die de ASA wel (S) of niet gestaakt (NS) hadden. Bij de analyse hielden ze een p-waarde van 5% aan. Ze gebruikten de student t-test om het bloedverlies tussen de 2 de groepen S en NS te beoordelen. Absoluut gezien was er meer bloedverlies in de NS-groep dan in de S-groep, maar niet significant met t-test (p = 0,15).

Bespreking Nematullah et al. hebben de methodologische kwaliteit van de gebruikte RCT’s op een juiste manier beoordeeld. De kwaliteit was matig omdat het onderzoek niet duidelijk dubbelblind is, maar omdat patiënten weinig invloed hebben op de uitkomstmaat is er geen reden de resultaten te verwerpen. Madrid et al. hebben de kwaliteit van de gebruikte RCT’s en CCT’s niet beoordeeld, een systemisch literatuuroverzicht met een matige methodologische kwaliteit dus. De vergelijkbaarheid van de verschillende onderzoeken zijn wel goed beschreven en de uitkomsten hiervan zijn bruikbaar. De RCT van Medeiros et al. is van goede methodologische kwaliteit, ondanks dat deze niet dubbelblind is uitgevoerd.

Conclusie Het gebruik van ASA of goed ingestelde CD (INR 2-3,5) tijdens een tandheelkundige ingreep geeft geen verhoogd risico op een klinisch relevante bloeding. Dit is in samenspraak met de Britse richtlijn voor tandartsen uit 2007 (Perry et al⁵).

Betekenis De patiënt hoeft het gebruik van ASA of CD niet te staken voor een ingreep door de tandarts, mits er een goede INR is. Opname van deze conclusie in een richtlijn wordt aangeraden gezien het wijdverbreid gebruik van deze middelen. Door het uitbreiden van de mogelijkheid om thuis zelf de INR te bepalen, wordt de patiënt zelfstandiger. ■

LITERATUUR

- 1 Farmacotherapeutisch kompas. www.fk.cvz.nl.
- 2 Nematullah A, Alabousi A, Blanas N, Douketis JD, Sutherland SE. Dental surgery for patients on anticoagulant therapy with warfarin: a systematic review and meta-analysis. *J Can Dent Assoc* 2009;75:41.
- 3 Madrid C, Santz M. What influence do anticoagulants have on oral implant therapy? A systematic review. *Clin Oral Implants Res* 2009;20 Suppl 4:96-106.
- 4 Medeiros FB, De Andrade ACP, Angelis GAM, Conrado VCLS, Timerman L, Farsky P, et al. Bleeding evaluation during single tooth extraction in patients with coronary artery disease and acetylsalicylic acid therapy suspension: a prospective, double blinded, and randomized study. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69:2949-55.
- 5 Perry DJ, Nokes TJC, Heliwell PS. Guidelines for the management of patients on oral anticoagulants requiring dental surgery. *Br Dent J* 2007;203:389-93.

Beste tijdstip inname antihypertensivum onduidelijk

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

Context De werkingsduur van antihypertensiva dekt vaak niet de gehele tijdspanne tot de volgende dosis. Meestal worden antihypertensiva in de ochtend genomen. Juist in de uren na het ontwaken komen relatief vaker myocardinfarcten en CVA's voor. Een mogelijke verklaring zou de fysiologische, snelle stijging van de bloeddruk in de ochtend – de zogenoemde 'morning surge' – kunnen zijn. Het beïnvloeden van deze morning surge leidt wellicht tot minder cardiovasculaire morbiditeit. Een in de avond genomen antihypertensivum zal de bloeddruk optimaal verlagen tijdens de periode van de morning surge, maar het is niet duidelijk of dit inderdaad leidt tot reductie van cardiovasculaire morbiditeit ten opzichte van inname in de ochtend.

Klinische vraag Is er verschil in totale mortaliteit, cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit, bijwerkingen en bloeddrukreductie tussen een eenmaal daags gedoseerd antihypertensivum ingenomen in de avond ten opzichte van ingenomen in de ochtend?

Conclusie auteurs Geen van de geïncludeerde onderzoeken rapporteerden over mortaliteit of cardiovasculaire comorbiditeit. De in de ochtend gemeten bloeddruk was niet significant lager bij avonddosering ten opzichte van ochtenddosering (systolische bloeddruk (SBD) -1,6 mmHg; 95%-BI -4,2-1,0). Het gemiddelde van een 24-uurs bloeddrukmeting was met -1,7 mmHg SBD (95%-BI -2,8 - -0,7) wel significant lager.

Het onderzoek omvatte 21 onderzoeken met in totaal 1993 patiënten.¹

Beperkingen Helaas zijn er geen onderzoeken bekend die de relevantste uitkomstmaten bestudeerden, de helft van de geïncludeerde onderzoeken stamt uit dezelfde onderzoeksgroep, de heterogeniteit van de onderzoeken was groot. De auteurs geven aan dat mogelijk sprake is van publicatiebias maar goede onderbouwing ontbreekt.

COMMENTAAR

Was deze hele Cochrane-exercitie nu echt nodig? De auteurs hadden vrij snel in de smiezen kunnen hebben dat de uitkomst waar het nu juist om ging (nog) niet was bestudeerd. En dan te bedenken dat de auteurs maar liefst 8 jaar(!) de tijd hebben genomen om hun review te voltooien. De oorspronkelijke aanleiding voor de onderzoeksvraag is echter wel degelijk interessant. Het prikkelt de geest om zoiets vanzelfsprekends als de patiënt de pillen in de ochtend te laten nemen eens met een frisse blik te bekijken. Is deze gewoonte wel een goede?

Helaas tonen de auteurs geen overdaad aan diepgang bij het onderbouwen van hun onderzoeksvraag en bij het interpreteren van hun resultaten. In tegenstelling tot wat zij beweren, is de huidige opinie over het belang van de morning surge verdeeld. Er zijn onderzoeken die laten zien dat dit inderdaad een onafhankelijke risicofactor voor het krijgen van een hart- of vaatziekte is, maar ook onderzoeken die het tegendeel aantonen. Verschillen in definitie van morning surge (consensus ontbreekt), verschillen in populatie (wel of niet hypertensief, met of zonder medicatie, eerste lijn of ziekenhuis, jong of oud) maken vergelijken lastig. Het ontbreken van een goede pathofysiologische verklaring voor de nadelige gevolgen van een morning surge maken het pleidooi van de auteurs voor de relevantie van hun vraag er niet beter op.

Een (in omvang relevante) morning surge is vooral aanwezig bij mensen die in de nacht een bloeddrukdaling doormaken (de zogenaamde 'dippers'). Onderzoeken naar de relevantie van de nachtelijke bloeddruk en het al dan niet dippen van de bloeddruk in de nacht laten zien dat de prognose van mensen die *niet* dippen – en dus geen of een kleine morning surge hebben – slechter is dan van mensen van wie de bloeddruk 's nachts goed daalt. Deze resultaten zijn moeilijk verenigbaar met de idee dat morning surge juist een risicofactor is.

Moet u ondanks bovenstaande nu toch de pillen in de avond laten innemen? Hoewel het effect van medicatie op de morning surge niet wordt beschreven, vinden de auteurs wel dat de 24-uurs bloeddruk bijna 2 mmHg lager is bij avonddosering. Zij geven geen verklaring voor hun (toevals?) bevinding, en die heb ik ook niet.

De reviewers concluderen uiteindelijk dat er onvoldoende bewijs is om avonddosering te adviseren. Ik geef ze daarin geen ongelijk als het gaat om de relevantie van het beïnvloeden van de morning surge. Echter, de bijna 2 mmHg lagere 24-uurs bloeddruk bij avonddosering kan op zichzelf ook de moeite van een avondvoorschrift waard zijn. Het lijkt niet veel, maar op populatieniveau heeft het een behoorlijke impact. Mocht het zo zijn dat de therapietrouw van de gangbare antihypertensiva niet wordt beïnvloedt door het tijdstip van inname dan mogen we van mij een nieuwe gewoonte aanleren. ■

LITERATUUR

- 1 Zhao P, Xu P, Wan C, Wang Z. Evening versus morning dosing regimen drug therapy for hypertension. Cochrane Database Syst Rev 2011, Issue 10. Art no: CD004184.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. M. van der Wel, huisarts en gezondheidswetenschapper • Correspondentie: m.vanderwel@elg.umcn.nl

Het vertraagde slaapfasesyndroom

Het vertraagde slaapfasesyndroom ('delayed sleep phase disorder'/DSPD) is een aandoening waarbij de slaap normaal van kwaliteit en duur is, maar naar een later tijdstip is verschoven. Daarom hebben patiënten moeite om op het gewenste tijdstip in te slapen en 's ochtends op het gewenste tijdstip te ontwaken. Dat dit problemen kan geven in het onderwijs of in een werksituatie is evident. DSPD komt voor bij 7% van de adolescenten, terwijl de prevalentie op middelbare leeftijd 0,7% is.¹ Gebleken is dat 90% van de DSPD-patiënten de eerste klachten reeds hadden als kind en in de pubertijd.

De etiologie kan genetisch worden verklaard door polymorfisme van het PER3-gen, maar ook door gedragsmatige verschuiving van het slaap-waakritme en daarmee het melatonineritme. Het is in ieder geval duidelijk dat de slaapfase naar achter is verschoven [figuur].

Het 24-uurs melatonineritme speelt een cruciale rol bij deze aandoening. Dit hormoon wordt door de epifyse (pijnpelklier) afgescheiden en synchroniseert het slaap-waakritme. Bij DSPD komt de melatonineproductie laat op gang en wordt de basiswaarde later bereikt dan bij gezonde slapers.² Het meten van het tijdstip waarop de melatonineproductie op gang komt (de 'dim light melatonin onset/DLMO', tegenwoordig gedefinieerd op 4 pg/ml) geeft inzicht in de circadiane

Casus

Peter S, student, 20 jaar, bezocht het spreekuur in verband met slaapklachten. Het lukte hem niet om vóór 3.00 uur in te slapen. Sliep hij eenmaal, dan was de slaap ongestoord. Hij had hiervoor geen verklaring: hij piekerde niet, er waren geen problemen en geen andere klachten. Omdat hij 's morgens vroeg moest opstaan voor zijn studie, voelde hij zich moe en niet uitgerust. Anamnestic werd de diagnose 'vertraagde slaapfasesyndroom' overwogen. Behalve slaapadviezen gaf de huisarts 5 mg melatonine, die hij 's avonds om 22.00 uur innam. Na enige weken bemerkte hij dat het slapen al wat beter ging. Peter is inmiddels 25 jaar, na enkele jaren melatoninegebruik slaapt hij nu goed, zonder melatonine.

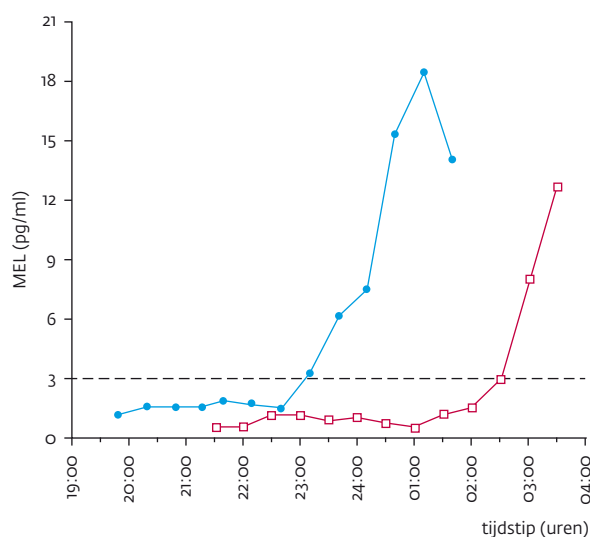
slaapfase van een patiënt.

Behandeling van DSPD is gericht op het naar voren schuiven van het slaap-waakritme. Een bewezen effectieve behandeling bestaat uit een combinatie van cognitieve en gedragsmatige technieken en behandeling met 'bright light therapie'.³ Daarnaast is er duidelijk bewijs dat melatonine drie tot zes uur voor de DLMO wordt ingenomen ook effectief is.⁴ De duur van de melatoninebehandeling was in de meeste gevallen vier weken. Bij mensen met biologische klokstoornissen correleert het tijdstip van inslapen echter onvoldoende met de DLMO.⁵ Dit betekent dat voor een optimale behandeling eerst de DLMO moet worden vastgesteld, voordat met melatoninebehandeling kan worden begonnen (www.melatoninecheck.nl). Naast het tijdstip van inname lijkt ook de dosis melatonine cruciaal. Er zijn aanwijzingen dat wanneer de dosis te hoog is, het endogene melatonineritme wordt onderdrukt.⁶ Een praktische oplossing is om te starten met 1 mg melatonine drie tot zes uur voor de DLMO. Als na een week geen effect optreedt, is de dosis waarschijnlijk te laag. Iedere week kan de dosis met 1 mg worden opgevoerd tot maximaal 5 mg bij volwassenen. Duidelijk is in ieder geval dat behandeling op het individu moet worden afgestemd. ■

LITERATUUR

- Ando K, Kripke DF, Ancoli-Israel S. Estimated prevalence of delayed and advanced sleep phase syndromes. *J Sleep Res* 1995;24:509.
- Pandi-Perumal SR, Smits M, Spence W, Srinivasan V, Cardinali DP, Lowe AD, et al. Dim light melatonin onset (DLMO): a tool for the analysis of circadian phase in human sleep and chronobiological disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007;31:1-11.
- Gradisar M, Dohnt H, Gardner G, Paine S, Starkey K, Menne A, et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy plus bright light therapy for adolescent delayed sleep phase disorder. *Sleep* 2011;34:1671-80.
- Van Geijlswijk IM, Korzilius HP, Smits MG. The use of exogenous melatonin in delayed sleep phase disorder: a meta-analysis. *Sleep* 2010;33:1605-14.
- Keijzer H, Smits MG, Peeters T, Looman CW, Endenburg SC, Gunnawiek JM. Evaluation of salivary melatonin measurements for Dim Light Melatonin Onset calculations in patients with possible sleep-wake rhythm disorders. *Clin Chim Acta* 2011;412:1616-20.
- Braam W, Van Geijlswijk IM, Keijzer H, Smits MG, Didden R, Curfs LM. Loss of response to melatonin treatment is associated with slow melatonin metabolism. *J Intellect Disabil Res* 2010;54:547-55.

Figuur



Blauwe lijn: melatoninespiegel normaal

Rode lijn: melatoninespiegel bij patiënt met DSPD

Diagnostische verrichtingen in de huisartsenpraktijk

In 't Veld CJ, Goudswaard AN, Dijkstra RF. Handboek diagnostische verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten: Pream Uitgevers, 2012. 449 pagina's, € 125,-. ISBN 978 90 8562 117 1.

Doelgroep Huisartsen, artsen-in-opleiding-tot-huisarts, praktijkondersteuners en medisch studenten.

Inhoud Dit handboek beschrijft 77 uiteenlopende diagnostische verrichtingen, ingedeeld volgens ICPC en verduidelijkt met meer dan 500 afbeeldingen. Een keur aan huisartsen met specifieke expertise geeft op basis van beschikbare literatuur handvatten voor de indicatie, de praktische uitvoering en de interpretatie van uitslagen. Zowel de waarde als de beperkingen van de verrichtingen komen zo aan bod.



De redactie heeft twee uitgangspunten genomen voor het opnemen van een diagnostische verrichting in het boek: de adviezen die voortvloeien uit de NHG-Standaarden en de praktische uitvoerbaarheid in de huisartsenpraktijk. In een aantal hoofdstukken is echter van deze uitgangspunten afgeweken. Zo is er ook ruimte voor tests die niet meer aanbevolen worden in

de meest recente NHG-Standaard (bijvoorbeeld de post-coitum-test), testen die voorlopig nog buiten de praktijk plaatsvinden (onder andere troponinebepaling) of waarbij een aanvullende cursus nodig is voor een verantwoorde uitvoering (zoals divers echografisch onderzoek). De selectie van deze verrichtingen is niet helemaal transparant, maar de mix tussen conventioneel en vernieuwend onderzoek is goed in balans.

Oordeel Voor mij als jonge huisarts is dit boek vooral een overzichtelijk naslagwerk. In een vak met veranderende inzichten in diagnostische procedures kunnen lezers hun arsenaal aanvullen of toetsen aan de huidige standaard. Eindelijk staat de test eens centraal, niet de klacht of diagnose. De lezer moet zich er wel bewust van zijn dat juist door deze focus op lichamelijk en aanvullend onderzoek, de voorgeschiedenis en anamnese dreigen onder te sneeuwen, terwijl die doorgaans het meest bijdragen aan het stellen van de diagnose.

Het boek streeft duidelijk naar wetenschappelijke onderbouwing. De expliciete huisartsgeneeskundige setting is daarbij waardevol omdat eigenschappen van de huisartsenpopulatie vaak de indicatie en interpretatie van onderzoek bepalen. Echter, veel van de testen zijn in de literatuur niet specifiek in de huisartsenpraktijk onderzocht en er is niet systematisch aandacht besteed aan de positief en negatief voorspellende waarden.

Kortom, dit lijvige, mooi vormgegeven handboek is een belangrijke bijdrage aan de Nederlandse huisartsgeneeskundige literatuur. Ik kan niet wachten tot de internetversie uitkomt. ■

Sjoerd Bruggink

Waardering: ●●●●

Dreiging van multiresistente onbehandelbare gonorroe

In het februari-nummer van *Huisarts en Wetenschap* bediscussieren Verheij en Bonten de plaats van antibioticaresistentie in de huisartsenpraktijk. Wat betreft de gonokok ligt er hier wel een heel actueel probleem. Recentelijk is gewaarschuwd voor de dreiging van multiresistente en onbehandelbare *Neisseria gonorrhoeae*-infecties.¹ Ook voor Nederland is dit een probleem geworden. Bij het uitbrengen van de NHG-Standaard Het soa-consult (2004) was de resistentie tegen ciprofloxacine nog laag, maar deze steeg binnen 5 jaar tot bijna 50%. Cefotaxim intramusculair wordt door

de (oude) standaard nog als middel van eerste keuze genoemd. Zeer recentelijk is het eerste klinisch behandelingsfalen met cefotaxim gerapporteerd (mededeling A. van Dam, Streeklab GGD Amsterdam). De betreffende patiënt bleek gelukkig nog wel gevoelig voor ceftriaxon. Ceftriaxon 500 mgr intramusculair wordt in recentere richtlijnen al enige jaren als middel van eerste keuze geadviseerd.² Ook in de binnenkort te verschijnen herziene NHG-Standaard Het soa-consult is dit de aangewezen behandeling.

Het snel wijzigende resistentietraject van de gonokok biedt de huisartsenpraktijk diverse knelpunten. Snelle wijzigingen in medicatie van eerste keuze vragen om snelle aanpassing en flexibele richtlijnen. Geen 'standaard één keer per vijf jaar een herziening'. Maar hoe flexibel zijn wij als huisartsen?

Eerder rapporteerden wij dat huisartsen hun voorschrijfgedrag maar langzaam aanpasten aan de nieuwe richtlijn.³ Misschien dat consultondersteunende software ('toch maar die POP-ups?'), directe advisering bij de microbiologische uitslag door het laboratorium en/of het voorschrijven vanuit een up-to-date EVS praktische oplossingen bieden.

Vooralsnog is het behandelingsadvies: ceftriaxon 500 mgr intramusculair, testen op andere soa en denk aan de partners, want anders volgen er ongetwijfeld nog meer prikken.... ■

Jan van Bergen

- GA Bolan, PF Sparling, JN Wasserheit. The emerging threat of untreatable gonococcal infection. *NEJM* 2012;6:485-7.
- http://www.soaids-professionals.nl/medische_richtlijnen/nvdv.
- Van Bergen J, Koedijk FDH. Gonokok haalt NHG-Standaard in. *Huisarts Wet* 2007;50:402.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Juist / 3. Juist

De Nuvaring komt qua systemische farmacologische eigenschappen overeen met een pil die desogestrel of gestodeen bevat (derdegeneratiepil), omdat etonogestrel een metabool is van desogestrel. De ring dient gedurende drie weken onafgebroken in de vagina te blijven en vervolgens te worden verwijderd op dezelfde dag en tijdstip als de ring werd ingebracht. Daarna volgt een ringvrije periode van een week. Over de vaginale ring zijn nog onvoldoende gegevens over gebruik bij borstvoeding bekend. Algemeen geldt dat als de vrouw (her)start met een combinatiepreparaat, zij moet worden voorgelicht over de eventuele mogelijkheid dat de borstvoeding kan teruglopen en dat ze dan op vraag moet blijven voeden (zogenoemde regeldagen). Combinatiepreparaten worden bij voorkeur na zes weken gestart bij vrouwen die borstvoeding geven, omdat dan voldoende duidelijk is of zij voldoende borstvoeding aanmaakt.

Brand A, Bruinsma A, Van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerdin M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. www.nhg.org.

Farmacotherapeutisch Kompas. www.fk.cvz.

4. Onjuist / 5. Onjuist

Als bij otorroe in eerste instantie voor een afwachtend beleid is gekozen, schrijft de huisarts alsnog een oraal antimicrobieel geneesmiddel voor als de otorroe langer dan een week aanhoudt. Na het stoppen van de otorroe – spontaan of onder invloed van antimicrobiële middelen – wordt controle na een maand aanbevolen om te beoordelen of de trommelvliesperforatie zich heeft gesloten.

Damoiseaux RAMJ, Van Balen FAM, Leenheer WAM, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Otitis media acuta bij kinderen. www.nhg.org.

6. Onjuist / 7. Onjuist / 8. Juist

De diagnose reumatoïde artritis wordt overwogen wanneer er sprake is van:

- een symmetrische artritis (vaak zonder roodheid) in drie of meer gewrichten/gewrichtsgroepen, waarbij vooral de MCP-, PIP-, pols- en MTP-gewrichten zijn aangedaan (en typisch juist niet de DIP-gewrichten);
- tangentiële drukpijn in MCP's of MTP's;
- ochtendstijfheid van een half uur of meer;
- artritissymptomen die vier weken of langer aanhouden;
- reumaknobbels (vaste subcutane knobbels aan de strekzijde van onderarmen of elleboog).

Inflammatoire darmziekten (ziekte van Crohn/colitis ulcerosa) zijn geassocieerd met seronegatieve spondyloarthropathieën, die specialistische zorg en dus verwijzing vereisen.

Lagro HAHM, Van den Bosch WJHM, Bohnen AM Janssens HJEM, Lagro HAHM, Van Peet PG, Gorter KJ, Van der Pas P, Van der Paardt M, et al. NHG-Standaard Artritis. www.nhg.org.

9. Onjuist / 10. Onjuist

Vroege postmortale veranderingen zijn: lijkvlekken, lijkstijfheid, afkoeling en indroging. Lijkvlekken ontstaan meestal tussen de dertig minuten en twee uur na een overlijden en zijn het gevolg van het wegvallen van de circulatie zodat het bloed naar de laagst gelegen lichaamsdelen zakt. De vorming van lijkvlekken is na zes tot twaalf uur voltooid. De kleur van de vlekken varieert van rood tot roodpaars. Lijkvlekken zijn 12 tot 24 uur na het overlijden wegdrukbaar. Daarna is verplaatsing en het wegdrukken van lijkvlekken niet meer mogelijk, omdat het bloed gaat ontbinden.

Lijkstijfheid treedt twee tot drie uur na het overlijden op doordat de spieren na de aanvankelijke verslappening stijf worden. In een koude omgeving verloopt de lijkverstijving trager, warmte versnelt de verstijving van de spieren. Lijkstijfheid is bij nek- en kaakspieren vroeg vast te stellen. In een latere fase gaan de spieren opnieuw verslappen.

Reijnders UJL, Das C. De lijkschouw in de praktijk, 1e druk. Maarn: Prelum uitgevers, 2007.

<http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie-CONCEPT/De-dokters-de-dood-2002.htm>.



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Lidewij Broekhuizen, Jochen Cals, Marissa Scherptong-Engbers, Bèr Pleumeekers, Wilma Spinnewijn, Theo Verheij, Hans van der Wouden.
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijnenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten) particulieren: € 182,00, studenten ontvangen 50% korting op de reguliere prijs.
Prijswijzigingen voorbehouden
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

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

ISSN 0018-7070



Beter maken

Huisartsen hebben in de loop der tijd een heel arsenaal opgebouwd aan vaardigheden, gewoontes en protocollen. Die zijn vaak onderdeel van onze routine geworden, maar het is wel goed om je af en toe af te vragen of wat je doet nog wel nodig is en of het niet handiger kan. Dat is niets nieuws: zo controleerden we regelmatig alle vrouwen die de anticonceptiepillen gebruikten totdat we beseften dat daar eigenlijk geen grond voor was. Hetzelfde geldt misschien voor al die patiënten bij wie we viermaal per jaar hun bloeddruk of diabetes controleren omdat protocollen ons dat voorschrijven. Met de komst van zelf-



metingen kunnen we sommige taken wellicht delegeren aan de patiënt zelf; over (zelf)controles en de communicatie daarover maken we dan

afspraken die aan wederzijdse behoeften voldoen. Natuurlijk zijn er veel mensen die maar beter viermaal per jaar bij u terug kunnen blijven komen, maar het is wel goed om die individuele afweging nog eens samen met uw patiënt te maken.

Beter maken... is dat niet de *core business* van huisartsen?

Het NHG neemt afscheid van zijn oude website en lanceert een nieuwe. Daar zijn we heel blij mee, en u hopelijk ook! Want op de nieuwe site vindt u bij alle onderwerpen de gerelateerde informatie en producten overzichtelijk bij elkaar en komt u in maximaal drie muisklikken bij de informatie die u nodig heeft. U switcht drempelloos van NHG naar HAweb, Thuisarts.nl en de door u aangeschafte leermiddelen en publicaties. Ook hoeft u nog maar één keer in te loggen om toegang te krijgen tot zowel HAweb en de NHG-website.

Beter maken... dat is ook de *core business* van het NHG!

Rob Dijkstra

Thuisarts.nl viert eerste verjaardag

Op 22 maart 2012 lanceerde minister Schippers de nieuwe NHG-publieksweg naar Thuisarts.nl. Zij bezochten de website drie miljoen keer en bekeken ruim tien miljoen pagina's. Dat is dus een groot succes! Maar veel huisartsen moeten nog even wennen aan Thuisarts.nl, nadat zij jarenlang werkten met de vertrouwde NHG-Patiëntenbrieven.

Het gemak van Thuisarts.nl

Thuisarts.nl is het nieuwe 'voorlichtingsgereedschap' in de huisartsenzorg. Het bericht dat de patiëntenbrieven alleen nog via Thuisarts.nl beschikbaar zouden zijn, leverde echter naast enthousiaste reacties ook kritiek op. Kennelijk

worden de patiëntenbrieven gemist. Maar elke 'situatie' op Thuisarts.nl kunt u zien als een direct printbare 'patiëntenbrief'. En u kunt die 'brieven' niet alleen vinden via Thuisarts.nl, maar ook via de NHG-website, uw HIS, de ConsultWijzer of Prescriptor. De links zijn voor u als huisarts bereikbaar via ICPC-codes of medische termen. En de lay-out van de 'brieven' is dan wel veranderd, de functionaliteit en inhoud zijn nog hetzelfde. Het is dus misschien even wennen, maar het werken met Thuisarts.nl is beslist een verbetering ten opzichte van de oude situatie. Wilt u meer weten over het gemak van Thuisarts.nl vóór, tijdens en na het consult? Lees dan het uitgebreide artikel hierover op www.nhg.org > patiëntenvoorlichting.

Hedwig Vos wint de Corrie Hermann-prijs

Hedwig Vos is huisarts in Den Haag en – onder nog veel meer – lid van de NHG-Raad van Toezicht. Zij ontving deze prijs vanwege haar 'onvermoedbare inzet voor preventie in de eerste lijn bij vrouwen'. Door aandacht voor risicofactoren en -gedrag wil zij de gezondheid van vrouwen verbeteren en ze is 'een deskundige geworden op het terrein van de gezondheidszorg voor allochtone vrouwen'.

De Vereniging van Vrouwelijke Artsen kent de Corrie Hermann-prijs periodiek toe aan vrouwelijke artsen die een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de verwezenlijking van de doelstellingen van de vereniging: versterking van de positie van de vrouwelijke arts in de medische professie, bestrijding van discriminatie op grond van geslacht en stimulering van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van vrouwen en gezondheid.

Een nieuwe website!

Misschien heeft u het al gemerkt toen u via het vertrouwde adres inlogde op onze website: deze is in een nieuw jasje gestoken. Dat levert u heel veel gemak op! Zo is nu bij ieder onderwerp alle gerelateerde informatie op het scherm zichtbaar. U kunt dus direct de NHG-Standaarden raadplegen, andere wetenschappelijke informatie zoeken, publicaties doornemen of producten bestellen. En bent u eenmaal ingelogd op HAweb of onze nieuwe site, dan kunt u daartussen switchen zonder opnieuw

in te hoeven loggen, en heeft u bovendien direct toegang tot al uw gekochte producten, zoals de NHG-PraktijkWijzers, e-learning en PIN's.

Bezoekt u onze nieuwe website zonder in te loggen, dan verandert er niets. Wilt u echter inloggen, dan moet u zich eenmalig opnieuw registreren. U kunt daarbij aangeven of u ook gebruik wilt maken van HAweb. Nieuwsgierig? Kom kijken op www.nhg.org!

Fred Dijkers ontvangt NHG-speld:

‘Dit is geen afscheid maar een transitie’

Fred Dijkers nam enkele jaren geleden al afscheid van zijn praktijk in Maasdam en nu eindigde ook zijn coördinatorschap van de NHG-Kaderopleiding Beleid en Beheer. Het LUMC organiseerde bij deze gelegenheid het afscheidssymposium *Van verbeteren naar veranderen*, hoewel Dijkers nog niet wil weten van geheel ophouden met werken. Tijdens de middag was er naast het inhoudelijk programma volop aandacht voor alles wat Dijkers heeft betekend voor het vak van de huisarts en vooral diens praktijkvoering.



Toekenning NHG-speld

NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra belicht als eerste spreker de enorme bijdrage die Dijkers heeft geleverd aan het NHG. Deze was al in de jaren '70 actief voor het NHG, vooral voor de toenmalige Commissie Praktijkvoering. In '89 was hij voorzitter van de Wetenschappelijke Programmacommissie van het NHG-Congres *Praktijk in uitvoering* en later

was hij betrokken bij de organisatie van het congres *Met spoed en goed*. Van '91 tot '99 was Dijkers lid van het Algemeen Bestuur. 'Niet in de laatste plaats door Fred is het NHG een club waar we trots op mogen zijn', stelt Dijkstra. Hij noemt nog talloze andere activiteiten die Dijkers voor het NHG op zich heeft genomen, maar: 'Waarschijnlijk is dit nog maar een fractie van wat Fred allemaal heeft gedaan voor het NHG!' Dijkstra betuigt voor dit alles namens het NHG zijn grote dankbaarheid, die zich uit in toekenning van de NHG-speld.

Zorginnovatie...

Marc Bruijnzeels, directeur van het Jan van Es Instituut, stelt dat innovatie een continu proces is. Aangezien het aantal zorggroepen in zeer korte tijd enorm is toegenomen, meent hij: 'Zo'n innovatie kan dus heel snel gaan in huisartsenland.' Anderzijds stagneert de groei van het aantal gezondheidszorgcentra. 'Het

zal beide vermoedelijk komen door geld.' En is de huisarts een leidend of lijdend voorwerp bij de innovatie van de zorg? Bruijnzeels: 'Ga zelf aan het roer zitten, dan krijg je een beter resultaat dan wanneer je het overlaat aan anderen.'

Corry Steensma van Achmea gaat in op de regie van zorginnovatie. Ze licht een kwaliteitsinstrument toe, de 'Achmea-praktijkstatus', niet alleen bruikbaar voor huisartsen, maar bijvoorbeeld ook voor ziekenhuizen en GGZ. Maar ook de patiënt moet bij het proces betrokken worden, want: 'Die weet heel goed wat hij nodig heeft.'

... en zorgimplementatie

Volgens Hanneke Zandbergen, adviseur bij REOS, is voor samenwerking nodig dat je een gedeelde visie en doel hebt, evenals een balans tussen geven en nemen en heldere communicatie. 'Structuur volgt de inhoud', stelt zij, dus moeten aspecten worden vastgelegd als: wat is nodig voor het realiseren van onze doelen, hoe gaat de groep dat aanpakken, en welke (juridische) afspraken moeten worden gemaakt? Aan elk samenwerkingsverband geeft Zandbergen de tip: 'Vier je successen, ook tussentijds!'

Huisarts Pascal Hendricks licht een Haarlems project toe rond de medicatieoverdracht na ziekenhuisopname. De deelnemende apothekers, huisartsen en specialisten kregen tijdens de besprekingen steeds meer begrip voor elkaar. Een tussentijds symposium leverde goede ideeën op en na een jaar werden de zaken wat groter aangepakt. Nu is er een protocol aan de hand waarvan wordt gewerkt en waar iedereen achter staat. 'We hebben dus al heel veel bereikt, maar er is wel een lange adem voor nodig!'

Tot slot gaat huisarts Joost Leferink in op de transmurale aanpak van osteoporose in samenwerking met het OLVG. 'Er zijn ziekenhuizen met osteoporosepoli's, maar als je de CBO-richtlijn leest,

NHG-AGENDA 2013 data

- Triagecongres 11 april
- NHG-Voorjaarscongres over palliatieve zorg 23 mei
- Inhoudelijke ledenbijeenkomst over oncologische nazorg (voorafgaand aan ALV) 6 juni
- Algemene Ledenvergadering 6 juni
- NHG-Wetenschapsdag Resultaten bekend. En dan...? 14 juni
- NHG-Congres Help! Een spoedgeval 22 november

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



Vooraankondiging Algemene Ledenvergadering

kán dat helemaal niet', stelt hij. Hoe het dan wel moet wordt bekeken in een groot landelijk onderzoek. Na aanvankelijke ICT-problemen en de instructie van medewerkers is het project nu van start gegaan.

Nog meer feestelijkheden

Hanneke Gouma kijkt terug op de geschiedenis van de NHG-Kaderopleiding Beleid en Beheer. Na de start in 2007 heeft de vijfde groep de opleiding nu afgerond en is de zesde in november begonnen. Bovendien is deze ochtend de BOHAG (Beleid en Organisatie Huisartsen Advies Groep) opgericht. Deze expertgroep heeft nu al haar eerste erelid... en dat is natuurlijk Fred Dijkers. Vervolgens schets Kees in 't Veld de geschiedenis van Dijkers als huisarts en als pleitbezorger voor een goede praktijkvoering. 'Fred is een autoriteit op zijn vakgebied, met een schat aan ervaring. De laatste jaren zien we hoe zijn gedachtegoed vast is geworteld in de huisartsgeneeskunde en de opleiding.' Als klap op de vuurpijl verschijnt de locoburgemeester van de gemeente Binnenmaas. Dan blijkt dat Dijkers niet alleen belangrijk is geweest voor de huisartsgeneeskunde, maar ook een zeer gewaardeerd bewoner van zijn dorp. Dit alles heeft erin geresulteerd dat het Hare Majesteit heeft behaagd om hem te benoemen tot ridder in de orde van Oranje Nassau. Dijkers zelf sluit het symposium af. 'Ik heb de dingen die vandaag over mij zijn gezegd natuurlijk niet alleen gedaan. Ik wil alle mensen die daaraan hebben bijgedragen graag bedanken.' Tijdens de borrel is er dan nog gelegenheid om persoonlijk afscheid te nemen van een man aan wie de Nederlandse huisartsgeneeskunde veel te danken heeft! (AS)

Een impressie van het symposium met meer aandacht voor de diverse onderscheidingen van Fred Dijkers is te vinden op www.nhg.org > nieuws.

Tijdens de ALV zal aan de leden instemming worden gevraagd met het NHG-Jaarverslag 2012 en de financiële jaarrapporten van de Vereniging en de Uitgeverij b.v. Bovendien zal het onderbeschreven Meerjarenbeleidplan 2013-2017 voor vaststelling worden voorgelegd aan de leden, alsmede het NHG-Standpunt *Huisarts en spoedzorg*. Het sociaal jaarverslag en het jaarverslag van de Verenigingsraad staan ter kennisgeving op de agenda, evenals de bekrachtiging van enkele geautoriseerde NHG-producten.

Voorgedragen voor benoeming worden leden voor de Verenigingsraad, de Autorisatiecommissie en de Redactiecommissie van H&W. Het bureau stelt enkele statutenwijzigingen voor die aan de leden worden voorgelegd en er wordt instemming gevraagd met een aangepast reglement voor de Autorisatiecommissie.

Ter bespreking is geagendeerd de manier waarop het NHG uitvoering wil geven aan de *Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling*, die mede door het NHG is ondertekend. In de ALV van juni vorig jaar is gesproken over het terugbrengen van het eigen vermogen van het NHG. Hiervoor ligt tijdens de vergadering een voorstel op tafel.

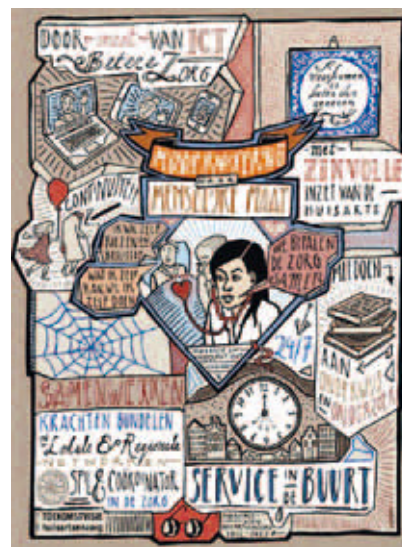
Minimaal één week voorafgaand aan de ALV staat de definitieve agenda op www.nhg.org. U kunt zich vanaf 1 mei via de website opgeven voor de ALV, maar ook voor het symposium dat aan de ALV voorafgaat met als thema *De rol van de huisarts in de oncologische nazorg*. Beide bijeenkomsten zijn op de website te vinden onder de 'Agenda'.

De Algemene Ledenvergadering vindt plaats op donderdag **6 juni van 18.00 tot 20.00 uur** in de **Domus Medica** te Utrecht.

Het nieuwe NHG-Meerjarenbeleid

Er is een nieuw NHG-Meerjarenbeleidplan in de maak voor de jaren 2013-2017. In het wordingsproces vraagt het NHG zich af hoe het kan bijdragen aan het realiseren van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Daarin heeft de beroepsgroep onder meer de ambitie uitgesproken om de patiënt waar mogelijk zorg te bieden in de eigen woonomgeving door optimaal gebruik te maken van de mogelijkheden van de huisarts, samenwerking met andere zorgverleners en stimulering van zorginnovatie. Uitgangspunt is het waarborgen van generalistische, persoonsgerichte en continue zorg en het NHG wil de leden daarbij zo goed mogelijk ondersteunen.

In de komende tijd raadpleegt het NHG de Verenigingsraad, vertegenwoordigers van de expertgroepen en het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. Ook vindt afstemming plaats met de LHV.



Begin mei legt het NHG een conceptversie van het Meerjarenbeleidplan aan de leden voor via HAweb. De Algemene Ledenvergadering zal op 6 juni het NHG-Meerjarenbeleidplan 2013-2017 vaststellen.

Over de LESA Reanimatie bij kwetsbare ouderen



Laura de Vries, huisarts en doctorandus in de psychologie, werkt sinds 2006 als accreditator bij NPA bv en daarnaast sinds 2009 bij de NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. Zij was nauw betrokken bij de ontwikkeling van de richtlijn Anticiperende besluitvorming over Reanimatie bij kwetsbare ouderen, en van de LESA over dit onderwerp die u elders in dit nummer kunt vinden.* In een interview vertelt zij over de aanleiding en het gedachtegoed van deze LESA.

Hoe raakte je bij deze LESA betrokken?

‘In 2010 nam ik dit over van een col-

lega die bij het NHG vertrok als “klein taakje erbij”. Natuurlijk was het veel meer dan een klein taakje. Want hoewel hartstilstand en reanimatie relatief weinig voorkomen in de huisartsenpraktijk, is het wel een gevoelig onderwerp. Bovendien was het lastig overeenkomsten te vinden met de specialisten ouderengeneeskunde, want zij en huisartsen hebben hun zorg heel anders georganiseerd. Als je alleen maar kwetsbare patiënten hebt, zoals specialisten ouderengeneeskunde, is dat je *core business*. Bij hen komt in het verpleeghuis hartstilstand vaker aan de orde. Bij huisartsen is de kans veel groter dat als de patiënt iets overkomt, de gehele hulpverlening buiten het zicht van de huisarts plaatsvindt. Om met al die onderlinge verschillen toch op één lijn te komen en samenwerkingsafspraken te maken bleek nog een hele kunst.’

Wat was de aanleiding om de LESA te ontwikkelen?

‘Al een flinke tijd geleden was in een nieuwsrubriek op tv te zien dat niet alleen alle verpleeghuizen de afspraak hadden gemaakt “niet reanimeren, tenzij”, maar ook een verzorgingshuis voor relatief gezonde ouderen. Daar was toen heel veel ophef over, zodat vanuit VWS werd gestimuleerd dat er een richtlijn moest komen voor alle betrokken zorgverleners.’

Wordt ook nu weer ‘ophef’ verwacht?

‘Dat is zeker mogelijk, want het gaat nu eenmaal over leven en dood. Maar we

hebben heel zorgvuldig gekeken en er is een centrale rol voor de patiënt. Het is de bedoeling dat die, in samenspraak met de behandelend arts, zelf de uiteindelijke beslissingen neemt. Daar is dan wel goede voorlichting van de arts bij nodig, gebaseerd op nieuwe *evidence* uit de richtlijn, ook over de complicaties na reanimatie. Alleen als reanimatie medisch gezien zinloos is, kan de arts de beslissing van de patiënt overrulen. Bepaalde kwetsbare ouderen hebben namelijk nauwelijks kans om reanimatie te overleven zonder blijvende en ernstige schade.’

Wat is voor huisartsen de belangrijkste boodschap uit de LESA?

‘Het is de bedoeling dat de huisarts, als die ziet dat een oudere patiënt kwetsbaar wordt, een gesprek aangaat over de zorg rond het levenseinde. Dan kan ook worden besproken of reanimatie wenselijk en mogelijk is gezien de gezondheidssituatie en levensverwachting van de patiënt. Dit resulteert in een reanimatiebesluit dat moet worden vastgelegd in het HIS en doorgegeven aan de huisartsenpost en eventueel de thuiszorg, het ziekenhuis of het verpleeghuis. Het is een prima voorbeeld van afspraken die kunnen worden vastgelegd in het Individueel Zorgplan dat het NHG momenteel ontwikkelt, ook omdat eventuele veranderingen dan bij alle betrokken hulpverleners zichtbaar zullen zijn.’

En hoe gaat het dan verder?

‘Specialisten ouderengeneeskunde hebben voortdurend zicht op veranderingen in de kwetsbaarheid van hun oudere patiënten, maar voor huisartsen is het van belang om daarop alert te blijven. En als dergelijke

veranderingen er zijn, zal dus ook opnieuw een gesprek moeten worden aangegaan. Gelukkig zullen verpleegkundigen en de Thuiszorg vaak ook al signaleren dat er *life-events* – bijvoorbeeld het overlijden van een partner – of wijzigingen in de gezondheidstoestand zijn waardoor wensen voor het leven en opvattingen over reanimatie kunnen veranderen.’

Is dat geen zware belasting voor de huisarts?

‘Zoals gezegd gaat het bij huisartsen om slechts een beperkt aantal patiënten. En in de praktijk zullen al die gesprekken veelal gefaseerd verlopen, ook omdat de patiënt vermoedelijk de besproken punten met zijn naasten wil doornemen en er dan nog eens op zal terugkomen bij de huisarts. Die fasering is ook goed, want dan blijft de tijdsinvestering haalbaar voor de huisarts. En bij twijfel kan de huisarts altijd overleggen met de specialist ouderengeneeskunde, ook dat is vastgelegd in de LESA.’

Zijn er voor de huisarts ook voordelen?

‘Huisartsen kennen hun patiënten goed en ze zijn erg goed in palliatieve zorg. Het geeft heel veel voldoening als zo’n gesprek over de wensen en de zorg rond het levenseinde goed verloopt. Huisarts en patiënt komen daardoor vaak weer wat nader tot elkaar, op een hoger plan zelfs. En dan vallen kleine klachtjes ook weer in een ander perspectief. In die zin is het een mooi en bevredigend deel van je werk!’ (AS)

**De multidisciplinaire richtlijn en LESA zijn samen met Verenso en de VoVN ontwikkeld*

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

Colofon

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

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