JAARGANG 56 / AUGUSTUS 2013

8

2013

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Erfelijkheidsonderzoek bij plotselinge dood

ONDERZOEK

Wordt spirometrie beter door nascholing?

NHG-STANDAARD

Atriumfibrilleren

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

COV08.indd 363 17-07-13 08:42

8

WETENSCHAP

370 ONDERZOEK
Erfelijkheidsonderzoek bij plotselinge dood
Roel Bakker, Christian van der Werf, Henk van Weert, Kees Das, Geke Dijkstra, Erwin Birnie, Irene van Langen

376 Wordt spirometrie beter door nascholing?
Tjard Schermer, Joke Grootens-Stekelenburg, Jan Rauws, Joke Denis, Yvonne Heijdra, Frans de Jongh, Petra Verhoeckx, Martien Vrolijk, Frank Pepels, Ivo Smeele

384 Therapietrouw bij antibioticagebruik voor hoestklachten in 13 Europese landen
Nick Francis, David Gillespie, Jacqueline Nuttall, Kerenza Hood, Paul Little, Theo Verheij, Samuel Coenen, Jochen Cals, Herman Goossens, Chris Butler, namens de GRACE Project Groep

COMMENTAAR
388 Polyfarmacie bij ouderen
Sjoerd Hobma

392 NHG-STANDAARD
NHG-Standaard Atriumfibrilleren (tweede partiële herziening)
NHG-werkgroep Atriumfibrilleren

KLINISCHE PRAKTIJK

PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE
391 Randomised controlled trial
Jip de Jong, Nynke van Dijk

HUISARTSENZORG IN CIJFERS
402 CHA_2DS_2-VASc: complexe score, eenvoudig in de praktijk
Derk Arts, Irina Stirbu-Wagner, Wim Opstelten

(VER)STAND VAN ZAKEN
403 Hoe is de kwaliteit van data in het HIS?
Annet Sollie

NASCHOLING
404 Endometriumcarcinoom, nieuwe ontwikkelingen
Christianne Lok, Hans Trum

408 Taakdelegatie van huisarts naar doktersassistente
Diederik van Meersbergen, Lidewij Broekhuizen

414 Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen
Monique Verduijn, Anne Leendertse, Annemarie Moeselaar, Niek de Wit, Rob van Marum

IMPORT
424 Partnergeweld: moet ik daar iets mee?!
Sylvie Lo Fo Wong

425 Screenen op diabetes is niet zinvol
Ymte Groeneveld

CATS
426 Behandeling van vaginale atrofie
Selma Jonkers, Arie Knuistingh Neven

PEARLS
427 Combinatiepil helpt bij acne
Maayke Hiddema-Schilstra

367 JOURNAAL
420 INTERVIEW
422, 390 COLUMNS
423 KENNISTOETS

29 HET NHG

INH08.indd 365 17-07-13 08:43

H&W: samen doen we het beter

Elke maand valt er een nieuwe H&W bij u op de mat, gevuld met de bijdragen van velen. We streven ernaar om u een brede selectie uit de huisartsgeneeskunde voor te schotelen. Een deel van de artikelen krijgen wij spontaan aangeboden, maar we gaan ook actief op zoek naar kopij. Daarbij kan H&W niet zonder uw inbreng.

Wetenschap

Huisartsgeneeskundige onderzoekers leveren de onderzoeksartikelen, een essentieel onderdeel van H&W. Deze onderzoeken worden uitgevoerd in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Een klein deel van die artikelen wordt aan H&W aangeboden, terwijl een groter deel naar Engelstalige tijdschriften gaat. Omdat u niet al die bladen kunt lezen, maken wij elke maand een selectie uit zo'n honderd nieuwe publicaties van Nederlandse huisartsgeneeskundige onderzoekers. Hiermee brengen we de informatie terug naar waar deze vandaan komt: de Nederlandse huisartsenpraktijk. Zo publiceren we deze maand een dubbelpublicatie van Francis et al. waarin het antibioticagebruik bij hoestklachten in 13 Europese landen wordt vergeleken.

De NHG-afdeling Richtlijnen en Wetenschap maakt de standaarden, ook een belangrijk onderdeel van H&W. Een nieuwe NHG-Standaard leidt immers tot aanpassingen van het dagelijks werk van de Nederlandse huisarts. Deze maand bespreekt de NHG-Standaard Atriumfibrillatie de nieuwe orale anticoagulantia.

Een belangrijke, groeiende groep zijn de kaderhuisartsen die zich hebben bekwaamd in een bepaald onderdeel van de huisartsgeneeskunde. Kaderhuisartsen hebben veel specifieke kennis die van belang is voor alle huisartsen in Nederland. Een goed voorbeeld daarvan is het onderzoek van Schermer et al., waaronder enkele kaderhuisartsen astma/COPD, waarin is gekeken of spirometrie beter wordt door nascholing. Wij roepen hierbij alle kaderhuisartsen op vaker een bijdrage naar H&W te sturen, bijvoorbeeld in de vorm van een nascholing, een klinische les of als een commentaar op een ontwikkeling in het vak.

Klinische praktijk

In deze H&W beginnen we met de nieuwe rubriek (Ver)stand van zaken. Er zijn in Nederland ongeveer 80 artsen-in-opleiding-tot-huisarts-en-onderzoeker (aiotho) die een belangrijke bijdrage leveren aan de verdere onderbouwing van ons vak. In deze rubriek doet een aiotho maandelijks verslag van de aanleiding die tot zijn onderzoek heeft geleid. De bedoeling is dat het mes aan twee kanten snijdt: voor u een interessant literatuuroverzicht en voor de aiotho een gelegenheid om zijn promotieonderzoek onder de aandacht te brengen.

De rubrieken Klinische les en Casuïstiek zijn uitermate geschikt om een leerzame praktijkervaring te delen met andere huisartsen. Gaat het om een zeldzame aandoening, dan kan dat in de vorm van een casuïstiek (liefst met foto). Bij een klinische les gaat het erom wat u heeft geleerd van een of twee patiëntencasus. Door het beschrijven van het verloop van de bevindingen en uw gedachten tijdens het diagnostisch proces deelt u uw ervaring en kennis met anderen.

Voor rubrieken als Journaal, Spreekuur!, Import en PEARLS maken we dankbaar gebruik van het enthousiasme van een grote groep in wetenschap geïnteresseerde huisartsen. U begrijpt het, H&W zit niet in een ivoren toren maar wordt gemaakt in nauwe samenwerking met de Nederlandse huisarts. Immers, alleen kunnen we het niet, samen doen we het beter. ■

Just Eekhof

RED08.indd 366 17-07-13 08:44

Stoppen met statines

Statines hebben hun effectiviteit ruim bewezen bij de preventie en behandeling van hart- en vaatziekten. Stoppen met statines geeft een aanzienlijke toename van de kans op een cardiovasculair event of overlijden. Om deze reden is een levenslange behandeling noodzakelijk. Wanneer mensen stoppen is het belangrijk om te weten waarom zij dit doen en hoe vaak dit gebeurt; mogelijk stopt een deel op onterechte gronden.

Zhang deed een retrospectief cohortonderzoek aan de hand van Elektronische Medisch Dossiers (EMD) van 2 academische tweedelijnscentra in de Verenigde Staten. In het EMD werd nagegaan wanneer patiënten waren gestart dan wel gestopt met het gebruik van een statine. Stoppers werden gedefinieerd als patiënten die langer dan een jaar geen statine meer voorgeschreven hadden gekregen of expliciet een stopnotitie in het EMD hadden staan. Atorvastatine en simvastatine werden het meest voorgeschreven. Van de ruim 130.000 statinegebruikers had 53% het middel minimaal 1 keer gestaakt. Bij 17% van de stoppers kon een reden voor het stoppen in het EMD gevonden worden. Spierpijn, gewrichtsklachten, gegeneraliseerde pijn en moeheid werden in 55% als belangrijkste reden opgegeven. Ernstige bijwerkingen als rhabdomyolyse werd slechts in 0,006% van de gevallen geconstateerd. De helft van degenen die stopten (ongeveer 30.000 deelnemers) kreeg opnieuw een statine voorgeschreven. Bij 40% was dit de statine die ze voorheen ook gebruikten. Na een jaar gebruikte ruim 90% van degenen die opnieuw gestart waren nog steeds een statine. Ook bij patiënten met een CK-waarde van 3-10 maal de normaalwaarde, bij wie de behandeling weer hervat werd, gebruikte na een jaar weer 90% een statine.

We nemen aan dat het staken van statinegebruik in de Nederlandse huisartsenpraktijk even frequent voorkomt als in het onderzoek van Zhang et al. De bevindingen bevestigen in ieder geval dat het aantal bedreigende complicaties erg klein is en de kans op een succesvolle hervatting van het middel erg groot. Het advies in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement blijft van kracht, namelijk om bij mogelijke bijwerkingen hetzelfde statine, zo nodig in een lagere dosering, voor te schrijven, dan wel een andere statine. Stoppen met een statine is dan ook in de meeste gevallen niet terecht. Zeldzame uitzonderingen daargelaten. ■

Bèr Pleumeekers

Zhang H, et al. Discontinuation of statins in routine care settings. A cohort study. Ann Intern Med 2013;158:526-34.

Tolerantie voor benzodiazepinen

Van benzodiazepinen is bekend dat na enkele weken gebruik tolerantie optreedt. Hierdoor neemt het effect af. Of dit in de huisartsenpraktijk leidt tot het voorschrijven van steeds hogere doseringen, is onduidelijk.

Willems et al. onderzochten of bij chronisch benzodiazepinegebruikers de dosering toeneemt in de loop van twee jaar. Hiervoor analyseerden zij de resultaten van een groot Nederlands onderzoek naar het effect van de minimale interventiemethode bij chronisch benzodiazepinegebruikers in de huisartsenpraktijk, het Benzoreduxonderzoek (1998-2001). De onderzoekspopulatie bestond uit 1105 chronisch benzodiazepinegebruikers die in het eerste halfjaar in de controlegroep zijn geïncludeerd en die in de zes maanden voor inclusie dagelijks benzodiazepinen gebruikten. Incidente chronisch gebruikers (n = 113) gebruikten voor die tijd geen benzodiazepinen, prevalente (n = 992) wel. Incidente chronisch gebruikers zijn de meest geschikte groep om de ontwikkeling van de voorgeschreven dosering in de eerste periode van het gebruik te observeren.

De gemiddelde voorgeschreven dosering steeg in twee jaar bij incidente chronisch gebruikers wel, maar niet significant. De indicatie voor de benzodiazepine en patiëntkenmerken zoals leeftijd en geslacht maakte geen verschil. Ook bij prevalente chronisch gebruikers steeg de voorgeschreven dosering in twee jaar tijd niet significant. In deze groep kwam gebruik van hoge doseringen (twee of meer standaarddoseringen per dag) overigens vaker voor dan bij incidente chronisch gebruikers (9% versus < 1%). Dit bleek vooral te verklaren door het bestaan van zwaardere psychiatrische problematiek bij prevalente chronisch gebruikers. Er was geen verband aantoonbaar tussen het gebruik van hoge versus normale doseringen en toename van de voorgeschreven dosering. Willems et al. onderzochten niet in hoeverre patiënten om verhoging van de dosering vroegen en in hoeverre huisartsen deze verzoeken weigerden.

Tolerantie lijkt dus gelukkig niet te leiden tot het voorschrijven van steeds hogere doseringen in de huisartsenpraktijk. Hoe dan ook geeft de NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen voldoende andere redenen om terughoudend te blijven omgaan met het voorschrijven van benzodiazepinen, zoals het optreden van afhankelijkheid, sufheid, geheugenstoornissen, een verhoogd risico op (verkeers)ongevallen en op vallen met fracturen tot gevolg. Benzodiazepinen dragen daarnaast zelden bij aan een structurele oplossing van het probleem. ■

Zamire Damen-van Beek

Willems IAT, et al. Tolerance to benzodiazepines among long-term users in primary care. Fam Pract 2013 Mar 20. [Epub ahead of print].

JOUR08.indd 367 17-07-13 08:45

Leefstijlaanpassingen: wel een wil, maar nog geen weg

Al in 2008 bleek uit de Nationale Leefstijlbarometer dat bij 57% van de Nederlanders sprake is van twee of meer risicovolle leefstijlfactoren (zoals roken of overgewicht). Streven naar een gezonde leefstijl speelt dan ook een steeds belangrijkere rol binnen het Nederlandse gezondheidsbeleid.

Foto: Amber Beckers/Hollandse Hoogte

In Engeland kampt men met hetzelfde probleem: bij veel Engelsen is er sprake van meerdere vormen van risicogedrag. Onderzoekers uit Wales stelden echter vast dat leefstijlinterventies meestal gericht zijn op slechts één leefstijlfactor. Daarom onderzochten ze in een cluster-RCT het effect van eenmalige leefstijlcounseling door getrainde eerstelijnszorgverleners op meerdere leefstijlen. Bij de helft van de participerende huisartsenpraktijken werden huisartsen en praktijkondersteuners getraind in het stimuleren van gedragsverandering. De andere helft ontving geen training. Deelnemers waren reguliere spreekuurbezoekers bij wie uit een vragenlijst voorafgaande aan het consult bleek dat er sprake was van minimaal één vorm van risicogedrag (roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding of beperkte lichamelijke activiteit). Veranderingen in risicogedrag werden in de periode na het consult geregistreerd middels vragenlijsten.

Zowel na 3 maanden als na 12 maanden had een consult bij een getrainde arts geen significant effect op algemeen risicogedrag. Wel herinnerden meer patiënten in de interventiegroep zich een gesprek over leefstijl (91% versus 55% in de controlegroep). Ook hadden ze vaker de intentie om het risicogedrag te veranderen (72% versus 49%) en hadden sommigen dit zelfs geprobeerd (39% versus 32%). De schrijvers concludeerden dat één consult waarschijnlijk niet voldoende is om een patiënt te stimuleren tot blijvende leefstijlaanpassingen.

Om tot leefstijlaanpassingen te komen is de intentie om gedrag te veranderen essentieel. Uit dit onderzoek blijkt echter dat deze intentie alleen niet voldoende is. Er is meer nodig voor de stap van 'willen' naar 'doen'. Het idee dat een huisarts deze stap binnen enkele minuten zou kunnen bewerkstelligen is misschien ook wel erg ambitieus. ■

Nikki van Dessel

Butler CC, et al. Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial. BMJ 2013;346:f1191.

De pil is hoofdpijnneutraal

Het gebruik van orale anticonceptie wordt vaak geassocieerd met hoofdpijn. Het is een veelgerapporteerde bijwerking. Maar om te weten of orale anticonceptie echt hoofdpijn veroorzaakt, moet je ook weten bij hoeveel vrouwen de hoofdpijn erdoor verdwijnt. Anne MacGregor, een bekende Engelse hoofdpijn-neurologe, zocht het uit in een review in Headache.

Bij orale anticonceptie van de tweede en derde generatie komt spanningshoofdpijn niet significant vaker voor dan bij een placebo. De tweedegeneratiepil die wij in Nederland het meest voorschrijven veroorzaakt in 8-14% van de gevallen hoofdpijn, maar bij anderen komt bij de pil de hoofdpijn die ze hadden juist weer minder vaak voor (bij circa 10% van de gevallen). Voor migraine ligt het iets genuanceerder. Een Cochrane-review toont eveneens geen effect aan van orale anticonceptie op de frequentie en ernst van het voorkomen van migraine, maar de ingesloten onderzoeken zijn niet eenduidig. Bij orale anticonceptie van de tweede generatie treedt migraine niet vaker op dan bij een placebo. Bij alle orale anticonceptiegebruikers geldt dat wanneer migraine optreedt, dat vaker in de hormoonvrije periode is tussen twee pilstrips als gevolg van oestrogeendaling.

Orale anticonceptie die alleen progesteron bevat, veroorzaakt in aanvang meer hoofdpijn, wat later weer minder wordt. De gebruikers hebben daarentegen iets minder migraineaanvallen. Gebruikers van het progestageen bevattende spiraaltje (Mirena®) hebben drie keer zo vaak hoofdpijn als bij het niethormoonhoudend spiraaltje.

De conclusie is dat er geen beperkingen zijn voor vrouwen met spanningshoofdpijn en migraine om hormonale anticonceptie gebruiken. Uitkomsten van onderzoek geven alleen maar informatie over kansen bij grote groepen en dat laat zich slecht vertalen naar een individuele patiënt. Helaas geeft de review daarmee geen antwoord aan de vrouw op uw spreekuur die na starten met de pil verergering van hoofdpijn of toename van migraineaanvallen ervaart. De kans is dan aanwezig dat deze vrouw hoofdpijn heeft als gevolg van de orale anticonceptie, maar dat blijft onzeker. ■

Frans Dekker

MacGregor EA. Contraception and headache. Headache 2013;53:247-76.

JOUR08.indd 368 17-07-13 08:45

Marieke Perry wint Telesphorusprijs 2013

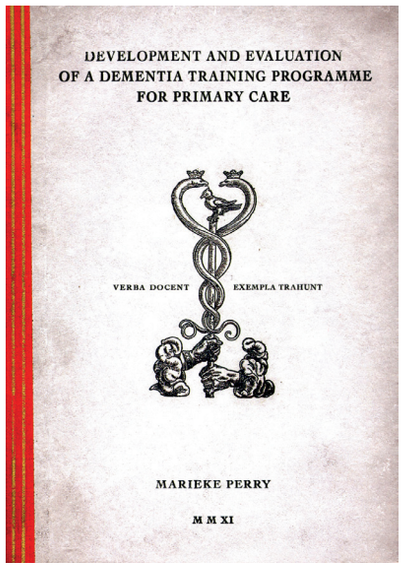
Dit jaar won Marieke Perry de Telesphorusprijs met haar proefschrift *Development and evaluation of a dementia training programme for primary care*. De prijs voor het beste proefschrift in de periode 2011-2012 werd uitgereikt tijdens de NHG Wetenschapsdag op 14 juni 2013.

De Geert Bremer Stichting reikt eens per twee jaar de Telesphorusprijs uit aan een huisarts of huisarts-in-opleiding die een proefschrift heeft geschreven van uitzonderlijk belang en verdienste. Geert Bremer was in Leiden eerst lector en later in Groningen hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Na zijn emeritaat promoveerde hij in 2001 voor de tweede keer op een onderzoek naar 400 proefschriften van praktiserende huisartsen uit de periode 1900-1995.

De jury van de Telesphorusprijs beoordeelde 21 dissertaties van praktiserende huisartsen en huisartsen-in-opleiding. De jury bestond uit prof. dr. F.W. Jansen, prof. dr. R.O.B. Gans en dr. J.A.H. Eekhof en nomineerde 6 proefschriften. De jury lette hierbij op originaliteit, relevantie, methoden, toepasbaarheid voor de huisarts en uitvoering. De genomineerde proefschriften waren dit jaar:

- *Strategies in suspected venous thromboembolism in primary care* van Geert-Jan Geersing.
- *Uncomplicated urinary tract infections in general practice* van Bart Knottnerus.
- *Towards health status guided care in COPD* van Janwillem Kocks.
- *Improving cardiovascular primary care* van Jan van Lieshout.
- *Persistent medically unexplained symptoms in primary care* van Tim Olde Hartman.
- *Development and evaluation of a dementia training programme for primary care* van Marieke Perry.

Marieke Perry onderzocht in haar proefschrift de verbetering van de zorg voor dementiepatiënten door huisarts en verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Volgens de jury een belangrijk probleem in de huisartsgeneeskunde, zowel nu als in de toekomst. Ook was de jury gecharmeerd van de klassieke opbouw van het proefschrift: een probleemanalyse gevolgd door een systematic review en een programmaopzet die vervolgens werd getoetst. Het is goed uitgevoerd en komt met een goed toepasbare oplossing voor de dagelijkse huisartsenpraktijk.



Marieke Perry, namens de jury en de Geert Bremer Stichting: gefeliciteerd! Elders in dit nummer vindt u een interview met de winnaar. ■

Just Eekhof

Serviesgoed in de strijd tegen kinderobesitas

Eén op de acht kinderen in Nederland is te zwaar en dat is 50% meer dan pakweg 25 jaar geleden. In binnen- en buitenland lopen projecten en onderzoeken om dit groeiende gezondheidsprobleem een halt toe te roepen. In de Verenigde Staten onderzocht men een simpel concept: een leeftijdsadequaat bord.

Op een privéschool in Philadelphia, Pennsylvania, keken onderzoekers hoeveel kinderen tussen de 4 en 5 jaar opschepten (en opaten) als zij een standaard 'volwassen' bord dan wel een 'kinder' bord gebruikten. Tweeënveertig kinderen uit de twee eerste klassen van de school aten dagelijks op school een warme maaltijd die ze zelf opgeschept hadden. Gedurende acht weken werd bijgehouden hoeveel ze opschepten en opaten. De kinderen kregen wekelijks een groot dan wel klein bord, waarbij de oppervlakte van het grote bord twee keer zo groot was als dat van het kleine bord. De onderzoekers deden hun best om de kinderen niet te laten merken dat ze bijhielden hoeveel de kinderen aten. Bij een volwassen maat bord schepten de kinderen meer op en kregen ze gemiddeld 90 kcal per maaltijd meer binnen (980 versus 890 kcal). Kinderen aten bij een groter bord meer van zowel amorf voedsel (bijvoorbeeld macaroni) als van voedsel dat in units verstrekt werd (bijvoorbeeld kip nuggets of pizza). Ook aten ze bij een groot bord meer fruit, maar niet meer groenten.

Dit onderzoek leert ons allereerst dat we blij mogen zijn dat in Nederland maaltijden met een calorische waarde van 900 kcal voor kleuters niet gebruikelijk zijn. Het serviesgoed aanpassen aan de leeftijd is daarnaast een simpel advies dat mogelijk ook hier zijn vruchten afwerpt. ■

Linda Bröker

Mitchell AJ, et al. Plate size and children's appetite: effects of larger dishware on self-served portions and intake. Pediatrics 2013;131;e1451.

Erratum NHG-Standaard Schildklieraandoeningen

In het stroomschema Diagnostiek bij vermoeden van een schildklierfunctiestoornis (Huisarts en Wetenschap juli 2013, pagina 324) staat een incorrecte diagnose. In het tweede vakje van de onderste rij staat nu *iatrogene hyperthyreoïdie*. De juiste diagnose is *iatrogene hypothyreoïdie*.

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).

JOUR08.indd 369 17-07-13 14:53

Roel Bakker, Christian van der Werf, Henk van Weert, Kees Das, Geke Dijkstra, Erwin Birnie, Irene van Langen

ONDERZOEK

Erfelijkheidsonderzoek bij plotselinge dood

Samenvatting

Bakker RH, Van der Werf C, Van Weert HCPM, Das K, Dijkstra GJ, Birnie E, Van Langen IM. Erfelijkheidsonderzoek bij plotselinge dood. Huisarts Wet 2013;56(8):370-5.

ACHTERGROND De plotselinge dood van personen jonger dan 45 jaar is vaak het gevolg van een erfelijke hartziekte. Daarom wordt aanbevolen om obductie en familieonderzoek te laten verrichten. In Nederland gebeurt dat echter onvoldoende. Dit onderzoek had tot doel de factoren te identificeren die het voorkeursbeleid in de weg staan.

METHODE We organiseerden vier focusgroepsbijeenkomsten met steeds 7-9 huisartsen en/of gemeentelijk lijkschouwers. De deelnemers bespraken de knelpunten die zij ondervonden op verschillende momenten in de procedure: de verklaring van natuurlijke dood, het verzoek aan de familie om klinische obductie en (voor huisartsen) het verwijzen van familieleden voor cardiogenetisch onderzoek. We vroegen de deelnemers ook naar eventuele oplossingen voor deze knelpunten.

RESULTATEN Het afgeven van een verklaring van natuurlijke dood en het doen van een verzoek tot klinische obductie aan de familie stuit op verschillende logistieke, financiële en emotionele bezwaren, ook in de interactie tussen huisartsen en gemeentelijk lijkschouwers. Huisartsen hebben weinig ervaring met het voorkeursbeleid en zijn zich vaak te weinig bewust van de waarde van familieonderzoek na plotseling overlijden. Gemeentelijk lijkschouwers voelen zich vaak ten onrechte in de rol van behandelaar gedwongen als de huisarts de overlijdensverklaring en het obductieverzoek aan hen overlaat. De deelnemers droegen diverse oplossingen aan voor deze knelpunten.

CONCLUSIE Diverse factoren staan het voorkeursbeleid in de weg. Een landelijke richtlijn zou weinig doeltreffend zijn, maar een andere vergoedingssystematiek, voorlichting aan huisartsen en vooral ook het aanstellen van landelijke case-managers, die erop toezien dat zowel de justitiële als de medische zaken volgens het voorkeursbeleid worden afgehandeld, zou het aantal obducties aanzienlijk kunnen doen stijgen en de incidentie van plotselinge dood kunnen verlagen.

INLEIDING

In Nederland wordt jaarlijks ongeveer 1 op de 100.000 mensen jonger dan 45 jaar getroffen door een plotselinge dood. De doodsoorzaak is in minstens de helft van de gevallen een erfelijke hartaandoening, zoals een cardiomyopathie, een erfelijk aritmiesyndroom, een myocardinfarct op basis van een erfelijke dyslipidemie of een aortadissectie als gevolg van marfansyndroom of een daarmee samenhangende aandoening.[1] Deze erfelijke hartziekten erven meestal autosomaal dominant over. Dit betekent dat eerstegraadsfamilieleden 50% kans hebben dat ze de ziekte ook hebben, en dus een verhoogd risico op plotselinge dood als ze geen voorzorgsmaatregelen nemen. Observatieonderzoek laat zien dat zo'n profylactische behandeling, die bestaat uit leefstijladviezen, medicatie en in een enkel geval implantatie van een pacemaker of inwendige defibrillator, de overleving inderdaad kan verbeteren.[2] Daar staat tegenover dat de behandeling soms bijwerkingen heeft of tot complicaties leidt, en dat voorheen gezonde personen tot 'patiënt' worden gemaakt. Overigens zijn er bij de betrokken personen geen aanwijzingen dat de wetenschap dat zij drager zijn hun kwaliteit van leven vermindert.[3,4]

Omdat het om relatief jonge personen gaat, is er met name in termen van levensjaren veel te winnen bij een standaardaanpak waarbij altijd obductie plaatsvindt, zo nodig gevolgd door erfelijkheidsonderzoek bij eerstegraads familieleden – uiteraard met inachtneming van de keuzevrijheid

Wat is bekend?

- Plotselinge dood op jonge leeftijd (< 45 jaar) is in meer dan de helft van de gevallen het gevolg van een erfelijke hartaandoening. Eerstegraadsfamilieleden van de overledene kunnen die aandoening ook hebben, en hebben dus ook een verhoogd risico op plotseling overlijden.
- Preventie is meestal goed mogelijk en ook de beste procedure is bekend, namelijk obductie van de overledene, gevolgd door verwijzing van diens eerstegraads familieleden voor cardiogenetisch onderzoek.
- In de praktijk gebeurt obductie echter slechts in een minderheid van de gevallen en krijgt nog geen 10% van de familieleden een verwijzing.

Wat is nieuw?

- Huisartsen en gemeentelijk lijkschouwers hebben veelal weinig ervaring met de procedure, die slechts zelden aan de orde is.
- Obductie stuit vaak op een reeks van praktische en emotionele bezwaren, die voortkomen uit gebrek aan kennis, tijd, geld en faciliteiten, en uit verschillen in taakopvatting tussen huisarts en lijkschouwer.
- Een landelijke richtlijn is in dit geval geen oplossing, maar wijziging van de vergoedingssystematiek, betere voorlichting aan huisartsen en vooral ook het aanstellen van landelijke case-managers zou het aantal obducties aanzienlijk kunnen doen stijgen en de incidentie van plotselinge dood kunnen verlagen.

UMC Groningen, afdeling Toegepast Gezondheidsonderzoek, Hanzeplein 1, 9700 RB Groningen: dr. R.H. Bakker, senior onderzoeker; dr. G.J. Dijkstra, senior onderzoeker. UMC Groningen, afdeling Genetica: prof.dr. I.M. van Langen, klinisch geneticus; dr. E. Birnie, senior onderzoeker. AMC, Amsterdam, afdeling Cardiologie: C. van der Werf, aios cardiologie en promovendus. AMC, Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde: prof.dr. H.C.P.M. van Weert, hoogleraar Huisartsgeneeskunde en huisarts. GGD Amsterdam, afdeling Forensische Geneeskunde: dr.mr. C. Das, forensisch arts • Correspondentie: i.m.van.langen@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gesubsidieerd door ZonMW (subsidienummer: 120610013).

OND08_Bakker.indd 370 17-07-13 08:46

van familieleden om zich al dan niet te laten onderzoeken. Dit voorkeursbeleid is niet vastgelegd in een officiële richtlijn, maar binnen de cardiogenetica heeft zich wel een *expert opinion* gevormd.[5,6] Die houdt in dat men bij de plotselinge natuurlijke dood van iemand jonger dan 45 jaar de familie altijd het verzoek doet een obductie te mogen uitvoeren om een erfelijke doodsoorzaak aan te tonen of uit te sluiten, en DNA van de overledene te mogen opslaan. Als bij de obductie geen duidelijke niet-erfelijke doodsoorzaak wordt gevonden, verwijst men eerstegraadsfamilieleden voor nader erfelijkheidsonderzoek naar een gespecialiseerde polikliniek Cardiogenetica. Ook als er geen obductie verricht is of deze geen aanwijsbare doodsoorzaak heeft opgeleverd, kan familieonderzoek nog steeds van belang zijn, want bij cardiologisch onderzoek wordt bij ongeveer 40% van de eerstegraadsfamilieleden van plotseling overledenen een erfelijke hartziekte aangetroffen, met name erfelijke aritmiesyndromen.[7,8]

Bij een plotseling overlijden thuis of op straat is degene die de lijkschouwing uitvoert meestal de eigen huisarts, de dienstdoend huisarts of de gemeentelijk lijkschouwer. Op het moment dat het lichaam wordt vrijgegeven kan deze de familie toestemming vragen voor klinische obductie [**figuur**]. Bij een vermoeden van een niet-natuurlijke dood (artikel-10-verklaring) zal de vrijgave plaatsvinden in overleg met de Officier van Justitie, eventueel na een gerechtelijke sectie.

Als de obductie een indicatie voor familieonderzoek oplevert, kan de huisarts de betrokken familieleden een verwijzing aanbieden voor cardiogenetisch onderzoek, voor zover dat niet al in gang is gezet door een medisch specialist.

Tussen 2008 en 2011 is het beleid rond plotselinge hartdood bij jonge mensen in Nederland in kaart gebracht in een interventieonderzoek, CARdiogenetic scrEening in First degree relatives of sudden cardiac and UnexpLained death victims < 45 years (CAREFUL).[9] Het onderzoek wees uit dat obductie bij slechts 43% van de overledenen had plaatsgevonden en dat slechts 10% van de eerstegraadsfamilieleden een verwijzing voor cardiogenetisch onderzoek had gekregen (ongepubliceerde data). De interventies in het kader van CAREFUL, waaronder een continu bereikbaar telefoonnummer dat praktische instructies gaf, hadden geen duidelijk effect. Er is, kortom, in Nederland nog geen breed gedragen diagnostisch traject om familieleden die drager zijn van een erfelijke hartziekte te identificeren en plotselinge hartdood te voorkomen.

Doel van ons onderzoek was inzicht te krijgen in de belemmeringen die huisartsen en gemeentelijk lijkschouwers ervaren als zij aanvullend onderzoek in gang willen zetten na het plotseling overlijden van een jong persoon: welke factoren verhinderen klinische obductie en, voor huisartsen, verwijzing naar een cardiogenetische polikliniek? Ook wilden wij weten hoe deze hindernissen weg te nemen zijn. Wij stelden deze vragen aan vier focusgroepen, bestaande uit huisartsen en gemeentelijk lijkschouwers.

METHODE

Focusgroepen

Wij stelden vier focusgroepen samen van 7-9 personen elk, één met alleen huisartsen, één met alleen gemeentelijk lijkschouwers en twee met huisartsen en gemeentelijk lijkschouwers samen. Deze groepen kwamen elk éénmaal bijeen tussen december 2011 en april 2012. Eén van de twee gecombineerde focusgroepen kwam bijeen in Groningen, de andere drie kwamen bijeen in de Randstad. Wij hoopten door deze regionale spreiding ook eventuele niet-Randstedelijke factoren te identificeren die het voorkeursbeleid belemmeren. De monodisciplinaire bijeenkomsten vonden als eerste plaats, zodat meningen en uitspraken van huisartsen en gemeentelijk lijkschouwers voorgelegd konden worden aan de gecombineerde groepen.

Selectie van deelnemers

De onderzoekers benaderden, zonder voorafgaande selectie, huisartsen uit het affiliatiegebied van het Academisch Medisch Centrum via de gegevens uit het CAREFUL-onderzoek en via de afdeling Huisartsgeneeskunde. De huisartsen van de Groningse focusgroep werden aselect geworven uit een onderzoeksbestand van de afdeling Sociale Geneeskunde aldaar. De afdelingshoofden van de afdelingen Forensische

Abstract

Bakker RH, Van der Werf C, Van Weert HCPM, Das K, Dijkstra GJ, Birnie E, Van Langen IM. Sudden death and genetic testing. Huisarts Wet 2013;56(8):370-5.

BACKGROUND Sudden death in people younger than 45 years is often a consequence of inherited heart disease. For this reason, autopsy and genetic testing of relatives for familial heart diseases is recommended. However, in the Netherlands these procedures are performed in the minority of cases only. The aim of this study was to investigate what factors hinder implementation of recommended procedures.

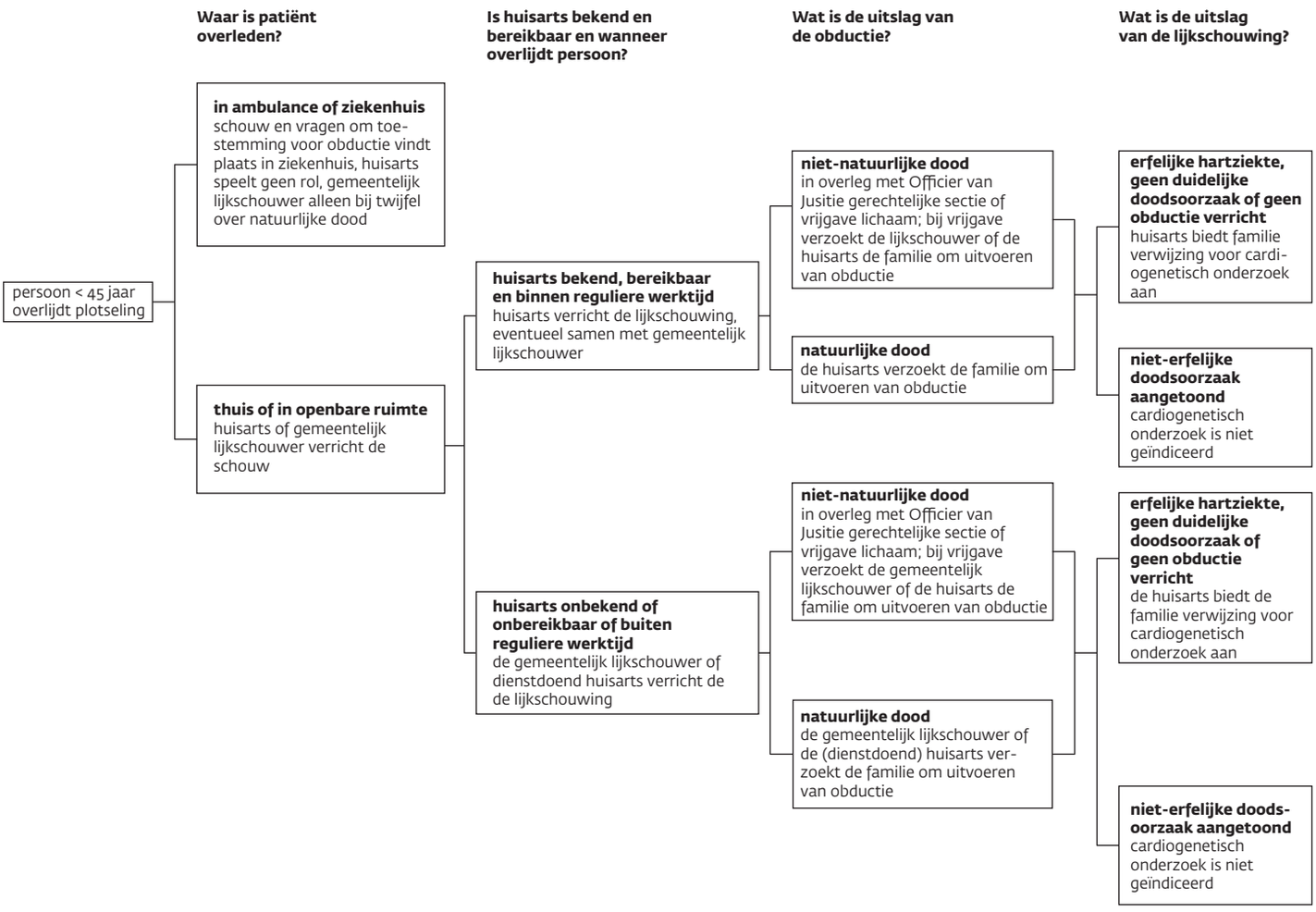
METHODS During four semi-structured focus group meetings with 7–9 general practitioners (GPs) and/or coroners, participants discussed problems they encountered at different times during these procedures: certifying death due to natural causes, asking permission from relatives to perform an autopsy, and, in the case of GPs, referring relatives for genetic testing. Participants were also asked about possible solutions to these problems.

RESULTS There were several logistic, financial, and emotional difficulties to providing a medical certificate of the cause of death as being from natural causes and asking permission for autopsy, as well as problems in the interaction between GPs and coroners. GPs had little experience with the recommended procedures and were often insufficiently aware of the importance of familial screening in the case of sudden death. Coroners often felt they are unjustifiably placed in the role of healthcare provider if GPs left the issuing of the medical death certificate and the request for autopsy to them. The participants suggested several solutions for these problems.

CONCLUSION Several factors hinder the implementation of recommended procedures in the case of sudden death in young individuals. A national guideline seems ineffective, but a different system for the reimbursement of costs, information for GPs, and the appointment of national case managers to ensure that legal and medical aspects are handled according to recommended procedures might increase the number of autopsies performed in the case of sudden death and possibly reduce the number of sudden deaths.

OND08_Bakker.indd 371 17-07-13 08:46

Figuur Procesgang bij lijkschouwing, obductie en cardiogenetisch onderzoek



Geneeskunde van 4 GGD's in de betreffende gebieden benaderden gemeentelijk lijkschouwers voor deelname op vrijwillige basis. Wij stelden geen specifieke in- of exclusiecriteria. Als het optimale aantal deelnemers van 7 à 10 bereikt was, werd de focusgroep georganiseerd.

Besproken onderwerpen

Alle bijeenkomsten werden bijgewoond door een voorzitter, een inhoudsdeskundige (CvdW) en de onderzoeker (RB). De inhoudsdeskundige gaf voorafgaand aan de discussie een korte presentatie informatie over plotselinge hartdood en het doel van dit kwalitatieve onderzoek. De deelnemers discussieerden vervolgens aan de hand van casuïstiek, vragen en stellingen. Aan de orde kwamen, in uiteenlopende omstandigheden, de afgifte van een verklaring van natuurlijke dood, het verzoek aan de familie om klinische obductie mogen uitvoeren en, bij de focusgroep met huisartsen, de verwijzing van familieleden voor cardiogenetisch onderzoek. Centraal in de discussie stonden de (perceptie van) taken en verantwoordelijkheden van de eigen en de dienstdoend huisarts en de gemeentelijk lijkschouwer, de samenwerking tussen beide disciplines, praktische belemmeringen die het voorgestane beleid in de weg staan, en oplossingen voor de genoemde knelpunten. Eén van de besproken vragen was bijvoorbeeld: 'Hoe zouden de huidige financiële en logistieke barrières bij de aanvraag en uitvoer van obductie weggenomen kunnen worden?'

Gegevensverwerking

De discussies werden opgenomen en woordelijk uitgeschreven. Omdat de deelnemers al enige voorkennis hadden over het onderwerp en het onderzoek met name gericht was op het identificeren van praktische belemmeringen en eventuele oplossingen, volgden wij de aanbeveling[10] om de transcripten te coderen aan de hand van een aantal vooraf bepaalde categorieën. Wij kozen voor 'feit', 'mening', 'knelpunt' en 'suggestie'. Als feit aangemerkt werden opmerkingen die in principe controleerbaar zijn, zoals: 'In deze regio wordt obductie niet vergoed'. Als mening aangemerkt werden opvattingen die geen knelpunt beschreven, bijvoorbeeld: 'Ik vind het ontwikkelen van een richtlijn voor handelen bij plotseling overlijden van

OND08_Bakker.indd 372 17-07-13 08:46

Nieuwe indicatie

NU VOLLEDIG VERGOED!

Opgenomen in de **ESC 2012** AF-richtlijnen[1]

Voor preventie van CVA bij uw patiënten met niet-valvulair AF met één of meerdere risicofactoren*

Kies Eliquis®: superioriteit vs. warfarine bij elk van de volgende belangrijke uitkomsten

- **a** Superieure preventie van CVA/systemische embolie[2] 21% RRR**, p=0,01 vs warfarine
- **b** Superieur veiligheidsprofiel voor wat betreft het reduceren van ernstige bloedingen[2] 31% RRR, p<0,001 vs warfarine
- **c** Superieure reductie in overlijden ongeacht de oorzaak[2] 11% RRR, p=0,047 vs warfarine
- **d** Geen INR-controle[3]

Eliquis®: heeft als enige anticoagulans in een klinische studie vs warfarine aangetoond

E AL HET BOVENSTAANDE

**RRR = relatieve risicoreductie

www.eliquis.nl

13.ELI.21.51 Zie voor productinformatie elders in dit blad

***Eliquis®: een nieuwe orale, directe factor Xa-remmer, geïndiceerd voor de preventie van cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij volwassen patiënten met NVAF met één of meerdere risicofactoren, zoals een doorgemaakt CVA of transient ischaemic attack (TIA), leeftijd ≥75 jaar, hypertensie, diabetes mellitus, symptomatisch hartfalen (NYHA-klasse ≥II).[3]**

Raadpleeg de samenvatting van de productkenmerken en de Eliquis® handleiding voor voorschrijvers voor aanvullende informatie. Geef uw patiënten ook de waarschuwingskaart voor patiënten wanneer u Eliquis® voorschrijft.

Kies om het verschil te maken

Eliquis®
apixaban

Bekijk het verhaal van deze patiënt met de Layar app.

view with layar

Bristol-Myers Squibb Pfizer

Victoza® 3 jaar in Nederland!

Benut de kracht van GLP-1

Pak diabetes type 2 bij de wortels aan met Victoza®

Victoza® heeft zich geworteld…

- Meest gebruikte GLP-1 therapie (8 van de 10 mensen met GLP-1 therapie gebruiken Victoza®)[1]

Is gegroeid…

- Meer dan 10.000 behandelde patiënten in Nederland[2]

En u plukt de vruchten…

- Significante en duurzame HbA_{1c}-verlaging[3]
- Blijvende gewichtsafname[3]
- Bovendien geeft Victoza® vergelijkbare of zelfs grotere patiënttevredenheid vs. de DPP-4 remmer sitagliptine[4]

Victoza® past in een multifactoriële behandeling voor mensen met diabetes type 2, met een vergelijkbare werking als humaan GLP-1.[3]

novo nordisk®

VICTOZA®
liraglutide

Advertenties_bw.indd 2 17-07-13 09:04

jonge mensen zinloos'. Als knelpunt codeerden wij uitspraken die een obstakel voor het voorgestane beleid beschreven, bijvoorbeeld: 'Ik signaleer een gebrek aan kennis bij mijn beroepsgenoten over de logistiek van het aanvragen van obductie'. En als suggestie omschreven wij tot slot die reacties die een oplossing aandroegen voor bestaande knelpunten, zoals: 'In de opleiding van huisartsen moet meer aandacht worden besteed aan criteria voor het afgeven van natuurlijke dood'.

De onderzoeker en de inhoudsdeskundige codeerden alle transcripten onafhankelijk van elkaar, en trachtten bij een gebleken verschil consensus te bereiken. Lukte dit niet, dan besliste een tweede inhoudsdeskundige (IMvL) over de definitieve codering. Eenzelfde procedure gebruikten wij bij de precieze verwoording van de vier gecodeerde categorieën in dit artikel.

RESULTATEN

Wij beperken ons hier tot een beschrijving van de knelpunten en suggesties, ingedeeld volgens de drie onderdelen van de in de [**figuur**] weergegeven procesgang, namelijk (1) de verklaring van natuurlijke dood, (2) het verzoek tot klinische obductie en DNA-opslag, en (3) de verwijzing voor cardiogenetisch onderzoek.

De [**tabel**] geeft de kenmerken van de deelnemers weer. De helft van de 14 deelnemende huisartsen gaf aan dat zij ooit bij een patiënt (ongeacht de leeftijd) obductie hadden laten uitvoeren.

Tabel Deelnemerskenmerken (N = 32)

Kenmerken	Aantal
Huisartsen, n/N	14/32
Gemeentelijk lijkschouwers, n/N	18/32
Gemiddelde leeftijd, jaren (standaarddeviatie)	51 (10)
Mannelijk geslacht, n/N	13/32
Gemiddelde ervaring als huisarts c.q. lijkschouwer, jaren (standaarddeviatie)	17 (11)
Ervaring met plotselinge dood op jonge leeftijd, n/N	26/32
huisarts	11/14
gemeentelijk lijkschouwer	15/18

Verklaring van natuurlijke dood

De huisartsen, en in mindere mate ook de gemeentelijk lijkschouwers, gaven aan dat zij slechts zelden met de plotselinge dood van een jong persoon te maken krijgen. Dit maakt dat huisartsen hun beslissing om al of geen verklaring van natuurlijke dood af te geven bij voorkeur samen met de gemeentelijk lijkschouwer nemen: 'Zeker als een jong persoon is overleden heb je de behoefte om een lijkschouwer te bellen'.

De deelnemers noemden een aantal knelpunten in de algemene interactie tussen huisartsen en gemeentelijk lijkschouwers. De gemeentelijk lijkschouwers gaven aan dat huisartsen hen vaak benaderen zonder een gerichte vraag en zonder voldoende voorwerk te hebben gedaan. Dit kan tot irritatie leiden, vooral als het gebrek aan kennis of ervaring van de huisarts niet uitdrukkelijk ter sprake komt: 'Ik heb wel gemerkt dat huisartsen die het zelf moeten regelen helemaal niet weten hoe en wat. Ze dumpen het bij mij en zeggen: ik weet het niet, regel jij het maar'. Andersom geven huisartsen aan dat zij in bijscholingscursussen Forensische geneeskunde wel leren dat de gemeentelijk lijkschouwer bij twijfel over de doodsoorzaak altijd moet meeschouwen, maar dat dat evengoed veel overredingskracht kost: 'Om een lijkschouwer mee te laten beoordelen moet je soms doorduwen'.

Gemeentelijk lijkschouwers van hun kant geven aan dat zij soms aarzelen om een artikel-10-verklaring (niet-natuurlijke dood) af te geven, omdat de Officier van Justitie vaak toch niet besluit tot een gerechtelijke sectie en het lichaam alsnog vrijgeeft: 'Ik kan dan net zo goed meteen een verklaring van natuurlijke dood afgeven'. Een andere lijkschouwer vult dit aan: 'Het maakt daarbij wel uit of de persoon op het platteland of in een grote stad is overleden, in grote steden is er eerder sprake van een misdrijf en in enkele regio's zijn er meer mogelijkheden tot financiering van toxicologisch onderzoek'. Een andere drempel voor het afgeven van een artikel-10-verklaring is voor beide disciplines dat het 'een heel circus' op gang brengt, waarbij technische recherche aanwezig is en soms het huis wordt afgezet tot het onderzoek is afgerond.

Obductieverzoek

De literatuur vermeldt diverse emotionele bezwaren tegen obductie, bijvoorbeeld dat familieleden obductie als mutilerend ervaren.[11,12] Dergelijke bezwaren, zowel van de huisarts zelf als van familieleden, kwamen ook in de focusgroepen naar voren.

'Het verzoek om obductie moet al op een uiterst moeilijk moment aan de familie worden gericht,' stelde een huisarts, 'maar de drempel is nog hoger indien dit gepaard gaat met de boodschap dat hier kosten mee gemoeid zijn'. Vooral als de betrokken huisarts niet de eigen huisarts van de familie of van de overledene is, is dit een obstakel.

Als het overlijden buiten het ziekenhuis plaatsvindt, vergoedt de zorgverzekeraar niet de kosten van de obductie, het transport naar het ziekenhuis en de opslag in een koelcel.[11] In sommige regio's is de kostenfactor daardoor een extra drempel: 'Ik heb nog nooit obductie aangevraagd, maar heb wel van collega's begrepen dat het ontzettend veel gedoe is om het te regelen en er veel gesteggel over kan komen'. Hierbij lijkt ook mee te spelen of het de eigen of de dienstdoend huisarts is die toestemming voor obductie vraagt.

Een ander bezwaar dat naar voren kwam, is dat huisartsen die gedurende een drukke dienst veel tijd kwijt zijn aan het aanvragen van een obductie zich onproductief en oncollegiaal voelen. Een argument daarbij is dat men zijn beperkte tijd liever investeert in een levende persoon dan in een dode. Bovendien bleken niet alle huisartsen overtuigd van het nut van obductie in deze situatie, onder andere uit onbekendheid met de waarde van een niet-conclusieve uitslag. Ook zulke beeldvorming beïnvloedt het besluit om obductie al dan niet ter sprake te brengen.

Tot slot verschillen de opvattingen van huisartsen met die van gemeentelijk lijkschouwers over hun taken en verant-

OND08_Bakker.indd 373 17-07-13 08:46

woordelijkheden bij het aanvragen van klinische obductie. Veel gemeentelijk lijkschouwers vinden dat zo'n aanvraag eigenlijk niet tot hun taak behoort. Zij voelen zich ongewild in de rol van behandelaar geplaatst, te meer daar degene die de obductie aanvraagt ook degene is die de rapportage van de patholoog ontvangt en de gegevens bespreekt met de familie: 'Dan moet ik dus gaan regelen dat het lichaam naar een ziekenhuis gaat en krijg ik allemaal vragen van de familie voorgelegd. Moet ik dan ook nog eens de familie gaan waarschuwen over wat de uitslag is? Terwijl ik in eerste instantie forensisch arts ben en niet behandelaar?' Sommige gemeentelijk lijkschouwers adviseren de familie, als de huisarts onbereikbaar is, om zelf op de volgende werkdag via de huisarts de obductie te regelen. Sommige huisartsen stellen daartegenover dat als de gemeentelijk lijkschouwer na de schouw de overlijdenspapieren invult, deze ook de obductie moet aanvragen.

Cardiogenetisch onderzoek

Sommige huisartsen zijn (terecht) van mening dat je familieleden pas grondig moet screenen als je de afwijkingen die eventueel gevonden worden ook kunt behandelen. Ze denken (ten onrechte) dat dit bij veel erfelijke hartafwijkingen niet of onvoldoende het geval is: 'Als het voorkeursbeleid zegt dat er een obductie moet komen, moet je ook iets te bieden hebben'. Omdat huisartsen niet altijd goed op de hoogte zijn van alle behandelingsmogelijkheden, zijn ze soms te terughoudend met familieonderzoek.

Een ander mogelijk obstakel voor familieonderzoek is dat de patholoog die de obductie heeft uitgevoerd onvoldoende informatie geeft. Huisartsen geven aan dat de patholoog soms in het midden laat of een gevonden hartafwijking (potentieel) erfelijk is, en het aan de kennis en het initiatief van de huisarts overlaat of die de familie voor vervolgonderzoek benadert: 'Dan staat er bijvoorbeeld dat iemand van 20 is overleden aan dilaterende cardiomyopathie. Maar dan denk je: 20 jaar? Dilaterende cardiomyopathie? Hoe kan dat nou? En dan zeker googelen of in Wikipedia opzoeken of het erfelijk is?'

Ook de familie zelf kan nader onderzoek belemmeren. Meerdere huisartsen signaleren dat familieleden soms niets van vervolgonderzoek willen weten omdat ze bang zijn dat ze vanaf het moment dat er cardiale afwijking wordt gevonden als hartpatiënt door het leven gaan. Zij lijken liever te leven met de onzekerheid dat hen mogelijk iets mankeert dan met het absolute besef dat zij daadwerkelijk drager zijn van een erfelijke hartziekte, ook als er mogelijkheden zijn die te behandelen. Een huisarts merkte daarbij ook nog op: 'De angst dat een werkelijk gevonden afwijking gevolgen heeft voor de premies van levens- en ziektekostenverzekeringen kan daarbij een rol spelen'.

Oplossingen

Over de waarde van een officiële richtlijn lopen de meningen binnen de focusgroepen uiteen. Sommige deelnemers vinden het een goede suggestie, anderen zijn tegen. Een huisarts verwoordde het als volgt: 'Ik moet daar echt om lachen, gaan we weer richtlijnen maken, dat is echt Nederlands. Voor iets wat je in je carrière misschien één of twee keer gaat meemaken. En dan denk ik: jongens ... ga nou gewoon communiceren met elkaar, daar kom je veel verder mee'.

Een oplossing die alle focusgroepen noemden, was het vinden van mogelijkheden tot vergoeding van het vervoer naar het ziekenhuis en de obductie. Partijen die hierin een rol zouden kunnen spelen, zijn afdelingen Pathologie (obductie is immers onderdeel van de opleiding tot patholoog) en zorgverzekeraars (cardiogenetisch onderzoek en preventieve interventies kunnen bijdragen aan kostenreductie). Het gaat ook niet om heel hoge kosten (gemiddeld driehonderd euro), en het uitblijven van die vergoeding is voor de familie soms uiterst pijnlijk.

Een tweede suggestie was het aanstellen van een centrale case-manager, zoals Australië[5] en Denemarken[13] die kennen, die erop toeziet dat bij de plotselinge dood van een jong iemand zowel de justitiële als de medische zaken goed worden afgehandeld. In Denemarken is, mede hierdoor, het aantal obducties bij plotseling overleden jonge mensen aanmerkelijk hoger.[13]

Een derde suggestie was het ontwikkelen en aan huisartsen beschikbaar stellen van regionale sociale kaarten, met de namen en telefoonnummers van personen en instellingen die betrokken zijn bij obductie en cardiogenetisch onderzoek.

Ten vierde suggereerden de deelnemers dat de opleidingen van huisartsen meer aandacht zouden kunnen besteden aan lijkschouwing, criteria voor de verklaring van natuurlijke dood en het aanvragen van obductie. Gerichte publicaties in door veel huisartsen gelezen tijdschriften kunnen daarbij ook helpen.

Een laatste suggestie was pragmatisch: het verzoek om obductie aan de familie kan beter niet direct na het overlijden plaatsvinden, maar op zijn vroegst de dag erna. Diverse huisartsen hadden gemerkt dat familieleden een grotere bereidheid tonen om obductie te laten uitvoeren als de grootste schok voorbij is.

BESCHOUWING

Bij de plotselinge dood van mensen jonger dan 45 jaar wordt het best mogelijke beleid vaak niet gevolgd. Dat komt vooral doordat gemeentelijk lijkschouwers en huisartsen zo'n gebeurtenis bijna nooit meemaken en dus nagenoeg geen ervaring hebben met de procedure. Wat ook een rol speelt, is dat huisartsen vaak te weinig afweten van de erfelijke risico's voor familieleden en de behandelingsmogelijkheden daarvan, en soms onrealistische denkbeelden hebben over de waarde van obductie en familieonderzoek. Hun tekort aan ervaring versterkt hun behoefte om de gemeentelijk lijkschouwer te laten meedenken en meebeslissen, maar zodra deze erbij betrokken raakt, staan verschillende opvattingen over taken en verantwoordelijkheden een efficiënte procedure nogal eens in de weg. Gemeentelijk lijkschouwers willen de rol van behandelaar niet opgedrongen krijgen en benaderen de familie dus liever niet zelf om toestemming voor obductie; huisartsen

OND08_Bakker.indd 374 17-07-13 08:46

achten zichzelf niet altijd in staat een goede afweging te maken tussen een al dan niet natuurlijke doodsoorzaak. Daarnaast zijn er nog emotionele drempels, bijvoorbeeld dat men op een toch al beladen moment moet aandringen op obductie en vervolgonderzoek. En tot slot zijn er tal van praktische organisatorische hindernissen zoals drukte, geldgebrek en gebrek aan regionale sociale kaarten, formulieren en protocollen.

Dit alles moge duidelijk zijn, maar men moet zich afvragen of het zin heeft een richtlijn te ontwikkelen voor omstandigheden die zo zelden voorkomen.

Beperkingen

De meerwaarde van focusgroepen boven andere methoden van gegevensverzameling is dat zij gegevens opleveren van mensen die reageren op elkaars standpunten en ervaringen, niet dat het beeld noodzakelijkerwijs compleet is. Hoewel een aantal problemen, knelpunten en oplossingen in meerdere focusgroepen naar voren kwam, hebben wij niet de pretentie dat we volledige dataverzadiging bereikt hebben en dat het organiseren van nog meer focusgroepen geen aanvullende gegevens had kunnen opleveren. Evenmin verwachten wij dat de spreiding over twee regio's garant staat voor een uitputtend of zelfs maar representatief beeld van de knelpunten en oplossingen in alle regio's. Wij denken echter wel dat ons onderzoek voldoende inzicht geeft in de belangrijkste knelpunten die de uitvoering van het voorkeursbeleid in de weg staan, en mogelijke oplossingen aandraagt.

Conclusie

In onze focusgroepen zijn waardevolle oplossingen naar voren gekomen, maar duidelijk is ook dat het introduceren van een enkele interventie niet voldoende zal zijn – iets wat al eerder gebleken is in ons CAREFUL-onderzoek. Het is wel duidelijk dat het wegnemen van financiële drempels voor obductieonderzoek, naast educatie die gericht is op het vergroten van kennis en het ontkrachten van negatieve denkbeelden, de motivatie van de betrokken beroepsbeoefenaren verhoogt. Een andere oplossing, die in andere landen al tot positieve resultaten heeft geleid, is het aanstellen van landelijk werkende case-managers voor gevallen van plotselinge dood. Een pilotonderzoek hiernaar zou zinvol zijn.

Cardiologie en genetica bieden steeds meer mogelijkheden ter preventie van plotselinge dood op jonge leeftijd. Deze mogelijkheden worden echter alleen ten volle benut als huisartsen de families die risico lopen efficiënt opsporen en verwijzen. Zij hebben daarbij gerichte hulp nodig, zoals uit ons onderzoek is gebleken.

DANK

De auteurs danken alle deelnemende huisartsen en gemeentelijk lijkschouwers, dr. J. Tuinstra voor het voorzitten van een focusgroepsbijeenkomst en prof.dr. A.A.M. Wilde (cardioloog, AMC, Amsterdam) voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel. ■

LITERATUUR

1 Van der Werf C, Van Langen IM, Wilde AA. Sudden death in the young: what do we know about it and how to prevent? Circ Arrhythm Electrophysiol 2010;3:96-104.
2 Hofman N, Tan HL, Alders M, Van Langen IM, Wilde AA. Active cascade screening in primary inherited arrhythmia syndromes: does it lead to prophylactic treatment? J Am Coll Cardiol 2010;55:2570-6.
3 Christiaans I, Van Langen IM, Birnie E, Bonsel GJ, Wilde AA, Smets EM. Quality of life and psychological distress in hypertrophic cardiomyopathy mutation carriers: a cross-sectional cohort study. Am J Med Genet A 2009;149A:602-12.
4 Hendriks KS, Hendriks MM, Birnie E, Grosfeld FJ, Wilde AA, Van den Bout J, et al. Familial disease with a risk of sudden death: a longitudinal study of the psychological consequences of predictive testing for long QT syndrome. Heart Rhythm 2008;5:719-24.
5 Semsarian C, Hamilton RM. Key role of the molecular autopsy in sudden unexpected death. Heart Rhythm 2012;9:145-50.
6 Skinner JR, Duflou JA, Semsarian C. Reducing sudden death in young people in Australia and New Zealand: the TRAGADY initiative. Med J Aust 2008;189:539-40.
7 Van der Werf C, Hofman N, Tan HL, Van Dessel PF, Alders M, Van der Wal AC, et al. Diagnostic yield in sudden unexplained death and aborted cardiac arrest in the young: the experience of a tertiary referral center in The Netherlands. Heart Rhythm 2010;7:1383-9.
8 Behr ER, Dalageorgou C, Christiansen M, Syrris P, Hughes S, Tome Esteban MT, et al. Sudden arrhythmic death syndrome: familial evaluation identifies inheritable heart disease in the majority of families. Eur Heart J 2008;29:1670-80.
9 Hendrix A, Van der Werf C, Bots ML, Birnie E, Van der Smagt JJ, Borleffs CJ, et al. Rationale and design of the CAREFUL study: The yield of CARdiogenetic scrEening in First degree relatives of sudden cardiac and UnexpLained death victims <45 years. Neth Heart J 2010;18:286-90.
10 Kitzinger J. Qualitative research: Introducing focus groups. BMJ 1995;311:299-302.
11 Van Zwieten J. Sparen voor de obductie. Medisch Contact 2006;61:1418-9.
12 Oppewal F, Meyboom-de Jong B. Overwegingen van huisartsen bij het niet aanvragen van obductie: Een verslag van drie focusgroepen. Ned Tijdschr Geneeskd 2003;147:1315-8.
13 Winkel BG, Holst AG, Theilade J, Kristensen IB, Thomsen JL, Ottesen GL, et al. Nationwide study of sudden cardiac death in persons aged 1-35 years. Eur Heart J 2011;32:983-90.

OND08_Bakker.indd 375 17-07-13 08:46

Tjard Schermer, Joke Grootens-Stekelenburg, Jan Rauws, Joke Denis, Yvonne Heijdra, Frans de Jongh, Petra Verhoeckx, Martien Vrolijk, Frank Pepels, Ivo Smeele

ONDERZOEK

Wordt spirometrie beter door nascholing?

Samenvatting

Schermer TR, Grootens-Stekelenburg J, Rauws J, Denis J, Heijdra Y, De Jongh F, Verhoeckx P, Vrolijk M, Pepels F, Smeele IJM. Wordt spirometrie beter door nascholing? Huisarts Wet 2013;56(8):376-83.

ACHTERGROND Veel huisartsenpraktijken verrichten spirometrietests in eigen beheer, en er zijn diverse organisaties die nascholing op dat vlak verzorgen. Of die nascholing de kwaliteit van spirometrietests ook daadwerkelijk verbetert, is onduidelijk. Wij bestudeerden de invloed van twee cursussen op de kwaliteit van de spirometrie.

METHODE De geëvalueerde nascholingen waren de CASPIR-duocursus en de nascholing van zorggroep Cohesie uit Noord-Limburg, gegeven tussen 2009 en 2012. Ervaren longfunctieanalisten beoordeelden een aselecte steekproef van testuitslagen, getrokken uit de spirometriebestanden van de deelnemende huisartsenpraktijken. De primaire uitkomstmaat was het percentage spirometrietests dat voldeed aan de internationale ATS/ERS-kwaliteitscriteria, waarbij 60% gold als prestatienorm. Met multilevel multivariate logistische regressieanalyse bepaalden wij de odds ratio's (ORs) voor het verschil tussen tests uitgevoerd vóór de nascholing en tests die na de cursus waren uitgevoerd.

RESULTATEN De longfunctieanalisten beoordeelden in totaal 1065 tests uit 29 praktijken (552 tests uit 15 CASPIR-praktijken en 513 tests uit 14 Cohesie-praktijken). Bij voormeting voldeed 39,1% van de CASPIR-tests aan de kwaliteitscriteria, bij nameting 51,0% (OR 1,60; 95%-BI 1,12-2,30). Voor Cohesie waren deze percentages respectievelijk 45,3% en 44,1% (OR = 0,93; 95%-BI 0,65-1,33). Voorafgaand aan de CASPIR-cursus presteerden 2 van de 15 praktijken (13,3%) op of boven de gestelde prestatienorm, na de cursus waren dit er 7 (46,7%). Voorafgaand aan de Cohesie-nascholing presteerden 4 praktijken (28,6%) op of boven de prestatienorm, erna 1 (7,1%).

CONCLUSIE In de CASPIR-praktijken zagen wij na de cursus gemiddeld 12% meer goede spirometrietests en het aantal praktijken dat de prestatienorm haalde, verdrievoudigde. Na de Cohesie-cursus bleef het percentage goede tests gelijk en was het aantal praktijken dat de prestatienorm haalde afgenomen. Gestructureerde spirometrienascholing kan een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de spirometrie in huisartsenpraktijken, al zal het niet overal tot een relevante verbetering leiden.

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101 (Huispost 117), 6500 HB Nijmegen: dr. T.R. Schermer, senior onderzoeker; J. Grootens-Stekelenburg, onderzoeksmedewerker. Almelo: J. Rauws: kaderhuisarts astma/COPD. Zorggroep Zorroo, Oosterhout: J. Denis, astma/COPD-consulent. UMC St Radboud, afdeling Longziekten, Nijmegen: dr. Y. Heijdra, longarts-onderzoeker. Medisch Spectrum Twente, Enschede: dr. F. de Jongh: longfysioloog. Coöperatie Cohesie UA, Venlo: P. Verhoeckx, praktijkbegeleider chronische longziekten. Medisch centrum de Hoge Hond, Deventer: M. Vrolijk, praktijkverpleegkundige. Huisartsenpraktijk Schonck en Pepels, Velden: F. Pepels, kaderhuisarts astma/COPD. CAHAG, Utrecht: dr. I.J.M. Smeele, kaderhuisarts astma/COPD, voorzitter CAHAG • Correspondentie: t.schermer@elg.umcn.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de uitvoering van het onderzoek werd gefinancierd door de Stichting CAHAG. De ontwikkeling van de CASPIR-cursus is mede mogelijk gemaakt door een gezamenlijke *unrestricted grant* van GlaxoSmithKline, Boehringer Ingelheim en AstraZeneca aan de Stichting CAHAG. Verschillende auteurs waren docent bij CASPIR-cursussen en kregen daarvoor een vergoeding. Anderen zijn in dienst van de stichting CAHAG of zorggroep Cohesie.De sponsoren hadden (en hebben) geen invloed op de opzet en inhoud van de CASPIR-cursus.

INLEIDING

Spirometrie heeft in de afgelopen jaren een niet meer weg te denken plaats gekregen bij de diagnostiek en controle van chronische luchtwegaandoeningen in de huisartsenpraktijk.[1,2] In 2008 had ongeveer 62% van de huisartsenpraktijken in Nederland een eigen spirometer,[3] maar de in eigen beheer uitgevoerde spirometrietests hadden niet altijd voldoende kwaliteit: slechts 39% voldeed aan de strenge internationale kwaliteitscriteria.[4] Ter vergelijking: in Australië voldeed 44% van de spirometrietests in huisartsenpraktijken aan de kwaliteitscriteria.[5]

Om hoogwaardige spirometrie te kunnen aanbieden heeft een praktijk goed getraind personeel nodig (praktijkassistenten, praktijkondersteuners of praktijkverpleegkundigen), betrouwbare apparatuur, gestandaardiseerde meetmethoden en procedures voor kwaliteitsbewaking.[2,6] Meestal is bij een niet goed uitgevoerde spirometrietest de duur van de blaaspoging niet lang genoeg.[4,7] Daardoor valt de gemeten geforceerde vitale capaciteit (FVC) te laag uit en wordt het quotiënt met het geforceerd uitgeademde volume in 1 seconde (de FEV_1/FVC-ratio) te hoog. De uitslag is dan fout-negatief en leidt ten onrechte tot de conclusie dat er geen sprake is van luchtwegobstructie.

Diverse organisaties in Nederland geven al jarenlang nascholingen aan spirometriemedewerkers uit huisartsenpraktijken. Het is echter niet bekend of die nascholingen, die vaak eenmalig zijn, de kwaliteit van de spirometrietests ook daadwerkelijk verbetert. In dit ongecontroleerde retrospectieve onderzoek bekeken wij de invloed van twee gestructureerde nascholingsinitiatieven op de kwaliteit van de spirometrie in huisartsenpraktijken.

Wat is bekend?

- Spirometrie is niet meer weg te denken bij de diagnostiek en controle van chronische luchtwegaandoeningen in de eerste lijn.
- Diverse organisaties en bedrijven verzorgen spirometrienascholing voor medewerkers uit huisartsenpraktijken, maar of daarmee ook de kwaliteit van de spirometrie verbetert, is onduidelijk.

Wat is nieuw?

- De CASPIR-duocursus zorgde voor een toename van goede spirometrie met gemiddeld 12 procentpunt, en voor een verdrievoudiging van het aantal praktijken dat op hetzelfde niveau presteert als een huisartsenlaboratorium.
- De nascholing van zorggroep Cohesie bracht niet een vergelijkbare stijging teweeg, maar zorgde wel voor een toename van het percentage klinisch bruikbare tests.
- Gedegen nascholing, zoals de CASPIR-cursus die biedt, heeft een positieve invloed op de kwaliteit van de spirometrie in huisartsenpraktijken, maar leidt niet in elke praktijk tot verbetering.

OND08_Schermer.indd 376 17-07-13 08:50

METHODE

Onderzoeksopzet

Ons onderzoek betreft een parallelle voor-en-navergelijking van twee nascholingsinitiatieven. Het ene initiatief is de landelijke cursus COPD, Astma en Spirometrie (CASPIR), een 'duocursus' voor huisartsen en praktijkondersteuners die in 2009 is opgezet door de COPD & Astma Huisartsen Advies Groep (CAHAG) in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Longfunctie Analisten (NVLA), de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT) en V&VN Praktijkverpleegkundigen & Praktijkondersteuners. Het andere initiatief is afkomstig van de Coöperatie Cohesie UA, een samenwerkingsverband van huisartsen in Noord-Limburg. Cohesie ontwikkelde samen met het longfunctielaboratorium van medisch centrum Vie-Curi in Venlo een eigen nascholingscursus voor praktijkassistenten- en ondersteuners. [**Tabel 1**] geeft details van de beide cursussen.

Huisartsenpraktijken in het onderzoek

Voor de evaluatie van de CASPIR-cursus selecteerden wij via de centrale cursusregistratie van de Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH) cursussen die in de periode 2009-2010 waren gegeven door een kaderhuisarts astma/COPD in een straal van 80 kilometer rond Nijmegen (25 van de 127 cursusgroepen). Om de leercurve van docenten te vermijden, excludeerden wij de cursusgroepen waarin de kaderhuisarts voor het eerst als CASPIR-docent was opgetreden. Uit de 9 overgebleven cursusgroepen trokken wij aselect 6 cursusgroepen. Aan deze 6 cursussen hadden 77 praktijken deelgenomen, die wij schriftelijk uitnodigden [**figuur 1**]. Om voor ons evaluatieonderzoek in aanmerking te komen, moest de praktijk aan vier voorwaarden voldoen: (1) voorafgaand aan de CASPIR-cursus al ten minste zes maanden in eigen beheer spirometrie hebben gedaan; (2) de spirometrie-uitslagen beheren in een digitaal bestand zoals Spida® of SpiroPerfect®; (3) per test minstens twee blaaspogingen hebben opgeslagen; (4) bereid zijn tot deelname.

Voor de Cohesie-cursus benaderden wij eerst alle aangesloten praktijken die al gestart waren met de diagnosebehandelingcombinatie COPD en die spirometrie in eigen beheer verrichtten [**figuur 1**]. Om in aanmerking te komen voor ons evaluatieonderzoek moesten deze praktijken aan dezelfde inclusiecriteria voldoen als de CASPIR-praktijken.

Steekproeven van tests en overige dataverzameling

Op basis van eerder onderzoek namen wij aan dat het percentage adequate spirometrietests door de nascholing met minstens 15 procentpunten zou stijgen, dus bijvoorbeeld van 40 naar 55% of van 45 naar 60%.[5,7,8] Een geclusterde steekproefomvangberekening op basis van aanvullende aannames (intraclustercorrelatiecoëfficiënt = 0,04[9]; $\alpha = 0{,}05$; $1 - \beta = 0{,}80$) liet zien dat wij per cursus 15 praktijken nodig zouden hebben, en per praktijk gemiddeld 40 spirometrietests (20 voormetingen en 20 nametingen).

Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

Abstract

Schermer TR, Grootens-Stekelenburg J, Rauws J, Denis J, Heijdra Y, De Jongh F, Verhoeckx P, Vrolijk M, Pepels F, Smeele IJM. Does spirometry training improve test quality? Huisarts Wet 2013;56(8):376-83.

BACKGROUND Many general practices perform spirometric tests. Although several organizations provide (refresher) courses in spirometry, it is not clear whether such courses improve the quality of spirometric testing in general practice.

Method Two courses were evaluated that were given between 2009 and 2012, the CASPIR course and a course provided by the Cohesie care group in north Limburg, the Netherlands. Experienced pulmonary function technicians evaluated a random selection of spirometric test results taken from the database of participating general practices. The primary outcome was the proportion of spirometric tests that met international ATS/ERS quality criteria, with 60% being considered the performance norm. Multilevel, multivariate logistic regression analysis was used to determine the odds ratios (OR) for differences between tests performed before and after the courses.

RESULTS In total, 1065 tests from 29 practices were evaluated (552 tests performed in 15 practices that used the CASPIR course and 513 tests performed in 14 practices that participated in the Cohesie course). In total, 39.1% of the tests performed in the CASPIR practices met quality criteria before and 51.0% after the course (OR 1.60, 95% CI 1.12–2.30); the data for the tests performed in the Cohesie practices were 45.3% and 44.1%, respectively (OR 0.93, 95% CI 0.65–1.33). Before the CASPIR course, 2 of the 15 practices (13.3%) performed better than the performance norm; this proportion increased to 7 of 15 practices (46.7%) after the course. Before the Cohesie course, 4 of 14 practices (28.6%) performed better than the performance norm, and after the course 1 (7.1%).

CONCLUSIONS In practices that had followed the CASPIR course, there was a 12% improvement in spirometric investigations and the number of practices meeting the performance norm increased 3-fold. There was no improvement in spirometric tests in practices that followed the Cohesie course and the number of practices meeting the performance norm decreased. Structured courses in spirometry can improve the quality of spirometry in general practice, but the improvement is not always relevant.

OND08_Schermer.indd 377 17-07-13 08:50

Tabel 1 **Twee nascholingscursussen spirometrie, 2009-2012**

Kenmerk	CASPIR	Cohesie
Start	2009	2009
Aantal nageschoolden per november 2012	4900	85
Bereik	landelijk, cursussen regionaal georganiseerd	regionaal
Doelgroep	huisartsen, praktijkverpleegkundigen, -ondersteuners en -assistenten	praktijkondersteuners en -assistenten
Organisatie	zorggroep of regionale scholingsorganisatie in samenwerking met regionaal ziekenhuis; logistieke ondersteuning veelal door farmaceutisch bedrijf	Coöperatie Cohesie in samenwerking met ziekenhuis VieCuri in Venlo
Vorm	vijf modules (waarvan twee plenaire sessies), verspreid over een periode van 5-6 maanden	eenmalige scholingssessie in kleine groepjes (3-5 deelnemers)
Docent(en)	kaderhuisarts astma/COPD; longfunctieanalist; longarts (bij voorkeur uit de regio)	longfunctieanalist van VieCuri
Tijdbesteding	10 uur per jaar	2,5-3 uur per jaar
Inhoud	**module 1** (zelfstudie): cd-rom *Spirometry Fundamentals*® (1 uur) **module 2** (plenair): verplichte kennistoets; achtergrond longfysiologie; uitvoering spirometrie volgens ATS/ERS-richtlijn 2005; spirometrie zoals behandeld in de NHG Praktijkwijzer Astma/COPD 2009; start interpretatie (3 uur) **module 3** (stage): praktijkervaring opdoen in regionaal longfunctielab (2 uur) **module 4** (zelfstudie): in eigen praktijk samenstellen van portfolio met eigen spirometrietests en beoordeling door longfunctieanalist (1 uur) **module 5** (plenair): bespreken kennistoets; organisatie spirometrie; keuze apparaat; onderhoud en kwaliteitscontrole; bespreken meegebrachte portfolio; casuïstiek; praktijkexamen; afsluitende kennistoets (3 uur) **module 6** (plenair): opfrissessie na 1 jaar	■ bijeenkomst Lucht voor Limburg (facultatief, niet meegerekend in tijdbesteding) ■ zelfstudie: cd-rom *Spirometry Fundamentals*® ■ scholingssessies in het VieCuri ziekenhuis, voornamelijk gericht op goede uitvoering van spirometrie, met een interactieve opzet en veel ruimte voor vragen, eigen inbreng en demonstratie door de deelnemers ■ ongeveer de helft van de tijd wordt besteed aan theorie, de andere helft aan oefenen met een spirometer ■ deelnemers kregen het aanbod mee te lopen op een longfunctielaboratorium maar maakten daarvan niet of nauwelijks gebruik
Certificering en continuïteit	na afloop van module 5 krijgt de cursist, afhankelijk van diens functie in het spirometrisch proces, een certificaat voor interpretatie en uitvoering of een certificaat voor uitvoering van spirometrie* het certificaat kan verlengd worden via een jaarlijkse opfrissessie; hercertificering na 3 jaar	■ aan het einde van de sessie toetst de docent bij iedere deelnemer de bekwaamheid van de testuitvoering met behulp van een checklist ■ in de diagnosebehandelingcombinatie COPD is afgesproken dat praktijkondersteuners en -assistenten eenmaal per jaar een scholingssessie volgen en dat alleen degenen die deze hebben gevolgd de spirometrie verrichten†

** Sinds 2011 omvat de scholing van praktijkondersteuners ook de interpretatie van spirometrietests.*
† In de tweede helft van 2011 is de spirometrienascholing geïntensiveerd en is de scholingssessie onderdeel van een Opleidingsplan spirometrie, waarin ook een kennistoets, praktijkvisitatie, portfolio- en verdiepingsbijeenkomsten zijn opgenomen.

Een onderzoeksmedewerker bezocht alle deelnemende CASPIR-praktijken en trok daar twee aselecte steekproeven: één uit de spirometrietests die in de zes maanden voorafgaand aan de scholing waren verricht (voormeting) en één uit de tests die in de zes maanden na de scholing waren verricht (nameting). De medewerker selecteerde alleen tests die waren afgenomen bij patiënten van 11 jaar of ouder en waarvan ten minste twee pre-bronchodilatoire blaaspogingen waren opgeslagen.[7,9] Bij Cohesie werden per deelnemende praktijk twee steekproeven getrokken uit de centrale spirometriebestanden van de zorggroep, eveneens uit de periode zes maanden voor en zes maanden na de scholing, en met dezelfde inclusiecriteria. Na anonimisering werden de spirometriegegevens digitaal opgeslagen (als pdf).

Aangezien de patiëntgegevens geanonimiseerd waren en de onderzoekers alleen routinematig afgenomen spirometrietests gebruikten en geen inzage hadden in de medische dossiers, was *informed consent* niet nodig.

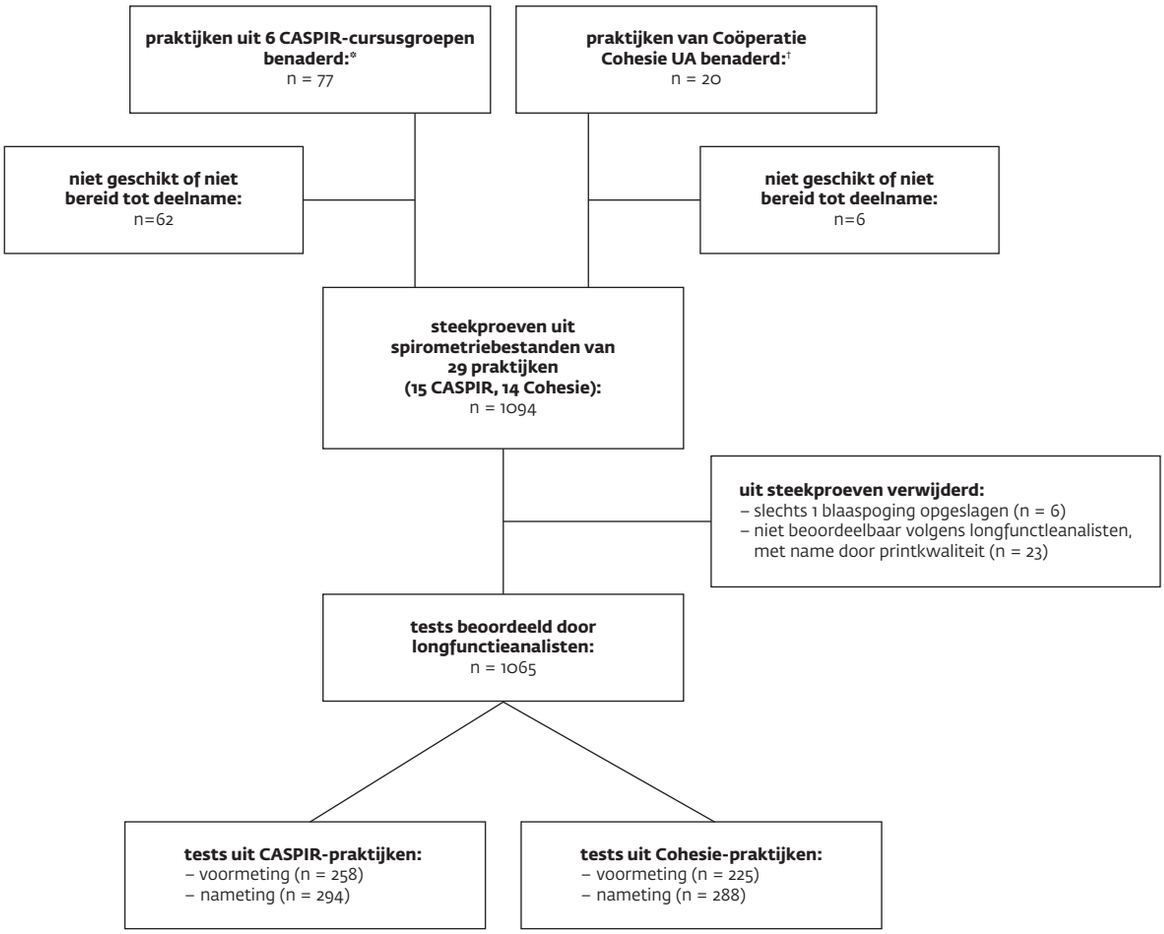
Kwaliteitsbeoordeling van de spirometrietests

Drie longfunctieanalisten van het Universitair Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald (Groesbeek) beoordeelden kleurenprints van de spirometrietests in willekeurige volgorde. De betrokken analisten hadden ieder ruim twintig jaar ervaring in het uitvoeren en beoordelen van longfunctiemetingen. Zij werden geblindeerd voor elkaars beoordelingen, voor de herkomst van de test en voor de diagnose, maar kregen wel informatie over leeftijd, geslacht, lengte en gewicht van de patiënt. Voorafgaand aan het onderzoek ontvingen zij instructies over de beoordeling van spirometrietests aan de hand van een checklist met criteria van de *American Thoracic Society* (ATS) en de *European Respiratory Society* (ERS).[2,6]

De longfunctieanalisten oefenden vooraf met het beoordelen van tien tests en bediscussieerden daarna hun beoordelingen en ervaringen. Twee van hen beoordeelden vervolgens alle tests voor het onderzoek. De intra- en interbeoordelaarsovereenstemming van deze beoordelingsmethodiek is onderzocht en toereikend gebleken.[9] Als de twee analisten het

OND08_Schermer.indd 378 17-07-13 08:50

Figuur 1 Aantallen spirometrietests in de diverse steekproeven



** In de regio's Apeldoorn, Arnhem, Deventer, Eindhoven, Nijmegen en Winterswijk.*

† Bij de Coöperatie Cohesie UA zijn 40 huisartsenpraktijken aangesloten. De 20 benaderde praktijken waren gestart met de DBC COPD en verrichtten al spirometrie in eigen beheer.

onderling oneens waren, beoordeelde ook de derde analist de betreffende spirometrietest.

Uitkomstmaten

Onze primaire, dichotome, uitkomstmaat was het percentage adequaat uitgevoerde spirometrietests, gedefinieerd als een test die bestond uit minimaal twee blaaspogingen en voldeed aan de ATS/ERS-criteria voor accepteerbaarheid en herhaalbaarheid van de twee hoogste FEV_1- en FVC-waarden.[8,9] Als prestatienorm bij de interpretatie van de bevindingen voor de primaire uitkomstmaat gebruikten wij het percentage spirometrietests (60%) dat in een huisartsenlaboratorium conform ATS/ERS-criteria wordt uitgevoerd door longfunctiemedewerkers.[8]

Onze secundaire, eveneens dichotome, uitkomstmaat was het percentage 'klinisch bruikbare' spirometrietests, dat wil zeggen volgens de beoordelend longfunctieanalist toereikend om er een diagnose en/of beleid op te baseren, ook als de uitvoering niet voldeed aan de ATS/ERS-criteria. Dit zijn bijvoorbeeld tests waarbij de 6 seconden expiratietijd niet wordt bereikt maar er wel al een plateau in de volume-tijdcurve is opgetreden, of waarbij het criterium voor herhaalbaarheid van de FVC of FEV_1 niet wordt gehaald.

Statistische analyse

De verschillen tussen de voor- en nameting hebben wij voor de twee nascholingsinitiatieven afzonderlijk geanalyseerd, eventuele verschillen tussen de twee initiatieven zijn niet statistisch getoetst. Met de student-t-toets voor onafhankelijke waarnemingen analyseerden we of de patiënten in de voor- en nameting onderling vergelijkbaar waren wat betreft leeftijd, gewicht, lengte, *body mass index* (BMI) en longfunctie. Met de chikwadraattoets analyseerden we of de man/vrouwverhouding vergelijkbaar was. Deze statistische toetsen waren tweezijdig en we beschouwden $p < 0,05$ als statistisch significant.

Het verschil in het aantal voor- en nametingen dat voldeed aan de ATS/ERS-criteria analyseerden we met multivariate logistische regressieanalyse. Deze analyse herhaalden we voor

OND08_Schermer.indd 379 17-07-13 08:50

Tabel 2 **Kenmerken van de spirometrie-uitvoerders in de deelnemende huisartsenpraktijken**

Kenmerk	CASPIR (15 praktijken)	Cohesie (14 praktijken)
Vrouw, n (%)	22 (96)	17 (100)
Leeftijd, jaren (SD)	36,5 (8,8)	39,4 (9,0)
Spirometrie-uitvoerders, n (%)		
■ praktijkverpleegkundigen	9 (39)	1 (6)
■ praktijkondersteuners	10 (43)	8 (47)
■ praktijkassistenten	4 (18)	8 (47)
Ervaring met spirometrie*, jaren (SD)	4,2 (3,9)	4,4 (4,4)
■ 0-5 jaar, n (%)	18 (78)	9 (53)
■ 5-10 jaar, n (%)	4 (17)	5 (29)
■ ≥ 10 jaar , n (%)	1 (4)	3 (18)
Spirometrietests per jaar*, aantal (SD)	252 (107)	138 (90)

SD = standaarddeviatie.

alle tests die voldeden aan het criterium voor klinische bruikbaarheid. In deze analyses corrigeerden we voor de clustering van tests binnen praktijken en voor geslacht, leeftijd, BMI en mate van obstructie (FEV_1 % van voorspeld).[4] Rondom de gevonden odds ratio's (OR) berekenden we 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI).

RESULTATEN

Praktijken en spirometrietests

[**Figuur 1**] toont de aantallen praktijken en de aantallen spirometrietests in de diverse steekproeven. In totaal namen 29 huisartsenpraktijken deel: 15 CASPIR- en 14 Cohesie-praktijken. [**Tabel 2**] toont enkele kenmerken van de spirometrie-uitvoerders in de betrokken praktijken.

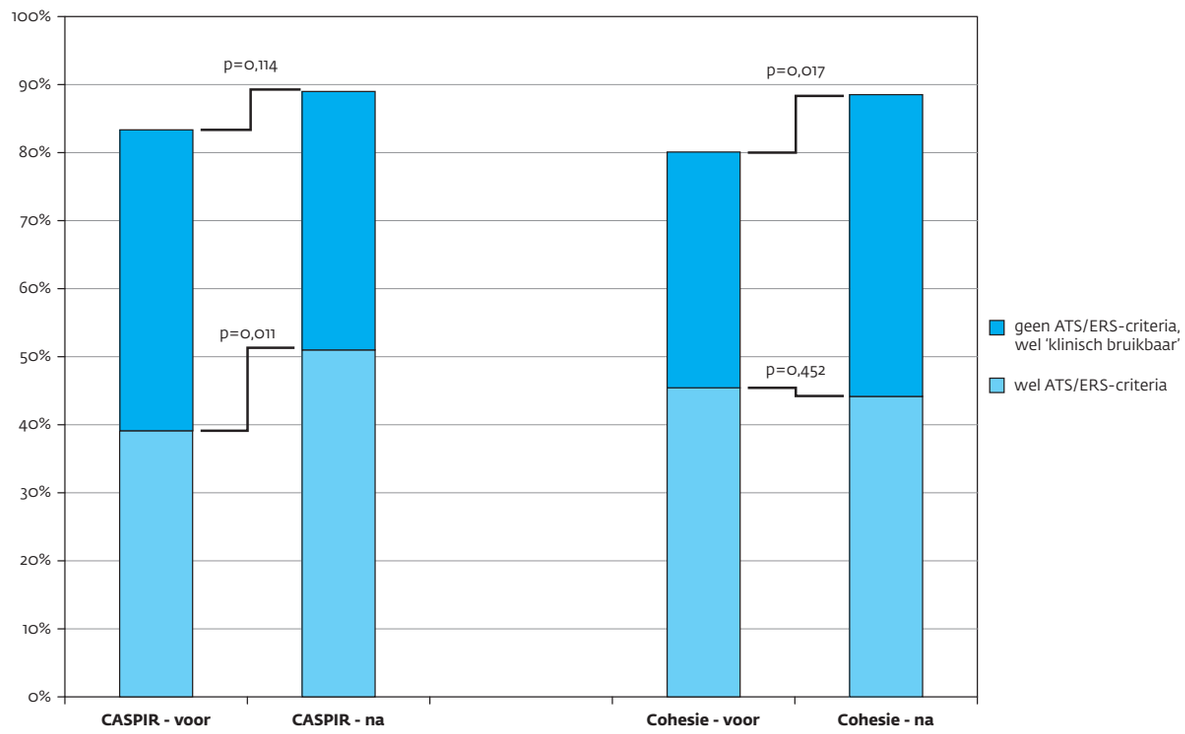
In de CASPIR-praktijken waren de spirometrie-uitvoerders gemiddeld enkele jaren jonger dan in de Cohesie-praktijken, en ze waren ook vaker praktijkverpleegkundige. Gemiddeld verrichtten de uitvoerders in de Cohesie-praktijken per persoon ongeveer half zo veel spirometrietests als die in de CASPIR-praktijken (138 respectievelijk 252 tests per jaar).

In totaal beoordeelden de longfunctieanalisten 1065 spirometrietests: 552 van CASPIR- en 513 van Cohesie-praktijken [**figuur 1**]. Bij 412 tests (39%) moest de derde longfunctieanalist de doorslag geven. Noch in de CASPIR-, noch in de Cohesie-praktijken waren er grote verschillen in patiëntkenmerken bij voor- of nametingen. Alleen waren de patiënten in de Cohesie-praktijken bij de nameting gemiddeld 3,5 kg zwaarder en was hun BMI daardoor 1 kg/m² hoger dan in de voormeting.

Kwaliteit van spirometrie voor en na scholing

In de CASPIR-praktijken bedroeg het gemiddelde percentage

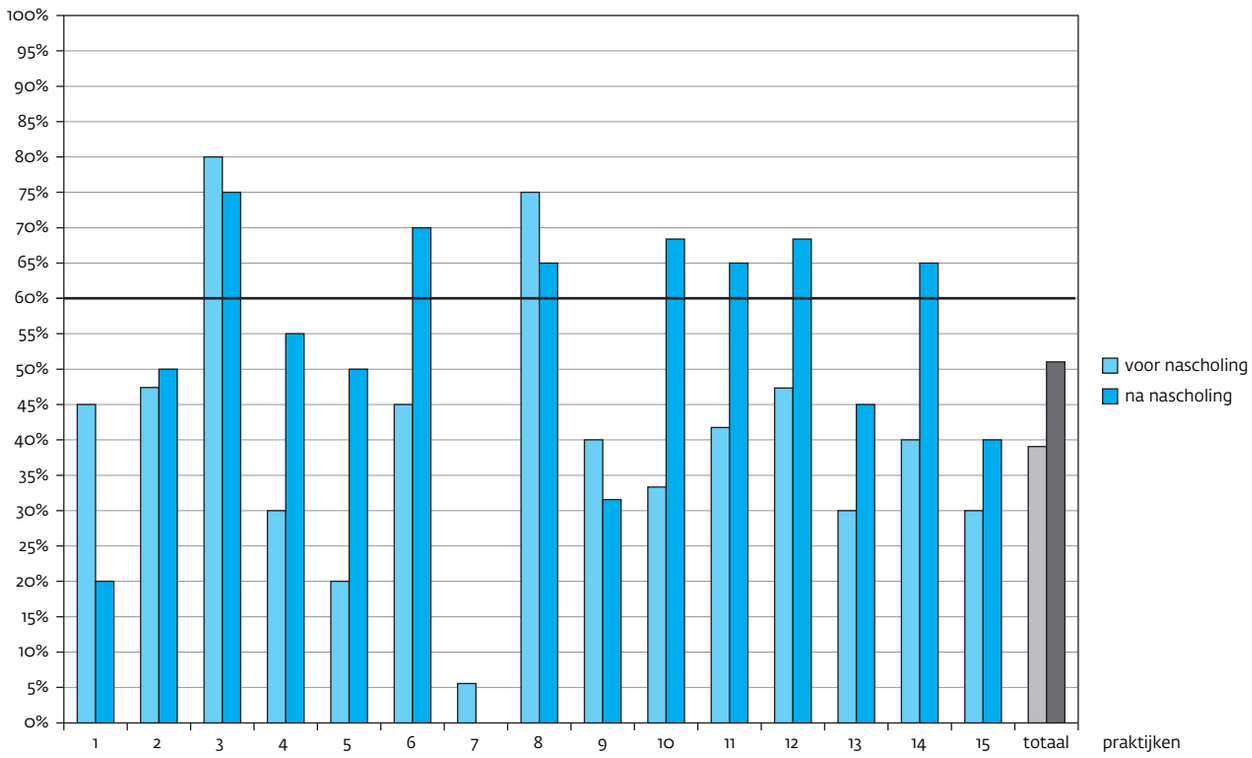
Figuur 2 **Percentage adequaat uitgevoerde spirometrietests voor en na de respectievelijke nascholingsinitiatieven**



De p-waarden zijn afkomstig uit de multivariate logistische regressieanalyse, gecorrigeerd voor de clustering van tests binnen praktijken, geslacht, leeftijd, BMI en mate van obstructie (FEV_1 % van voorspeld).

OND08_Schermer.indd 380 17-07-13 08:50

Figuur 3 Percentage spirometrietests dat voldeed aan de ATS/ERS-criteria voor en na CASPIR-cursus



De vetgedrukte horizontale lijn markeert de gekozen prestatienorm van 60% correct uitgevoerde spirometrietests, waaraan een huisartsenlaboratorium voldoet.[8] In praktijk 7 voldeed bij nameting geen enkele test aan de ATS/ERS-criteria.

tests dat volledig voldeed aan de ATS/ERS-criteria 39,1% bij voormeting en 51,0% bij nameting [**figuur 2**].

De odds ratio voor een adequaat uitgevoerde spirometrietest in de nameting ten opzichte van de voormeting was 1,60 (95%-BI 1,12-2,30; p = 0,011). Het percentage klinisch bruikbare tests (dat aan de ATS/ERS-criteria voldeed of door de longfunctieanalisten als 'klinisch bruikbaar' werd aangeduid) was 83,3% in de voormeting en 89,1% bij de nameting (OR 1,61; 95%-BI 0,97-2,68; p = 0,114, zie [**figuur 2**]).

[**Figuur 3**] toont de resultaten per praktijk. Vóór de nascholing scoorden 2 van de 15 praktijken (13,3%) boven de gestelde prestatienorm van 60% adequaat uitgevoerde tests, na de cursus scoorden er 7 (46,7%) boven deze norm, waaronder de 2 die ook in de voormeting al boven de norm presteerden.

Voor de Cohesie-praktijken waren de percentages conform de ATS/ERS-criteria uitgevoerde tests 45,3% in de voormeting en 44,1% in de nameting (OR 0,93; 95%-BI 0,65-1,33; p = 0,452; zie [**figuur 2**]). Onze secundaire uitkomstmaat, het totale percentage klinisch bruikbare tests, steeg van 80,0% bij voormeting tot 88,5% bij nameting (OR 1,90; 95%-BI 1,16-3,12; p = 0,017).

[**Figuur 4**] toont de resultaten per praktijk. Vóór de nascholing scoorden 4 van de 14 praktijken (28,6%) op of boven de gehanteerde prestatienorm, daarna nog slechts 1 (7,1%).

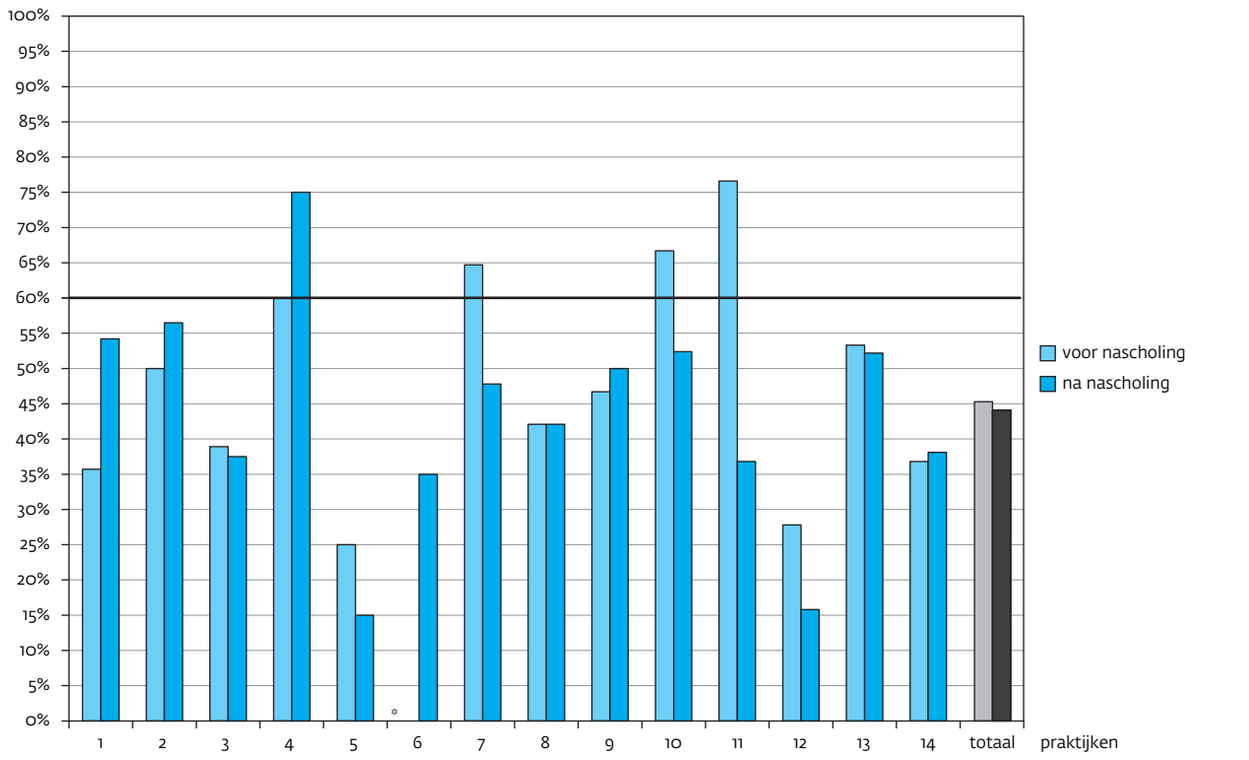
BESCHOUWING

Wij onderzochten de invloed van twee bestaande gestructureerde nascholingsprogramma's op de kwaliteit van spirometrietests in Nederlandse huisartsenpraktijken, overigens zonder deze initiatieven rechtstreeks met elkaar te willen vergelijken. Onze primaire uitkomstmaat was de verandering in het percentage conform de ATS/ERS-criteria uitgevoerde spirometrie voor en na scholing. De CASPIR-nascholing deed het percentage correcte tests stijgen van 39% naar 51%, en het aantal praktijken dat na de CASPIR-nascholing op of boven de prestatienorm van het huisartsenlaboratorium uitkwam (≥ 60% adequate tests), verdrievoudigde. Ook in een aantal praktijken die de gestelde norm uiteindelijk niet haalden, trad toch aanmerkelijke verbetering op. De nascholing van Cohesie bracht geen verbetering in het percentage adequate spirometrietests, dit bleef ongeveer 45%. Wel steeg het percentage klinisch bruikbare tests van 80% naar ruim 88%. Opvallend was de aanzienlijke discrepantie tussen het percentage tests dat klinisch bruikbaar was en het percentage dat voldeed aan de strikte ATS/ERS-criteria. We weten dat vooral het niet voldoen aan de criteria voor geforceerde expiratieduur deze discrepantie veroorzaakt.[4,7-9] Als een 'imperfecte', maar wel klinisch bruikbare test toch leidt tot de juiste diagnose en/of het aangewezen beleid, kan dat voor de huisarts voldoende zijn.

In de CASPIR-praktijken was het aandeel praktijkondersteuners en -verpleegkundigen 82%, in de Cohesie-praktijken

OND08_Schermer.indd 381 17-07-13 08:50

Figuur 4 Percentage spirometrietests dat voldeed aan de ATS/ERS-criteria voor en na Cohesie-cursus



De vetgedrukte horizontale lijn markeert de gekozen prestatienorm van 60% correct uitgevoerde spirometrietests, waaraan een huisartsenlaboratorium voldoet.[8]
* In praktijk 6 kon geen steekproef voor de voormeting worden getrokken omdat de spirometriedatabase geen gegevens bevatte over de betreffende periode.

53%. Nu is het zeer wel mogelijk dat het opleidingsniveau van de uitvoerder samenhangt met de kwaliteit van de spirometrie, want eerder Australisch onderzoek liet zien dat een ervaren, bezoekende longverpleegkundige aanzienlijk meer adequate spirometrietests produceerde dan praktijkmedewerkers (76% versus 44%).[5] Ook uit Nederlands onderzoek is gebleken dat training en ervaring belangrijk zijn voor goede spirometrie,[8] en het is bekend dat er bij spirometrietests een relatie bestaat tussen aantal en kwaliteit.[10]

Sterke en zwakke punten

Om de effectiviteit van elk afzonderlijk nascholingsinitiatief aan te tonen of om ze te kunnen vergelijken, zou een experimentele onderzoeksopzet nodig zijn geweest. In Australië,[7] en recenter in Spanje[11] en de Verenigde Staten,[12] is gebleken dat gerichte nascholing in de eerste lijn de kwaliteit van spirometrietests kan verbeteren. In ons onderzoek was dat geen haalbare kaart: wij konden niet bepalen welke praktijken wanneer welke nascholing zouden volgen, dus we weten niet of de waargenomen effecten alleen toe te schrijven zijn aan de nascholing, of dat het ook leer- of ervaringseffecten zijn. Vooral in de CASPIR-praktijken kan de selectie invloed hebben gehad op de resultaten: het aantal non-responders was aanzienlijk en veel praktijken waren niet bereid aan het evaluatieonderzoek deel te nemen. We kennen de overwegingen niet, maar we kunnen niet uitsluiten dat de praktijken die wél meededen relatief veel vertrouwen hadden in de kwaliteit van hun spirometrie. Bij Cohesie heeft deze selectiebias minder invloed gehad omdat het merendeel van de praktijken die al spirometrie deden hun medewerking aan de evaluatie verleenden (14 van de 20).

In eerder onderzoek met exact dezelfde procedure en dezelfde longfunctieanalisten die de tests beoordeelden,[8,9] is voor een huisartsenlaboratorium een prestatienorm van 60% gevonden. Deze resultaten zijn dus goed te vergelijken met de huidige. Hetzelfde geldt voor de 31% spirometrietests die aan de ATS/ERS-criteria voldeden in eerder onderzoek bij een andere groep huisartsenpraktijken.[9] Onze bevindingen in het huidige onderzoek zijn beduidend gunstiger, zowel in de CASPIR- als in de Cohesie-praktijken. Overigens zijn de inhoud en intensiteit van de Cohesie-nascholing aangescherpt sinds de periode waarop onze evaluatie betrekking heeft.

Een sterk punt van ons onderzoek is dat de verschillende streekproeven van spirometrietests goed vergelijkbaar waren en voor alle praktijken gebaseerd waren op dezelfde inclusiecriteria. Een ander sterk punt is het feit dat alle spirometrietests geprotocolleerd en geblindeerd zijn beoordeeld door zeer ervaren longfunctieanalisten, en dat de intra- en interbeoordelaarsovereenstemming goed was.[9] Het oordeel over de klinische bruikbaarheid was weliswaar gebaseerd op hun eigen ervaring en dus subjectief, maar heeft in onze ogen toch zeggingskracht vanwege de ruime ervaring van de betrokken analisten.

OND08_Schermer.indd 382 17-07-13 08:50

Aanbevelingen

Beide nascholingsinitatieven bereikten – gemiddeld genomen – een verbetering van de spirometrie in de betrokken huisartsenpraktijken. Alleen bij de CASPIR-nascholing kwam dit tot uiting in een stijging van het percentage dat voldoet aan de strikte internationale kwaliteitscriteria – het aantal praktijken dat spirometrie op hetzelfde niveau uitvoert als een huisartsenlaboratorium verdrievoudigde. De Cohesie-cursus bracht geen verbetering in onze strenge primaire effectmaat, maar wel in het aandeel klinisch bruikbare tests. Op basis van dit onderzoek adviseren wij huisartsen om in hun eigen praktijk kritisch te (blijven) kijken naar de randvoorwaarden voor goede spirometrie, met name of er voldoende ondersteunend personeel aanwezig is dat toereikende scholing, ervaring en routine heeft, of die met goede nascholing zou kunnen krijgen. Als het ook met nascholing niet lukt om de spirometrie op niveau te krijgen, zou de praktijk moeten overwegen de spirometrie anders te organiseren.

DANKBETUIGING

De auteurs danken de betrokken huisartsenpraktijken voor hun bereidheid hun spirometrie te laten toetsen. Dank ook aan Oda van Heeswijk, Andre Hijmans en Kees Lamers van het longfunctielaboratorium van het Universitair Centrum voor Chronische Ziekten Dekkerswald voor hun beoordelingen van de spirometrietests. Toos van den Berg en Almar van Wissen bedanken wij voor hun bijdrage aan de werving van praktijken bij Cohesie, het verschaffen van informatie over de spirometrienascholing zoals Cohesie die biedt aan hun praktijken en het trekken van de steekproeven. Reinier Akkermans van de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het UMC St Radboud bedanken wij voor zijn ondersteuning bij het uitvoeren van de statistische analyses. ■

LITERATUUR

1 Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD: Tweede herziening. Huisarts Wet 2007;50:362-79.
2 Levy ML, Quanjer PH, Booker R, Cooper BG, Holmes S, Small I. Diagnostic spirometry in primary care: Proposed standards for general practice compliant with American Thoracic Society and European Respiratory Society recommendations. Prim Care Respir J 2009;18:130-47.
3 Schellekens D, Poels P, Pellegrino A, Cretier R, Smeele I, Schermer T. Spirometrie in de Nederlandse huisartsenpraktijk: Resultaten van een landelijke survey. Huisarts Wet 2008;51:434-39.
4 Schermer TR, Crockett AJ, Poels PJ, Van Dijke JJ, Akkermans RP, Vlek HF, et al. Quality of routine spirometry tests in Dutch general practices. Br J Gen Pract 2009;59:e376-82.
5 Walters JA, Hansen EC, Johns DP, Walters EH, Blizzard L, Wood-Baker R. A mixed methods study to compare models of spirometry delivery in primary care for patients at risk of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2008;63:408-14.
6 Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, Burgos F, Casaburi R, Coates A, et al. Standardisation of spirometry. Eur Respir J 2005;26:319-38.
7 Eaton T, Withy S, Garrett JE, Mercer J, Whitlock RM, Rea HH. Spirometry in primary care practice: The importance of quality assurance and the impact of spirometry workshops. Chest 1999;116:416-23.
8 Landman M, Gilissen Th, Grootens-Stekelenburg J, Akkermans R, Schermer T. Kwaliteit van spirometrie in de eerste lijn. Huisarts Wet 2011;54:536-42.
9 Schermer TR, Akkermans RP, Crockett AJ, Van Montfort M, Grootens-Stekelenburg J, Stout JW, et al. Effect of e-learning and repeated performance feedback on spirometry test quality in family practice: a cluster trial. Ann Fam Med 2011;9:330-6.
10 Malmstrom K, Peszek I, Al B, Lu S, Enright PL, Reiss TF. Quality assurance of asthma clinical trials. Control Clin Trials 2002;23:143-56.
11 Burgos F, Disdier C, de Santamaria EL, Galdiz B, Roger N, Rivera ML, et al. Telemedicine enhances quality of forced spirometry in primary care. Eur Respir J 2012;39:1313-8.
12 Stout JW, Smith K, Zhou C, Solomon C, Dozor AJ, Garrison MM, et al. Learning from a distance: Effectiveness of online spirometry training in improving asthma care. Acad Pediatr 2012;12:88-95.

Klinische lessen voor H&W gevraagd

Klinische lessen in H&W zijn een door lezers hooggewaardeerde rubriek. Aan de hand van één of twee patiëntencasus wordt aandacht gevraagd voor een opmerkelijk diagnostisch traject, klinisch beloop of een medisch basisprincipe. Deze rubriek biedt de schrijver de mogelijkheid een ervaring te delen en de lezers de mogelijkheid te leren van wat een collegahuisarts heeft meegemaakt. Omdat de rubriek zo nauw aansluit bij de dagelijkse praktijk willen wij u aanmoedigen uw praktijkervaring door middel van een klinische les met de lezers van H&W te delen.

Als u een casus voor ogen heeft, bedenk dan eerst waar deze het best past: in de rubriek klinische les of casuïstiek. Een klinische les draait, anders dan de rubriek casuïstiek, niet om een pure beschrijving van een ziektebeeld maar om de lering die collegahuisartsen kunnen trekken uit de gepresenteerde casus. De patiëntencasus beschrijft stapsgewijs, vanaf de eerste presentatie door de patiënt, de gedachten van de huisarts gedurende het diagnostisch proces. De beschreven casus dienen ter illustratie van een boodschap, die u elders in het artikel met feiten verantwoordt.

Overweegt u een klinische les te schrijven? Kijk dan op onze website voor de auteursinstructies (http://www.henw.org/voorauteurs) Bij vragen kunt u contact opnemen met hoofdredacteur Just Eekhof (j.eekhof@nhg.org of 030-2823500). ■

Just Eekhof

OND08_Schermer.indd 383 17-07-13 08:50

Nick Francis, David Gillespie, Jacqueline Nuttall, Kerenza Hood, Paul Little, Theo Verheij, Samuel Coenen, Jochen Cals, Herman Goossens, Chris Butler, namens de GRACE Project Groep

ONDERZOEK

Therapietrouw bij antibioticagebruik voor hoestklachten in 13 Europese landen

Samenvatting

Francis NA, Gillespie D, Nuttall J, Hood K, Little P, Verheij T, Coenen S, Cals, JW, Goossens H, Butler CC; GRACE Project Group. Therapietrouw bij antibioticagebruik voor hoestklachten in 13 Europese landen. Huisarts Wet 2013;56(8):384-7.

ACHTERGROND Naast het correct indiceren van antibiotica door huisartsen, moeten patiënten deze middelen ook volgens het voorschrift van de behandeld arts gebruiken. Minder of korter innemen dan de arts heeft geadviseerd zou bacteriële resistentie kunnen bevorderen en kan tot gevolg hebben dat patiënten restanten bewaren en op een later tijdstip onjuist gaan gebruiken. In het kader van een groot observationeel onderzoek in 13 Europese landen onderzochten we het daadwerkelijke antibioticagebruik, al dan niet op recept verkregen, bij patiënten met een lagere luchtweginfectie voor wie de huisarts een antibioticum had voorgeschreven.

METHODEN Van 3398 volwassen patiënten met een lagere luchtweginfectie registreerde de huisarts tijdens het eerste bezoek de klinische gegevens en de behandeling. Tevens hielden deze patiënten gedurende vier weken een dagboek bij waarin ze onder andere het daadwerkelijke gebruik van antibiotica vastlegden.

RESULTATEN Twaalfhonderdnegentig patiënten kregen een antibioticum tijdens het eerste consult. Van hen hielden 570 (44,2%) zich volledig aan de voorgeschreven antibioticakuur, 532 (41,2%) namen niets van de voorgeschreven kuur en 392 (30,4%) namen zelfs totaal geen antibiotica tijdens de follow-upperiode van 28 dagen. Van de 1226 patiënten die tijdens het eerste consult geen antibioticavoorschrift hadden gekregen, nam 12% toch antibiotica op enig moment tijdens de follow-upperiode van 28 dagen. In Nederland kreeg 41% (80/195) van de patiënten een antibioticum. Maar liefst 38% (30/80) van de Nederlandse patiënten begon helemaal niet aan de kuur. Bij de patiënten die wel aan de kuur begonnen was de therapietrouw goed, 78% (39/50) gebruikte de volledige kuur.

CONCLUSIE Op grond van deze gegevens kunnen we concluderen dat als huisartsen antibiotica voorschrijven, ze met patiënten goed moeten communiceren over therapietrouw.

INLEIDING

Ongeveer 80% van alle antibiotica wordt in de eerste lijn voorgeschreven, het grootste deel voor luchtweginfecties. In Europa krijgt gemiddeld genomen meer dan 50% van de patiënten met een lagere luchtweginfectie een antibioticum voorgeschreven, in Nederland is dat 42%.[1] Naast de juiste indicatie voor het geven van antibiotica is ook therapietrouw van belang. Suboptimale therapietrouw heeft negatieve gevolgen voor patiënten die het voorgeschreven middel echt nodig hebben, kan mogelijk het ontstaan van bacteriële resistentie bevorderen en leidt tot het bewaren van restanten antibiotica waarvan bekend is dat mensen ze later naar eigen inzicht gaan gebruiken of aan anderen geven.[2] Therapietrouw heeft men vaak onderzocht bij patiënten met chronische aandoeningen, maar veel minder bij acute aandoeningen.[3] Meer inzicht in de therapietrouw ten aanzien van antibiotica bij luchtweginfecties is ook belangrijk voor een beter begrip van de effecten en bijwerkingen van behandeling met antibiotica bij deze acute aandoeningen. Daarom hebben we de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoeveel antibiotica, wel of niet op recept, gebruiken volwassenen met een lagere luchtweginfectie daadwerkelijk?
2. Hoe is de therapietrouw bij de patiënten die een antibioticum voorgeschreven hebben gekregen?
3. Welke factoren zijn gerelateerd aan therapietrouw?
4. Wat is de relatie tussen antimicrobiële behandeling, therapietrouw en het beloop van de klachten van de bewuste patiënten?

METHODEN

Onderzoeksopzet

Dit onderzoek was een onderdeel van het zogenaamde GRACE-project (Genomics to combat Resistance against Antibiotics in Community-acquired lower respiratory tract infection in Europe; www.grace-lrti.org). De gegevens voor dit onderzoek hebben we prospectief verzameld in het kader van een observationeel onderzoek in huisartsenpraktijken in veertien netwerken in dertien landen.[1]

Wat is bekend?

- Therapietrouw heeft men vooral onderzocht bij chronische medicatie.
- We weten weinig over de relatie tussen voorschrijven en de daadwerkelijke inname van antibiotica.

Wat is nieuw?

- Een aanzienlijk deel van de patiënten die antibiotica voor hoestklachten krijgen, begint helemaal niet aan de kuur.
- De therapietrouw, gedefinieerd als de hele kuur afmaken, is in Nederland relatief hoog bij patiënten die wél aan de kuur beginnen.

Cochrane Institute of Primary Care and Public Health, Cardiff University, Heath Park, Cardiff: N.A. Francis, huisarts-onderzoeker; C.C. Butler, directeur en onderzoeker. South East Wales Trials Unit, Institute of TIME, School of Medicine, Cardiff University: D. Gillespie; onderzoeker en statisticus; J. Nuttall: onderzoeker; K. Hood: directeur. Primary Care Medical Group, University of Southampton School of Medicine: P. Little, docent. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht: prof.dr. Th.J.M. Verheij, huisarts en hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Centre for General Practice and Laboratory of Medical Microbiology (LMM), Vaccine & Infectious Disease Institute (VAXINFECTIO), Universiteit van Antwerpen: S. Coenen, senior onderzoeker; H. Goossens, microbioloog. CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University Medical Center: dr. J.W. Cals, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: T.J.M.Verheij@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Francis NA, Gillespie D, Nuttall J, Hood K, Little P, Verheij T, et al. Antibiotics for acute cough: an international observational study of patient adherence in primary care. Br J Gen Pract 2012;62:429-37. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

OND08_Francis.indd 384 17-07-13 09:11

Deelnemers

We vroegen huisartsen om patiënten uit te nodigen voor deelname wanneer ze ouder dan 17 jaar waren, op de praktijk kwamen met een aandoening waarbij acute hoest de hoofdklacht was of waarbij de huisarts om een andere reden aan een lagere luchtweginfectie dacht. Ten tijde van het eerste contact mochten de klachten ten hoogste 28 dagen aanwezig zijn.

Gegevensverzameling

De huisartsen registreerden de gegevens over anamnese en lichamelijk onderzoek, voorgeschiedenis, diagnostiek en behandeling. Ze vroegen de patiënten om gedurende vier weken een klachtendagboekje en gegevens omtrent het gebruik van de antibiotica bij te houden.

Analyse

We codeerden het door de patiënt geregistreerde dagelijkse gebruik van antibiotica dichotoom (wel of geen gebruik) door de vrije tekst in de dagboeken na te lopen. We maakten een onderverdeling van het gebruik in de volgende soorten antibiotica: amoxicilline, amoxicilline met clavulaanzuur, doxycycline, claritromycine, azitromycine, cefalosporines, quinolonen, fenoxymethylpenicilline, spiramycine, erytromycine en overige. We excludeerden de patiënten bij wie de arts een zogenaamd uitgesteld recept had uitgeschreven.

We definieerden therapietrouw als het volledig gebruik van het antibioticum zoals voorgeschreven.[4] We gebruikten een hiërarchisch logistisch regressiemodel in twee niveaus om factoren te bestuderen die gerelateerd waren aan therapietrouw. Daarbij hielden we rekening met clustereffecten binnen de praktijken. De factoren die we onderzochten waren de volgende: patiëntkenmerken, duur van de klachten voor het eerste consult, ernst van de klachten tijdens het eerste consult, de diagnose van de huisarts, het soort antibioticum dat deze had voorgeschreven, de dosering, de verwachting van de patiënt dat deze een antibioticum zou krijgen, de ideeën van de huisarts over de verwachtingen van de patiënt, het voorschrijfgedrag van de huisarts en locatie (onderzoeksnetwerk) waar werd voorgeschreven.

Om de tijd tot herstel te onderzoeken gebruikten we een zogenaamd hiërarchisch Cox proportional hazards-model in twee niveaus (met gebruik van Stata, versie 10; StataCorp LP). De snelheid van het herstel hebben we geanalyseerd in relatie tot het gebruik van antibiotica. Het klinisch beloop corrigeerden we voor symptomen tijdens het eerste consult, de temperatuur, de leeftijd, de comorbiditeit, de rookgewoonte en de duur van de klachten voor het eerste consult. Voor uitgebreidere uitleg over de methodologie verwijzen wij naar de originele publicatie.[5]

RESULTATEN

In totaal hebben 387 huisartsen 3398 geschikte patiënten gerecruteerd. In Nederland hebben 34 huisartsen 195 patiënten gerecruteerd, in België ging het om 26 huisartsen en 164 patiënten; 1290 patiënten kregen een antibioticavoorschrift voor onmiddellijk gebruik en van hen beschikten we over de volledige follow-upgegevens. Van deze patiënten hielden slechts 570 (44,2%) zich volledig aan de voorgeschreven antibioticakuur, 532 (41,2%) namen niets van de voorgeschreven kuur en 392 (30,4%) namen totaal geen antibiotica tijdens de follow-upperiode van 28 dagen. Therapietrouw en inname varieerden per land [**tabel**].

Van de 1226 patiënten die tijdens het eerste consult geen antibioticavoorschrift hadden gekregen, namen er 142 (11,6%) toch antibiotica op een of ander moment tijdens de follow-upperiode van 28 dagen. In totaal namen 282 (11,2%) patiënten een antibioticum dat niet was voorgeschreven tijdens het eerste consult en 99 (38,1% van de 260 deelnemers met gegevens over herconsultatie) van die patiënten bezochten de huisarts niet tijdens de onderzoeksperiode.

Hoe korter de antibioticakuur, des te beter de therapietrouw werd, waarbij antibioticakuren van vijf dagen of minder geassocieerd waren met de grotere therapietrouw. De keuze van de antibiotica en het onderzoeksnetwerk in een specifiek land waren ook geassocieerd met verschillen in therapietrouw. De therapietrouw was het beste in Zweden en Finland (Jönköping en Helsinki) en het slechtst in Slowakije (Bratislava). Nederland (Utrecht) en België (Antwerpen) kwamen qua therapietrouw dicht bij het gemiddelde van de dertien Europese landen.

We vonden geen duidelijke associatie tussen het herstel van de patiënt en de verschillen in therapietrouw bij de vergelijking tussen patiënten met een antibioticumvoorschrift die zich volledig aan de kuur hielden, patiënten die zich gedeeltelijk aan de kuur hielden, patiënten die zich niet aan de kuur hielden en patiënten die geen antibioticavoorschrift hadden en gedurende de onderzoeksperiode geen antibiotica innamen. Er was daarentegen wel een opmerkelijk verband tussen patiënten met een antibioticavoorschrift die zich volledig aan de kuur hielden en patiënten die oorspronkelijk geen voorschrift hadden, maar tijdens de onderzoeksperiode wel antibiotica innamen: de laatste groep genas minder snel (hazardratio 0,54; 95%-BI 0,43-0,68, $p < 0,001$).

BESCHOUWING

Ongeveer 60% van de patiënten met een antibioticavoorschrift voor acute hoest op basis van een lagere luchtweginfectie hield zich niet volledig aan hun kuur en meer dan 40% gaf aan dat ze de voorgeschreven antibioticakuur niet gevolgd hadden. Therapietrouw was niet geassocieerd met een verschil in herstel.

Ofschoon Nederland in Europa te boek staat als een land met lage voorschrijfcijfers valt op dat 41% van de patiënten tijdens het eerste consult toch een antibioticumrecept kreeg.[6] Het verschil met België – traditioneel toch een land met een hoge antibioticaconsumptie – is opvallend; in Antwerpen kreeg slechts 23% een kuur van de huisarts. Zeer opvallend is het aantal patiënten dat helemaal niet aan de voorgeschreven antibioticakuur begint: van de Nederlandse patiënten die an-

OND08_Francis.indd 385 17-07-13 09:11

Tabel **Antibiotica voorgeschreven tijdens het eerste consult, antibioticagebruik en therapietrouw, en antibioticagebruik gedurende de follow-up van 28 dagen per land (netwerk)**

Netwerk	Aantal patiënten	Antibiotica voorgeschreven tijdens eerste consult		Van de patiënten die antibiotica kreeg tijdens het eerste consult:						Antibiotica gebruikt gedurende enig moment tijdens 28 dagen follow-up	
				Begonnen aan de antibioticakuur (ten minste 1 dag)		Ten minste 3 dagen antibiotica genomen		Volledige antibioticakuur genomen			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Nederland Utrecht	195	80	41,0	50	62,5	50	62,5	39	48,8	58/80	72,5
België Antwerpen	164	38	23,2	26	68,4	25	65,8	12	31,6	29/38	76,3
Hongarije Balatonfüred	320	208	65,0	165	79,3	164	78,8	139	66,8	190/208	91,3
Spanje Barcelona	169	29	17,2	18	62,1	18	62,1	10	34,5	26/29	89,7
Slowakije Bratislava	299	249	83,3	75	30,1	73	29,3	57	22,9	85/249	34,1
Wales Cardiff	181	124	68,5	57	46,0	54	43,5	47	37,9	67/124	54,0
Finland Helsinki	90	34	37,8	30	88,2	30	88,2	23	67,6	30/34	88,2
Zweden Jönköping	222	75	33,8	59	78,7	58	77,3	41	54,7	63/75	84,0
Polen Lodz	221	142	64,3	98	69,0	98	69,0	77	54,2	113/142	79,6
Spanje Mataró	179	57	31,8	24	42,1	24	42,1	18	31,6	47/57	82,5
Italië Milaan	153	102	66,7	64	62,7	62	60,8	43	42,2	80/102	78,4
Duitsland Rotenburg	181	58	32,0	32	55,2	32	55,2	23	39,7	41/58	70,7
Engeland Southampton	168	52	31,0	24	46,2	22	42,3	20	38,5	29/52	55,8
Noorwegen Tromsø	148	42	28,4	36	85,7	36	85,7	21	50,0	40/42	95,2
Totaal	2690*	1290/2690	48,0	758/1290	58,8	746/1290	57,8	570/1290	44,2	898/1290	69,6

* Het totale aantal patiënten met volledige gegevens is 2690. Van hen kregen 1290 patiënten antibiotica voor onmiddellijk gebruik; 1226 patiënten kregen geen antibiotica. De overige patiënten kregen een uitgesteld recept (n = 174) of hadden onvolledige gegevens (n = 4).

tibiotica voorgeschreven hadden gekregen, begon maar liefst 38% (30/80) patiënten helemaal niet aan de kuur. Bij de patiënten die wel aan de kuur begonnen was de therapietrouw redelijk goed, want 78% (39/50) gebruikte de volledige kuur.

In dit observationele onderzoek registreerden patiënten prospectief alle medicatie gedurende een periode van 28 dagen. Dit onderzoek geeft daardoor waarschijnlijk een betere schatting van de eigenlijke antibiotica-inname dan onderzoeken die enkel de therapietrouw onderzochten bij antibiotica die tijdens het eerste consult werd voorgeschreven. Door gebruik te maken van dagboeken die patiënten hebben bijgehouden geeft dit onderzoek waarschijnlijk ook een betere schatting van therapietrouw dan interviews die gebaseerd zijn op enkel de herinnering van patiënten. Deze methode heeft de therapietrouw waarschijnlijk ook minder sterk beïnvloed dan de elektronische controleapparatuur heeft gedaan in eerder Nederlands onderzoek.[7] Er bestaat een kans op responsbias, aangezien het percentage geretourneerde dagboekjes varieerde van 60 tot 100% per netwerk. Het is echter onwaarschijnlijk dat de patiënten die hun dagboekje niet terugstuurden juist wel een betere therapietrouw zouden hebben. De gepresenteerde cijfers zijn dus eerder een overschatting van de therapietrouw.

De gegevens bevestigen dat therapietrouw afneemt naarmate de voorgeschreven kuur langer is, maar we vonden geen lagere therapietrouw bij meer frequente dagelijkse doses. De onderzoeken die gebruikmaakten van elektronische controleapparatuur lieten wel allemaal zien dat therapietrouw lager is bij meer frequente dagelijkse doses.[4,7,8] De gereviseerde NHG-Standaard Acuut Hoesten beveelt sinds 2011 als eerste keus vijf dagen driemaal daags amoxicilline aan.[9] Voordien was eenmaal daags doxycycline de eerste keus; dit middel is momenteel tweede keus in de zevendaagse vorm. De bevinding dat therapietrouw niet geassocieerd was met een versneld herstel strookt met het huidige bewijs dat antibiotica niet effectief zijn bij de meeste volwassen patiënten met acute hoestklachten.[10]

De bevindingen van dit onderzoek benadrukken eens te meer dat de communicatie tijdens een consult met een acutehoestpatiënt zich ook op therapietrouw mag richten. Daarbij

OND08_Francis.indd 386 17-07-13 09:11

dient de huisarts aandacht te besteden aan de motivatie van de patiënt om zich aan de kuur te houden, strategieën om therapietrouw te verbeteren, en het bewaren en gebruiken van het antibioticaoverschot.

CONCLUSIE

De therapietrouw van patiënten die een antibioticum voorgeschreven krijgen voor een lagere luchtweginfectie is opvallend laag, ook in Nederland. De huisarts dient therapietrouw ter sprake te brengen tijdens het consult met deze patiënten. ■

LITERATUUR

1 Butler CC, Hood K, Verheij T, Little P, Melbye H, Nuttall J, et al. Variation in antibiotic prescribing and its impact on recovery in patients with acute cough in primary care: prospective study in 13 countries. BMJ 2009;338:b2242.
2 Pechere JC. Patients' interviews and misuse of antibiotics. Clin Infect Dis 2001:15;33 Suppl 3:S170-3.
3 Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005;353:487-97.
4 Llor C, Sierra N, Hernandez S, Moragas A, Hernandez M, Bayona C, et al. The higher the number of daily doses of antibiotic treatment in lower respiratory tract infection the worse the compliance. J Antimicrob Chemother 2009;63:396-9.
5 Francis NA, Gillespie D, Nuttall J, Hood K, Little P, Verheij T, et al. Antibiotics for acute cough: an international observational study of patient adherence in primary care. Br J Gen Pract 2012;62:429-37.
6 Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet 2005;365:579-87.
7 Cals JW, Hopstaken RM, Le Doux PH, Driessen GA, Nelemans PJ, Dinant GJ. Dose timing and patient compliance with two antibiotic treatment regimens for lower respiratory tract infections in primary care. Int J Antimicrob Agents 2008;31:531-6.
8 Kardas P. Comparison of patient compliance with once-daily and twice-daily antibiotic regimens in respiratory tract infections: results of a randomized trial. J Antimicrob Chemother 2007;59:531-6.
9 Verheij T, Hopstaken R, Prins J, Salomé P, Bindels P, Ponsioen B, et al. NHG-Standaard Acuut hoesten. Huisarts Wet 2011;54:68-92.
10 Little P, Stuart B, Moore M, Coenen S, Butler CC, Godycki-Cwirko M, et al. Amoxicillin for acute lower-respiratory-tract infection in primary care when pneumonia is not suspected: a 12-country, randomised, placebo-controlled trial. Lancet Infect Dis 2013;13:123-9.

Nico van Duijn

Krakers

Krakers willen niet zo genoemd worden. Het klinkt zo grof, vinden ze. Manueel therapeuten heten ze. Dit zijn gespecialiseerde fysiotherapeuten. Dit beroep moeten we onderscheiden van chiropractors, osteopaten, orthomanuelen en craniosacralen. Manueel therapeuten manipuleren wervels. Mobiliseren noemen ze het ook wel, om het allemaal niet zo agressief te laten klinken. Ik verwijs graag naar manueel therapeuten omdat ze soms juist niet manipuleren. Daar houd ik van: eigenwijze professionals die hun eigen plan trekken, die verder kijken dan de wervel scheef staat. Die hun handen thuishouden als een mens slappe spieren heeft, vele andere pijnen, ingewikkelde psychologie of complete uitputting. Zij hebben ook de zelfkraakmethode uitgevonden (MacKensey). Ze hoeven namelijk niet zo nodig. Na een paar keer stoppen ze als het niet helpt. Of ze stoppen na een paar keer omdat de klachten over zijn. Dat lijkt me logisch.

Er is geen reden voor chronisch manipuleren. Geen halfjaarlijkse kraakbeurten, ter preventie. Geen ingewikkelde verhalen over het verband tussen wervelscheefstand en het totale lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren. Natuurlijk kan een pijnlijke wervel met uitstralingspijn allerlei effecten hebben op de rest van het functioneren. Want patiënten zijn meer dan een stapel wervels met een mens eraan vast. Maar we accepteren dat we niet alles begrijpen.

Werkt het, manuele therapie? Vaak genoeg, maar niet altijd. Kan het kwaad, voor nekproblemen bijvoorbeeld? Nee, niet bij manueel therapeuten. Snappen we hoe het werkt en wanneer niet? Nee, niet echt. Is dat erg? Nee, want met ervaring en voorzichtig uitproberen kom je een heel eind, met hulp van moedertje natuur en vadertje toeval. ■

OND08_Francis.indd 387 17-07-13 09:11

Sjoerd Hobma

COMMENTAAR

Polyfarmacie bij ouderen

De multidisciplinaire richtlijn polyfarmacie bij ouderen heeft sinds zijn verschijnen veel aandacht gekregen.[1] Terecht, want het is een grondig onderbouwde richtlijn over een belangrijk onderwerp waar veel winst te behalen is. Veel van de aandacht gaat uit naar de praktische uitvoering van de polyfarmaciecheck in de alledaagse praktijk van huisartsen, specialisten en hun ondersteuners. Jammer genoeg is er te weinig aandacht voor de gevolgen die de richtlijn moet hebben op organisatorisch niveau, in het bijzonder de wijze waarop we de zorg regionaal organiseren (de samenwerking tussen huisartsen en de tweede en derde lijn) en voor de contractering van onze zorg met de verzekeraars. Dit commentaar gaat in op de discrepanties die er zijn tussen de zorg die we als beroepsgroep volgens de richtlijn willen leveren en de wijze waarop de verzekeraars contracteren. Hoofdboodschap is dat de huidige contracten een belemmering zijn voor verbetering van de zorg.

De multidisciplinaire richtlijn is een mix van een aantal verstandige uitgangspunten en overtuigingen, en van beschikbare evidence en eigen onderzoek. Kort samengevat:

1. De richtlijn gaat er vanuit dat het perspectief en de wensen van de kwetsbare oudere (of diens mantelzorger) de basis zijn voor het maken van geneesmiddelenkeuzen, en dat de oudere hier actief bij betrokken moet zijn.
2. Het uitwisselen van de resultaten van een medicatiebeoordeling tussen alle betrokken zorgverleners (en het respecteren daarvan) is noodzakelijk.
3. De richtlijn bevat een praktische handreiking over de wijze waarop men een medicatiebeoordeling in de praktijk kan organiseren en uitvoeren.
4. De richtlijn maakt inzichtelijk welke investering in tijd en kosten noodzakelijk is voor een goede uitvoering.

Op ieder van deze punten, behalve de laatste over tijd en geld, ga ik hieronder verder in.

DE OUDERE CENTRAAL

Hoewel het logisch lijkt dat de wensen en verwachtingen van de oudere de basis vormen voor de geneesmiddelenkeuzen bij een medicatiebeoordeling, is dat internationaal gezien niet zo. Kort voor de publicatie van de richtlijn kwam een Cochrane-review over hetzelfde onderwerp uit.[2] Een opvallend verschil tussen beide is dat deze Cochrane-review in tegenstelling tot de multidisciplinaire richtlijn ervan uitgaat dat beslissingen over medicatiegebruik bij de arts liggen ('what constitutes "many" or "too many" drugs is a physician's dilemma'). Onderzoek laat zien dat het belangrijk is dat het perspectief van de oudere centraal staat bij medische afwegingen en de trend in de ouderenzorg is om de wensen van de ouderen centraal te stellen. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar in veel programma's zoals die de afgelopen jaren ontwikkeld zijn in het Nationaal Programma Ouderenzorg.

Als ons uitgangspunt is dat huisartsen individuele keuzen maken op basis van persoonlijke achtergronden en overwegingen van de oudere patiënt, dan moet de consequentie zijn dat men hen niet afrekent op inhoudelijke, algemeen geldende indicatoren. De richtlijn beschrijft daarom indicatoren die kortweg neerkomen op de kwestie of iemand wel of niet een medicatiebeoordeling heeft gehad. Zorgverzekeraars zijn niet dol op dit soort procesindicatoren – ze moeten erop vertrouwen dat zorgverleners deze daadwerkelijk goed hebben uitgevoerd.

In de huidige situatie gebruikt men eigenlijk alleen uitkomstindicatoren. Bij farmacie-indicatoren bekijkt men vaak op basis van eenvoudige regels of dokters de richtlijnen volgen. Krijgt iedere diabeet wel een statine? Wordt bij een SSRI een protonpompremmer voorgeschreven? Toepassing van dit soort algemene regels op de doelgroep van de richtlijn is per definitie ongewenst. Een tweede voorbeeld: ik moet de afgelopen jaren voor de module ouderenzorg verantwoorden hoeveel en welke medicijnen bij ouderen gestopt zijn, een simpel regeltje dat in schril contrast staat met de complexe werkelijkheid. Een van de lastige aspecten van de polyfarmacie bij ouderen is *underprescribing*: als een oudere al veel middelen heeft is de kans dat een arts een nieuw middel voorschrijft kleiner, ook als dit wel zinvol is. Dit leidt tot de paradox dat de meest kwetsbaren (voor het gemak: degene met de meeste aandoeningen en dus de langste medicatielijst) de grootste kans hebben dat men hen effectieve middelen onthoudt. Beleid bij polyfarmacie moet zich richten op het gebruik van de *adequate* medicatie voor de *individuele* patiënt, en niet op het aantal gebruikte middelen en ook niet op het staken van medicatie. Uit de richtlijn volgt echter dat verzekeraars dit soort uitkomstindicatoren en de daaraan gekoppelde financiële consequenties bij deze groep moeten afschaffen.

ANDERE ZORGVERLENERS

De volgende pijler van de richtlijn betreft de uitwisseling van de uitkomsten van een medicatiebeoordeling tussen de verschillende betrokken behandelaars. Het heeft weinig zin een bètablokker te stoppen als de cardioloog deze bij de volgende controle weer voorschrijft en het werk van de geriater is zinloos als via de receptenlijn van de huisarts de oude medicatie abusievelijk weer wordt hervat. Polyfarmacie gaat samen met multimorbiditeit en daarmee de betrokkenheid van veel dokters (ik stel voor om de risicofactor 'polymedici' hiervoor te introduceren). Afstemming van het beleid van deze verschillende behandelaars bij de individuele patiënt is complex, niet

Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. S.O. Hobma, huisarts-onderzoeker • Correspondentie: sjoerd.hobma@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

COM08_Hobma.indd 388 17-07-13 09:12

EENMAALDAAGS LEVEMIR®*[1,2]

& MODERNE TOEDIENINGS-SYSTEMEN

& SIGNIFICANT MINDER GEWICHTS-TOENAME[2-4]
t.o.v. andere insulines

& VERMINDERD RISICO OP NACHTELIJKE HYPO'S[2,4]
t.o.v. NPH

& EFFECTIEVE HbA_{1C} CONTROLE[1,2]

& EENMAAL-DAAGS*[1,2]

Levemir® levert meer

* In combinatie met orale medicatie[2]

novo nordisk®

Levemir®
(insuline detemir)

Advertenties_bw.indd 1 17-07-13 09:04

Huisarts

HELP, een spoedgeval!

HUISARTS EN ACUTE ZORG

22 NOVEMBER 2013 • MECC • MAASTRICHT

NHG-Congres 2013

Noteer alvast 22 november in uw agenda!

Tijdens het NHG-Congres 2013 kunt u uw vaardigheden oefenen, zodat u zich bij spoedgevallen meer competent én content zult voelen. Ook kunt u met experts discussiëren over de organisatie van de spoedzorg, nu en in de toekomst, en over de rol daarin van u als huisarts. U gaat naar huis met het gevoel: Yes! Een spoedgeval!

Een greep uit de onderwerpen:

- Triage en ketensamenwerking
- Alarmsignalen bij kinderen en volwassenen
- Acute problemen bij kwetsbare ouderen en zwangeren
- Psychiatrische crises, intoxicaties, huiselijk geweld
- Hands-on door een vaardighedencarrousel
- Virtuele scenariotraining door middel van serious gaming
- Diverse aspecten van de ABCDE-benadering
- Lagerhuisdebat over dilemma's in de spoedzorg
- CATwalk met vier Critically AppraisedTopics over de huisarts en spoedzorg

Voorprogramma

Donderdagavond 21 november 2013

In de muziektheatervoorstelling 'Oog in Oog' neemt theatergroep Plezant u op indringende wijze mee. Huisarts Arthur Rosenberg raakt betrokken bij een ingrijpend incident. De impact is groot en de relatie met zijn collega's wordt op scherp gezet. Een ontroerend en fascinerend relaas van een huisarts anno 2013.

Meer informatie?

nhgcongres.nl

nhg

nederlands huisartsen genootschap

Advertenties_bw.indd 2 17-07-13 09:04

alleen wat betreft medicatie, maar bijvoorbeeld ook als het om leefregels gaat. Het vereist goede regionale samenwerking tussen huisartsen en anderen, zoals specialisten, en een infrastructuur voor informatie-uitwisseling.

Om de richtlijn goed te kunnen uitvoeren is het logisch om de eerste- en tweedelijnszorg op dit terrein in onderlinge samenhang te contracteren. De werkelijkheid is echter dat deze nog bijna volledig gescheiden zijn, en dat huisartsenpraktijken individueel kunnen inschrijven op ouderenmodules waarin medicatiebeoordelingen een belangrijke rol spelen. In het marktdenken van de verzekeraar zal het ook bij polyfarmacie bij ouderen 'niet uitmaken wie het doet, als het maar gebeurt', wordt het medicatieoverzicht ondergebracht bij de beste bieder, of dit nu thuiszorg, huisarts, geriater of specialist ouderengeneeskunde is, en wordt deze in een inkoopcyclus van een jaar 'afgerekend op resultaat'. De richtlijn laat echter zien dat het wél belangrijk is wie betrokken zijn en dát zij samenwerken. Het zoeken naar een vorm van contractering waarin een belangrijk onderdeel van de zorg als polyfarmacie wordt ingekocht op een wijze die congruent is met de richtlijn, is een belangrijke stimulans tot daadwerkelijke implementatie. Het opheffen van de afzonderlijke contractering van de eerste en tweede lijn binnen een regio lijkt daarvoor een logische stap.

IN DE PRAKTIJK

In de scholing over de nieuwe richtlijn krijgen de werkwijze in de praktijk en de organisatie daarvan de meeste aandacht. Dat is logisch, want dat zijn de enige aspecten waarmee de individuele dokter die de scholing volgt direct aan de slag kan. Ze vormen ook onderdelen waar het meest onderzoek naar gedaan is. De resultaten van dat onderzoek zijn zeer teleurstellend. Zowel de multidisciplinaire richtlijn als de Cochrane-review concludeert dat medicatiebeoordelingen geen effecten laten zien op klinische uitkomstmaten als kwaliteit van leven, ziekenhuisopnamen en mortaliteit. Toch staan deze beoordelingen als centrale activiteit in de richtlijn. Dit baseren de auteurs van de richtlijn op een analyse van de Nederlandse situatie en op eigen onderzoek naar mogelijke verbeteringen op het gebied van de polyfarmacie.

De kern van deze nieuwe richtlijn is wat mij betreft niet het gestructureerde proces in de praktijk van selectie van ouderen en medicamenten, maar de aanname dat de effectiviteit van de interventies tekortschiet doordat men deze te geïsoleerd, buiten de patiënt en diens medebehandelaars om uitvoert. Die analyse is sterk, maar het is nog altijd een aanname, en geen evidence, dat deze aanpak wel zal gaan werken. Het is interessant dit te onderzoeken, bijvoorbeeld door een vergelijking van regio's waarin volgens de nieuwe richtlijn zorg wordt gecontracteerd (in een regio waarin Achmea actief is, als medeauteur van de richtlijn?) met andere regio's.

Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

TOT SLOT

Op het terrein van de polyfarmacie bij ouderen is veel winst te boeken. Verzekeraars en overheid zijn zeer geïnteresseerd in het onderwerp om de kosten van het medicijngebruik te verlagen en om onnodige kosten, zoals ziekenhuisopnamen, te voorkomen. Ze vragen huisartsen om actie en zichtbare resultaten. De verleiding is groot om contracten te sluiten waarin individuele praktijken in de eerste lijn een beloning krijgen voor inspanningen op het gebied van polyfarmacie bij ouderen. De resultaten van deze inspanningen zullen teleurstellend zijn als men in de regio onvoldoende samenwerkt en als men afspraken maakt over klinische eindpunten met uitkomstindicatoren. Als we de richtlijn serieus nemen, moeten wij hierover heel andere afspraken met onze verzekeraars gaan maken. Als we de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn willen verbeteren, ligt gezamenlijke contractering binnen een regio voor de hand. Bij de verantwoording van de geleverde zorg moeten de procesparameters uit de richtlijn het uitgangspunt zijn. ■

LITERATUUR

1 Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2012.
2 Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Cochrane Database Syst Rev 2012, Issue 5. Art.No.: CD008165.

COM08_Hobma.indd 389 17-07-13 09:12

COLUMN

Blindstaren op significantie

Vraag een zaaltje huisartsen wie kan uitleggen wat 'significantie' precies inhoudt, en na een ongemakkelijke stilte zullen er een paar beginnen te stamelen dat het te maken heeft met 'de kans dat iets toeval is'. Vraag een zaal vol huisartsen waarom die nadruk in de wetenschap op significantie zo verderfelijk is, en het blijft stil.

Om bij het begin te beginnen: significantie gaat, op z'n simpelst, over de waardering van een wedstrijdresultaat. Heeft Ajax met 1-0 gewonnen van PSV, dan zullen Eindhovenaren zelfs in de hoofdstad nog wel kunnen volhouden dat het een gelukkige overwinning was, is het 6-0 geworden, dan worden ze weggehoond.

Zo is in de wetenschap elk experiment uiteindelijk een wedstrijdje, bijvoorbeeld tussen twee geneesmiddelen. Zonder verdere informatie moeten we ervan uitgaan dat ze even goed zijn, vervolgens organiseren we een, zeg, tienkamp – tien patiënten krijgen medicijn A, tien medicijn B. Uitslag: A wint 4 keer, B 6 keer. Is dit voldoende om te zeggen dat B beter is dan A? Dat zullen weinig artsen willen aannemen. Een kansberekening (onze tienkamp is een soort steekproef uit alle mogelijke tienkampen) laat zien dat het in 25% van alle tienkampen precies 5-5 wordt als de teams/medicijnen even sterk zijn. Dus in 75 van de 100 tienkampen zal een van de twee met ten minste 6-4 winnen. Een krachtsverschil van 7-3 of groter is al beter: dat gebeurt slechts in 34% van de gevallen door toevalsfluctuaties.

Losjes gezegd, als we nu – terwijl er geen verschil is – besluiten dat de ene beter is dan de andere, zitten we in 34% van de gevallen fout. Vinden we dat te veel risico, dan moeten we een extremer resultaat eisen. Als we niet vaker dan in 5% van de tienkampen de uitslag fout willen interpreteren, zullen we op een uitslag van 9-1 of 10-0 moeten wachten voor we overtuigd zijn. Dat zijn 'significante' uitslagen: puur door toeval wint een team slechts 1 op de 500 keer alle tien de wedstrijden van een precies even sterk team, en slechts 1 op 50 keer met een punt verschil.

Die grens van 5% ($p < 0{,}05$) is historisch zo gegroeid, maar arbitrair. Het ligt er in feite aan hoe erg het is om fout te zitten. Veel mensen zullen een afslankmiddel dat 94% kans van slagen belooft, toch wel willen proberen – en wie is de wetenschapper om te zeggen dat het resultaat 'niet significant' is? Sterker, als tijdschriften geen resultaten willen publiceren die niet significant op 5%-niveau zijn, komt niemand het bestaan van zo'n middel ooit te weten.

Dat is een eerste bezwaar dat tegen het gebruik van significantie: wat significant is voor de wetenschap, is misschien niet significant voor het publiek.

Ingewikkelder is het probleem, dat significantie niet alleen afhangt van de grootte van het effect, maar ook van het aantal wedstrijden – de grootte van de steekproef. Als we een significantieniveau eisen van 5%, heeft het weinig zin om vier wedstrijden te laten spelen: de kans op 4-0 of 0-4 is 12,5%, dus dat halen we nooit. Maar als we 10.000 wedstrijden laten spelen, is zelfs het kleinste procentuele verschil al significant.

Hoe realistisch is het idee dat de teams even sterk zijn? Niemand denkt echt dat een tot in fase II getest geneesmiddel even goed is als een placebo, maar die schijn wordt zo wel opgehouden – significantietests bevoordelen dus middelen waarvan we al vermoeden dat ze beter zijn. Andersom, een trial waaruit blijkt dat een homeopathisch middel significant beter scoort dan placebo, zal door weinigen serieus worden genomen: de 'voorafkans' dat ze even weinig doen, is te groot.

Zo zitten er nog veel meer, en veel gemenere, haken en ogen aan significantietesten – er zijn artikelen[1,2] en zelfs boeken[3] over volgeschreven. Hele vakgebieden zijn bijna te gronde gericht door de nadruk op p-waarden en significantie. Maar de medische wetenschap kan er moeilijk afstand van doen: het is de bel voor de hond van Pavlov geworden.

Wie alleen op significantie let, laat zich om de tuin leiden of is te lui om naar de echt belangrijke cijfers, zoals de grootte van het effect en de nauwkeurigheid van de meting, te kijken. Daarover wellicht een andere keer. ■

Hans van Maanen

1 Cohen J. The earth is round ($p < 0.05$). Am Psychol 1994;49:997-1003.
2 Hubbard R, Lindsay RM. Why P values are not a useful measure of evidence in statistical significance testing. Theory Psychol 2008;18:69-88.
3 Ziliak ST, McCloskey DN. The cult of statistical significance. Michigan: University of Michigan Press, 2008.

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

COL08_VanMaanen.indd 390 17-07-13 09:13

Jip de Jong, Nynke van Dijk

Randomised controlled trial

PRAKTIJKPROBLEEM

Een vader vraagt of hij zijn driejarige zoontje met koorts die paracetamol slecht verdraagt in plaats daarvan ibuprofen mag geven. Om na te gaan hoe het zit met ibuprofen bij jonge kinderen slaat u er de NHG-Standaard Kinderen met koorts op na.[1] In noot 23 staat informatie over kortdurend gebruik van ibuprofen bij kinderen, gebaseerd op een 'randomised controlled trial' (RCT) met 27.065 kinderen. Hoe zat het ook alweer met RCT's? Waarom staan die eigenlijk zo hoog aangeschreven?

ACHTERGROND

Een RCT, of effectiviteitsonderzoek, geldt als de meest overtuigende methode om de specifieke werking van een bepaalde interventie vast te stellen. Het gaat dan vaak om een nieuwe behandeling, maar het kan ook om een (nieuwe) vorm van diagnostiek of screening gaan.

UITWERKING

Stel: we willen weten of een bepaald medicijn werkzaam is bij een bepaalde ziekte. Dat medicijn zouden we dan aan alle patiënten met deze ziekte kunnen voorschrijven waarna we kijken of ze er beter van worden. Echter, hoe weten we nu zeker dat ze daadwerkelijk door de medicatie zijn genezen en dat de ziekte niet vanzelf is overgegaan? In de huisartsenpraktijk gaan tenslotte veel aandoeningen vanzelf over. En als een ziekteproces in veel gevallen langzaam verloopt, denk aan prostaatkanker, hoe kunt u dan zeker weten dat een gunstig beloop écht door de behandeling komt?

We kunnen dit nagaan door twee groepen patiënten met elkaar te vergelijken. In de ene groep wordt de 'nieuwe' behandeling toegepast en de andere groep dient als controle. Deze controlegroep krijgt, afhankelijk van de onderzoeksvraag, een placebo of de gebruikelijke behandeling ('care as usual'). Dit laatste gebeurt omdat het niet altijd zinvol en vaak onethisch is een nieuwe behandeling met een placebobehandeling te vergelijken als er al een effectieve behandeling bestaat.

Een goede vergelijking van de interventie- en de controlegroep vereist dat de patiënten in de onderzoeksgroepen *precies dezelfde prognose* hebben. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de prognose in beide groepen precies gelijk is? Het zou gemakkelijk zijn als we patiënten zelf laten kiezen of ze een nieuwe behandeling willen (interventiegroep) of niet (controlegroep). Of als we patiënten uit één stad de nieuwe behandeling geven en die uit een andere stad een placebo. Waarschijnlijk zijn er dan echter grote verschillen in prognose tussen de interventiegroep en de controlegroep. Misschien roken er meer mensen in de ene groep, of gaat het om een stad in de buurt van een chemische fabriek. Kortom, de enige manier om te zorgen dat de prognose in beide groepen gelijk is, is het volledig *door toeval* te laten bepalen welke patiënt in de interventie- of in de controlegroep terechtkomt. Dit heet randomiseren.

Bij een goede RCT weet de patiënt van tevoren niet of hij in de interventiegroep of de controlegroep terecht zal komen (blindering) en wordt dit 'blind' toegewezen (concealed allocation). Patiënt, behandelend arts en degene die het resultaat van de behandeling beoordeelt, blijven idealiter ook gedurende het hele onderzoek geblindeerd.

De kracht van een RCT zit dus in het vergelijken van twee groepen patiënten met dezelfde prognose die verschillend worden behandeld. Verschillen in uitkomsten, zoals de snelheid van genezing, kunnen dan immers alleen het gevolg zijn van de behandeling.

BETEKENIS

Door gebruik van een controlegroep en randomisatie worden RCT's gezien als een van de beste methodes om bewijs te vinden voor de effectiviteit van een behandeling, sterker dan bijvoorbeeld een cohortonderzoek, waarbij een controlegroep ontbreekt. Goed uitgevoerde RCT's zijn daarom bij het samenstellen van standaarden of richtlijnen belangrijk. Men kan meerdere RCT's over hetzelfde onderwerp zoeken en samenvatten (systematic review) en de resultaten samenvoegen (meta-analyse). Wanneer dan de uitkomsten in dezelfde richting wijzen, wordt dat gezien als de krachtigste vorm van bewijs waarover we beschikken.

Als u wilt weten of de resultaten van een RCT toepasbaar zijn voor uw eigen patiënten is het van belang om na te gaan of de patiënten uit de RCT met de patiënten in uw eigen praktijk overeenkomen. Er kunnen grote verschillen zijn met patiënten uit bijvoorbeeld de tweede lijn. Ook etnische verschillen of verschillen in de organisatie van de zorg kunnen maken dat de resultaten niet zonder meer naar de Nederlandse eerstelijnssituatie vertaald kunnen worden. ■

De serie Praktische epidemiologie laat zien dat er een wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor veel handelingen die de huisarts in de dagelijkse praktijk intuïtief uitvoert. Aan de hand van een herkenbaar praktisch gegeven in de praktijk geven we kort aan hoe de wetenschap achter dit praktijkprobleem in elkaar zit. Correspondentie: j.eekhof@nhg.org

LITERATUUR

1 Berger MY, Boomsma LJ, Albeda FW, Dijkstra RH, Graafmans TA, Van der Laan JR, et al. NHG-Standaard Kinderen met koorts (tweede herziening) Huisarts Wet 2008;51:287-96.

Huisartsopleiding AMC-UvA, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam: dr. J. de Jong, stagecoördinator/docent EBM Huisartsopleiding AMC, medewerker NHG, afdeling R&W; dr. N. van Dijk, epidemioloog, onderwijskundige en senior onderzoeker • Correspondentie: jipdejong@amc.uva.nl

PREP08.indd 391 17-07-13 09:15

NHG-Standaard Atriumfibrilleren (tweede partiële herziening)

NHG-werkgroep Atriumfibrilleren

Kernboodschappen

- De diagnose atriumfibrilleren wordt gesteld op basis van een ECG.
- Tijdens elke bloeddrukmeting moet worden gelet op het hartritme.
- Bij oudere patiënten heeft verlaging van de hartfrequentie meestal de voorkeur boven herstel van het sinusritme.
- Atriumfibrilleren verhoogt het risico op een trombo-embolie, vooral een ischemisch CVA, waarbij het absolute risico toeneemt bij het stijgen van de leeftijd.
- Hoge leeftijd is op zichzelf geen contra-indicatie voor het voorschrijven van orale anticoagulantia.
- De huisarts evalueert ten minste jaarlijks of de antitrombotische behandeling nog adequaat is.

Wijzigingen

- Het risico op een ischemisch CVA bij patiënten met atriumfibrilleren wordt bepaald op basis van een nieuwe risicoscore (CHA_2DS_2-VASc).
- Ter preventie van een trombo-embolie bij atriumfibrilleren is acetylsalicylzuur alleen nog geïndiceerd bij een contra-indicatie voor orale anticoagulantia.
- Bij vrijwel alle patiënten ouder dan 65 jaar met atriumfibrilleren zijn orale anticoagulantia geïndiceerd; alleen bij mannen jonger dan 75 jaar en zonder cardiovasculaire comorbiditeit is antitrombotische medicatie niet noodzakelijk.
- Deze standaard beschrijft de, overigens beperkte, plaats van de nieuwe orale anticoagulantia (NOAC's) bij de preventie van een ischemisch CVA.
- De streefwaarde van de ventrikelfrequentie in rust is verhoogd van maximaal 90 naar maximaal 110 slagen per minuut.

De leden van de NHG-werkgroep Atriumfibrilleren worden genoemd bij de Totstandkoming.

NHG-werkgroep Atriumfibrilleren. NHG-Standaard Atriumfibrilleren (tweede partiële herziening). Huisarts Wet 2013;56(8):392-401.

De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn deels geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie. Huisarts Wet 2009;52(13):646-63.

INLEIDING

De NHG-Standaard Atriumfibrilleren geeft richtlijnen voor de diagnostiek van en het beleid bij atriumfibrilleren. Atriumfibrilleren is een hartritmestoornis waarbij het ritme volledig onregelmatig en meestal versneld is. De diagnose wordt gesteld op basis van een kenmerkend ECG-beeld. Na extrasystolie is atriumfibrilleren de meestvoorkomende hartritmestoornis.

Atriumfibrilleren kan verschillende klachten veroorzaken, maar klachten kunnen ook ontbreken. Ook zonder aanwezigheid van klachten is het onderkennen van atriumfibrilleren belangrijk, omdat het kan leiden tot ernstige complicaties, in het bijzonder tot een ischemisch CVA.

Atriumfibrilleren moet niet worden gezien als een geïsoleerde aandoening, maar als een onderdeel van het spectrum van cardiovasculaire morbiditeit. De meeste patiënten met atriumfibrilleren in de huisartsenpraktijk zijn ouder dan 75 jaar en hebben comorbiditeit, zoals hartfalen, hypertensie, diabetes mellitus, hartklepafwijkingen en/of ischemische hartziekten.[1] Deze comorbiditeit bepaalt mede het beleid bij een patiënt met atriumfibrilleren.

Atriumfibrilleren moet worden onderscheiden van atriumflutter, waarbij de atria eveneens snel contraheren. Het ritme is hierbij echter regelmatig. Atriumflutter komt minder vaak voor en wordt meestal door de cardioloog behandeld.[2] Atriumflutter wordt niet in deze standaard besproken.

Deze standaard is partieel herzien ten opzichte van de vorige versie uit 2009. Dat wil zeggen dat enkele delen zijn aangepast (zie *Wijzigingen*); de overige tekst met bijbehorende noten is vrijwel ongemoeid gelaten en de betreffende literatuurreferenties zijn niet geactualiseerd.

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistent, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin wordt vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de feitelijke keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Classificatie van atriumfibrilleren:[3]

1. *Eerste aanval van atriumfibrilleren*: de aandoening is niet eerder bij de patiënt vastgesteld. Het kan bij een enkele aanval blijven, vooral als er sprake is van een uitlokkende factor zoals een infectieziekte. Het kan echter ook de eerste manifestatie van paroxismaal atriumfibrilleren of het begin van persisterend atriumfibrilleren zijn. Het beloop in de tijd moet duidelijkheid verschaffen.
2. *Paroxismaal atriumfibrilleren*: aanvallen van atriumfibrilleren, die binnen zeven dagen spontaan herstellen. Deze aanvallen kunnen overdag ontstaan, bijvoorbeeld uitgelokt door inspanning, maar sommige patiënten krijgen juist 's nachts, na stress of postprandiaal een aanval.[4]
3. *Persisterend atriumfibrilleren*: de aandoening bestaat langer dan zeven dagen. Wanneer de aandoening langer dan een jaar bestaat op het moment dat besloten wordt om het beleid te

NHG08_Standaard (PRINT).indd 392 17-07-13 09:16

richten op cardioversie, spreken cardiologen van *langdurig* persisterend atriumfibrilleren.

4. *Permanent atriumfibrilleren*: de aandoening bestaat langer dan zeven dagen en de ritmestoornis wordt door patiënt en arts geaccepteerd. Er wordt geen poging tot cardioversie (meer) ondernomen.

Wanneer bij een patiënt voor het eerst atriumfibrilleren wordt vastgesteld en geen duidelijk begin kan worden aangegeven, moet worden aangenomen dat het langer bestaat dan 48 uur.

Strikt genomen zou er bij iedere tweede manifestatie van atriumfibrilleren sprake zijn van paroxismaal atriumfibrilleren. Wanneer een recidief echter evident wordt geprovoceerd door omstandigheden, zoals koorts, is het beleid toch gelijk aan dat bij een eerste aanval.

Medicatie ter preventie van een tromboembolie:

Orale anticoagulantia: cumarinederivaten (acenocoumarol, fenprocoumon) en nieuwe orale anticoagulantia (de zogenoemde NOAC's: directe trombineremmers (dabigatran) en directe factor-Xa-remmers (apixaban en rivaroxaban)).

Antitrombotische medicatie: cumarinederivaten, NOAC's en trombocytenaggregatieremmers (zoals acetylsalicylzuur en het daarvan afgeleide carbasalaatcalcium).

Epidemiologie

De gemiddelde incidentie en prevalentie van atriumfibrilleren zijn laag, maar stijgen sterk met de leeftijd.[5] De prevalentie in de totale populatie bedraagt 0,5%. Onder mensen van 25 tot 45 jaar is de prevalentie 0,04% en deze loopt op tot ongeveer 6% bij mensen van 75 jaar en ouder. Ruim de helft van de patiënten met atriumfibrilleren is ouder dan 75 jaar. De prevalentie is in alle leeftijdsklassen onder mannen hoger dan onder vrouwen. Toch is het aantal vrouwen en mannen met atriumfibrilleren ongeveer gelijk, omdat er meer oudere vrouwen zijn.

Hoewel uit populatieonderzoek blijkt dat 25 tot 35% van de patiënten met atriumfibrilleren niet als zodanig bekend is bij de huisarts, wordt screening op deze aandoening niet aanbevolen.[6] Wel adviseert de standaard om bij iedere patiënt bij wie de bloeddruk wordt gemeten in de huisartsenpraktijk, ook het hartritme te beoordelen. Het vaststellen van atriumfibrilleren heeft immers consequenties voor de behandeling en is belangrijk vanwege de preventie van complicaties, vooral van ischemische CVA's.

Abstract

Dutch College of General Practitioners Guideline Development Group for Atrial fibrillation. Guideline Atrial fibrillation (second partial revision). Huisarts Wet 2013;56(8):392-401.

The Dutch College of General Practitioners (NHG) has revised the 2009 guideline on atrial fibrillation (AF), which covers the diagnosis and management of AF in elderly individuals in general practice.

Background

AF is a cardiac arrhythmia whereby the heart rate is completely irregular and often rapid. Patients may experience symptoms such as palpitations and diminished exercise tolerance. AF increases the risk of ischaemic stroke, which is determined using the CHA_2DS_2-VASc score. In older patients, rate control is usually preferred to rhythm control. The target ventricular rate to prevent or diminish symptoms is less than 110 beats/minute at rest.

Diagnosis

Atrial fibrillation should be considered in case of shortness of breath, diminished exercise tolerance, palpitations, dizziness, fainting, signs of heart failure, and stroke. The diagnosis is confirmed by ECG findings. Echocardiography is indicated if heart valve defects or heart failure is suspected.

Management

Patients older than 65 years can often be managed in general practice, whereas younger patients are eligible for referral to a cardiologist. Consultation with a cardiologist is advised in case of uncertainty about the presence of cardiac comorbidity or poor response to treatment.

Medical treatment

- *Antithrombotic drugs* - Oral anticoagulants (coumarin derivatives or the new oral anticoagulants [NOACs]) are indicated for most patients older than 65 years; however, antithrombotic medication is not necessary for men younger than 75 years without cardiovascular comorbidity. If oral anticoagulants are indicated, coumarin derivatives are preferred because of extensive experience with these agents, whereas little is known about the safety and efficacy of NOACs in the long term and in patients treated in primary care. Patients who are unwilling to undergo regular monitoring at their local thrombosis service should be told of the possibility of monitoring their international normalized ratio (INR) themselves. Acetylsalicylic acid is only indicated if oral anticoagulants are contraindicated.
- *Rate-lowering drugs* - Patients should be started on delayed release metoprolol, or if this is contraindicated with diltiazem or verapamil. Digoxin should be added if the ventricular rate does not decrease sufficiently. If heart failure is present or suspected, digoxin should be used. Dose adjustment should be based on the ventricular rate.

Referral

Patients with haemodynamic instability or unstable angina pectoris should be referred immediately, by ambulance. The cardiologist should be consulted about possible cardioversion in patients younger than 65 years with AF lasting less than 48 hours, or in older patients with AF lasting less than 48 hours but who have multiple symptoms.

Other indications for referral are:

- Age younger than 65 years and AF lasting longer than 48 hours;
- Ventricular rate less than 50 beats/minute in the absence of rate-lowering drugs;
- Persistent symptoms despite adequate rate control;
- Insufficient lowering of the ventricular rate with digoxin and a beta-blocker and heart failure is suspected;
- Insufficient lowering of the ventricular rate despite the use of two heart rate-lowering drugs;
- Suspected heart valve defects;
- Family history of Wolff-Parkinson-White syndrome or sudden death;
- Paroxysmal AF, when patients would like treatment to reduce the number of attacks.

NHG08_Standaard (PRINT).indd 393 17-07-13 09:16

Pathofysiologie

Bij een normaal hartritme depolariseert de sinusknoop het eerst. Het atriumweefsel contraheert op een gecoördineerde manier door de voortgaande depolarisatiegolf vanuit de sinusknoop. Vervolgens wordt de AV-knoop geactiveerd. Deze geeft de prikkel met vertraging, via de bundels van His, door aan de ventrikels, zodat die zich gecoördineerd kunnen samentrekken.

Bij atriumfibrilleren zijn in de atria meerdere kringstroompjes aanwezig, die door elkaar heen lopen en elkaar uitdoven of versterken, resulterend in een zeer snelle en onregelmatige activering van de atria. Er is geen samenhangende contractie; de atria staan functioneel stil. Tegelijkertijd wordt de AV-knoop zeer snel en onregelmatig geactiveerd. Hoewel de AV-knoop niet alle prikkels doorgeeft, is de ventrikelfrequentie meestal hoger (100 tot 160 slagen per minuut) dan bij een sinusritme en volledig onregelmatig.

Door de combinatie van een ontbrekende atriumcontractie en een snelle en onregelmatige ventrikelcontractie kunnen klachten zoals hartkloppingen en een verminderde inspanningstolerantie ontstaan.

Door stase van het bloed, in het bijzonder in het hartoor van het linkeratrium, kunnen daar trombi ontstaan, met embolieën als mogelijk gevolg. Deze embolieën komen in 70% van de gevallen in de hersenen terecht. Dit mechanisme is de belangrijkste oorzaak voor het verhoogde risico op trombo-embolieën bij atriumfibrilleren.

Atriumfibrilleren veroorzaakt veranderingen van de myocardcellen, waardoor de stoornis in stand wordt gehouden. Deze veranderingen zijn waarschijnlijk verantwoordelijk voor paroxismaal atriumfibrilleren dat na verloop van tijd overgaat in persisterend atriumfibrilleren. Dit is tevens de verklaring waarom atriumfibrilleren moeilijker naar sinusritme te converteren is naarmate het langer bestaat.[7]

Risicofactoren voor het optreden van atriumfibrilleren

Een aantal factoren is gerelateerd aan atriumfibrilleren.[8] Bekende, vaak moeilijk te beïnvloeden, risicofactoren zijn hartklepafwijkingen, hartfalen, hypertensie, diabetes mellitus en ischemische hartziekten.[9]

De relatie tussen hartfalen en atriumfibrilleren is complex. Enerzijds kan atriumfibrilleren het gevolg zijn van hartfalen. Anderzijds kan atriumfibrilleren hartfalen veroorzaken of verergeren door het ontbreken van boezemcontracties en door verminderde vulling van de ventrikels ten gevolge van het snelle, onregelmatige ritme.

Daarnaast zijn meerdere, vaak reversibele, factoren bekend die atriumfibrilleren kunnen uitlokken. Zo komt atriumfibrilleren soms direct na een myocardinfarct en na hartchirurgie voor.[10] Koorts (zoals bij een pneumonie) kan de aanleiding zijn voor atriumfibrilleren; bij het verdwijnen van de koorts herstelt het sinusritme zich in het algemeen weer. Anemie, (acuut fors) alcoholgebruik, koffie, drugs en sommige medicijnen (waaronder bèta-sympathicomimetica, overdosering levothyroxine, corticosteroïden) kunnen eveneens atriumfibrilleren uitlokken, vooral bij jonge mensen. Ook hyperthyreoïdie kan met atriumfibrilleren gepaard gaan,[11] evenals fysieke inspanning of psychische stress.[12] In deze situaties kan atriumfibrilleren overgaan in een normaal sinusritme na het wegnemen van de uitlokkende factor.

Verder kan atriumfibrilleren optreden bij een groot aantal zeldzame aandoeningen, zoals metabole stoornissen en congenitale hartafwijkingen. Van een aantal factoren is een associatie met atriumfibrilleren vastgesteld, maar het is niet duidelijk of het om een oorzakelijk verband gaat.[13]

Indien bij atriumfibrilleren geen onderliggende causale pathologie wordt gevonden, spreekt men van *lone atrial fibrillation*. Deze diagnose kan alleen na cardiologisch onderzoek worden gesteld.[14]

Risicofactoren voor het optreden van trombo-embolische complicaties

Bij patiënten jonger dan 60 jaar met lone atrial fibrillation is het risico op trombo-embolische complicaties niet hoger dan bij leeftijdgenoten met een sinusritme.[15]

Het risico op trombo-embolische complicaties is bij een eerste manifestatie van atriumfibrilleren gedurende de eerste 48 uur evenmin verhoogd. Patiënten met paroxismaal atriumfibrilleren of atriumfibrilleren dat langer dan 48 uur duurt, hebben echter gemiddeld ongeveer een 5 maal zo hoog risico op trombo-embolische complicaties, vooral op een ischemisch CVA, als patiënten zonder atriumfibrilleren.[16] Soms is een acute arteriële afsluiting van de onderste extremiteit of van de darmen de uitingsvorm van een trombo-embolie.[17] Naast het verhoogde risico op trombo-embolie hebben patiënten met atriumfibrilleren een kortere levensverwachting dan patiënten zonder atriumfibrilleren.[18]

De aanwezigheid van comorbiditeit bepaalt in belangrijke mate de grootte van het risico op trombo-embolische complicaties. Bij patiënten met atriumfibrilleren en een (tegenwoordig zeldzame) reumatische klepafwijking is dit risico sterk verhoogd in vergelijking met de algemene bevolking.[19] Voor patiënten met atriumfibrilleren zonder reumatische klepafwijkingen zijn de sterkste voorspellers voor het optreden van een ischemisch CVA een eerder doorgemaakt CVA of TIA en leeftijd boven de 75 jaar. In mindere mate vergroten een leeftijd boven de 65 jaar, hypertensie, vaatlijden (zoals doorgemaakt myocardinfarct en perifeer arterieel vaatlijden), hartfalen, diabetes mellitus en vrouwelijk geslacht het risico op een ischemisch CVA. Het risico op een ischemisch CVA kan ingeschat worden met behulp van de CHA_2DS_2-VASc-score, zie [**tabel 1**].[20]

Het risico op een ischemisch CVA zonder antitrombotische behandeling loopt op van minder dan 1% per jaar bij patiënten jonger dan 60 jaar zonder risicofactoren tot meer dan 12% bij patienten ouder dan 75 jaar met meerdere risicofactoren. Patiënten met paroxismaal atriumfibrilleren lopen een even hoog risico als patiënten met persisterend of permanent atriumfibrilleren.[21]

Een patiënt met langer bestaand atriumfibrilleren heeft tijdens en in de

NHG08_Standaard (PRINT).indd 394 17-07-13 09:16

eerste vier weken na cardioversie nog een verhoogd risico op trombo-embolische complicaties. Soms wordt ook na die tijd de antitrombotische medicatie gecontinueerd, vooral bij een hoog risico op (paroxismaal) recidiveren van het atriumfibrilleren.

Tabel 1 **CHA_2DS_2-VASc-score voor het inschatten van het risico op ischemisch CVA bij patiënten met atriumfibrilleren (>48 uur of paroxismaal)**

Letter	Kenmerk	Score
C	Hartfalen (***C**ongestive heart failure*)	1
H	**H**ypertensie	1
A_2	Leeftijd ≥ 75 jaar (***A**ge*)	2
D	**D**iabetes mellitus	1
S_2	CVA/TIA/trombo-embolie (***S**troke*)	2
V	**V**aatlijden	1
A	Leeftijd 65-74 jaar (***A**ge*)	1
Sc	Vrouwelijk geslacht (***S**ex **c**ategory*)	1*

* *alleen bij leeftijd > 65 jaar*

Bij een totaalscore van 0 is sprake van een laag risico op een ischemisch CVA (ongeveer 0,5% per jaar), bij 1 een matig risico (ongeveer 1%) en bij 2 of hoger een hoog risico (oplopend tot meer dan 12%; gemiddeld ongeveer 5%).[20]

Herstel sinusritme versus verlaging ventrikelfrequentie

Atriumfibrilleren dat op het moment van diagnose korter dan 48 uur bestaat gaat in meer dan de helft van de gevallen weer spontaan over in een sinusritme.[22]

Na de eerste 48 uur wordt de kans op spontaan herstel kleiner naarmate het atriumfibrilleren langer bestaat. Herstel van het sinusritme kan ook worden bereikt door medicamenteuze of elektrische cardioversie. Voor medicamenteuze cardioversie staan enkele antiaritmica ter beschikking, die oraal of intraveneus kunnen worden toegediend.[23] Vooral bij kort bestaand atriumfibrilleren kan kortdurend gebruik van deze middelen tot sinusritme leiden. Bij elektrische cardioversie tracht men tijdens algehele anesthesie met een of enkele elektroshocks het sinusritme te herstellen.

Voor (elektrische of medicamenteuze) cardioversie bij atriumfibrilleren dat langer dan 48 uur bestaat, is antistolling door middel van orale anticoagulantia gedurende 3 tot 4 weken voorafgaand aan de behandeling nodig. Bij korter bestaand atriumfibrilleren is dat niet nodig.

Op pathofysiologische gronden wordt verondersteld dat patiënten met atriumfibrilleren baat hebben bij cardioversie. Onderzoeken maken echter duidelijk dat met betrekking tot symptomen en prognose (herhaalde) cardioversie geen verbetering geeft in vergelijking met een behandeling waarbij de ventrikelfrequentie wordt verlaagd.[24] Na medicamenteuze of elektrische cardioversie is immers vaak onderhoudstherapie met antiaritmica nodig om de kans op terugval in atriumfibrilleren te verkleinen en desondanks is de recidiefkans groot. Zo heeft slechts 30 tot 50% van de patiënten met persisterend atriumfibrilleren één jaar na elektrische cardioversie nog een sinusritme, ondanks ondersteunende medicatie.[25] Bovendien veroorzaakt de na cardioversie gebruikte antiaritmische medicatie om de recidiefkans op AF te verkleinen vaak bijwerkingen en is deze potentieel juist aritmogeen: de gebruikte middelen kunnen vooral aanleiding geven tot ventriculaire aritmie en worden daarom niet door de huisarts geïnitieerd. Op basis van deze gegevens wordt cardioversie in het algemeen niet aanbevolen, behalve wanneer klachten daartoe aanleiding geven en bij patiënten jonger dan 65 jaar. Bij patiënten met paroxismaal atriumfibrilleren bij wie medicamenteus beleid faalt, kan men (percutane) chirurgische interventies, zoals longvenekatheterisolatie, overwegen (zie *Verwijzing*).

Antitrombotische behandeling

Zowel orale anticoagulantia als acetylsalicylzuur reduceren het risico op een trombo-embolie, maar beide vergroten ook de kans op bloedingen. Acetylsalicylzuur verlaagt het risico op een ischemisch CVA veel minder dan orale anticoagulantia (relatieve risicoreductie 20% versus 60%), maar het risico op bloedingen is iets kleiner (absolute risicotoename op een ernstige bloeding 0,2% versus 0,3%).

De combinatie van acetylsalicylzuur met clopidogrel is weliswaar effectiever bij de preventie van een ischemisch CVA dan acetylsalicylzuur alleen, maar omdat door deze combinatie het risico op grote bloedingen toeneemt, wordt dit beschermende effect tenietgedaan. Deze zogenaamde 'duale' aggregatieremming heeft dan ook geen meerwaarde boven enkele remming met acetylsalicylzuur. Daarnaast is acetylsalicylzuur bij patiënten die ouder zijn dan ongeveer 75 jaar niet meer effectief om een ischemisch CVA bij atriumfibrilleren te voorkomen, hoewel acetylsalicylzuur in deze leeftijdsgroep nog wel beschermt tegen andere cardiovasculaire gebeurtenissen.[26]

De nieuwe orale anticoagulantia (de zogenoemde NOAC's: de directe trombineremmers en directe factor Xa-remmers) zijn eveneens effectiever dan acetylsalicylzuur.[27] Daarnaast zijn ze niet minder effectief dan cumarinederivaten en veroorzaakten ze in onderzoeksverband minder intracerebrale bloedingen.[28] Bij het gebruik van deze middelen is controle van de mate van ontstolling thans alleen mogelijk in gespecialiseerde laboratoria. Regelmatige laboratoriumcontrole van de antistolling vindt dan ook niet plaats. Er zijn echter nog weinig gegevens over de veiligheid van deze middelen bij gebruik in de dagelijkse praktijk, waarin nog nauwelijks ervaring is opgedaan bij patiënten met multimorbiditeit die een groter risico lopen op bloedingen dan de geselecteerde deelnemers aan de klinische onderzoeken. Ook ontbreken nog gegevens over de effectiviteit en veiligheid op de lange termijn. Bovendien is er geen specifiek antidotum beschikbaar voor noodsituaties, zoals vitamine K bij cumarinederivaten. Daarnaast heeft de korte halfwaardetijd van NOAC's tot gevolg dat bij het vergeten van een of meerdere tabletten de beoogde bescherming tegen een CVA snel verloren gaat; adequate therapietrouw is daarom vooral bij NOAC's van groot belang. Tot slot zou, gezien de goede organisatie van trombosediensten in Nederland, de therapeutische meerwaarde van NOAC's minder kunnen zijn dan in de internationale onderzoeken werd aangetoond.

NHG08_Standaard (PRINT).indd 395 17-07-13 09:16

Dit alles kan betekenen dat de effectiviteit van de NOAC's in de Nederlandse huisartsenpraktijk minder is dan in de goed begeleide onderzoeken. NOAC's worden momenteel alleen vergoed wanneer voorgeschreven in de tweede lijn.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Bij de volgende klachten en bevindingen is er reden om aan atriumfibrilleren te denken en (door palpatie van de pols[29] of auscultatie van het hart) het hartritme te bepalen:

- kortademigheid;
- verminderde inspanningstolerantie;
- hartkloppingen;
- duizeligheid in de zin van licht gevoel in het hoofd of het gevoel flauw te vallen;
- wegrakingen;
- druk op de borst;
- een TIA of een CVA.[30]

Ook bij iedere patiënt bij wie de bloeddruk wordt gemeten beoordeelt de huisarts, praktijkondersteuner of praktijkassistent het hartritme om ook in afwezigheid van klachten atriumfibrilleren op te sporen. Algemene screening wordt niet geadviseerd.[6]

Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn gericht op de actuele klacht, de ritmestoornis, mogelijke oorzaken en comorbiditeit, en op eventuele gevolgen van atriumfibrilleren. De diagnose atriumfibrilleren wordt gesteld op grond van een ECG.

Bij een vermoeden van atriumfibrilleren kan de huisarts ook besluiten eerst een ECG te maken en afwijken van de volgorde van onderstaande aanbevelingen.

Anamnese

De huisarts vraagt naar klachten die kunnen samenhangen met atriumfibrilleren:

- Heeft de patiënt hartkloppingen? Hoe lang bestaan ze; zijn ze continu of in aanvallen? Ontstaan en stoppen ze plotseling of geleidelijk? Bij aanvallen: hoe vaak zijn er aanvallen, hoe lang duren ze, voelen ze regelmatig of onregelmatig, sinds wanneer bestaan ze, en wanneer ontstaan ze? (Zie hieronder voor uitlokkende factoren.)
- Heeft de patiënt last van duizeligheid of wegrakingen?
- Zijn er klachten passend bij hartfalen? (Zie de NHG-Standaard Hartfalen.)
- Zijn er angineuze klachten? (Zie de NHG-Standaard Acuut coronair syndroom en de NHG-Standaard Stabiele angina pectoris.)

De huisarts vraagt naar mogelijk uitlokkende factoren:

- Heeft de patiënt koorts? Zijn er aanwijzingen voor anemie of hyperthyreoïdie? (Zie de NHG-Standaard Anemie en de NHG-Standaard Schildklieraandoeningen.)
- Ontstaan de klachten in een periode van stress, tijdens lichamelijke inspanning of postprandiaal?
- Is er sprake van overmatig koffie- of alcoholgebruik, of van drugsgebruik?
- Gebruikt de patiënt medicatie, met name bètasympathicomimetica, levothyroxine of corticosteroïden?

De huisarts vraagt naar mogelijke complicaties:

- Zijn er klachten die wijzen op tromboembolische complicaties, met name een TIA of een CVA? (Zie de NHG-Standaard Beroerte.)

De huisarts vraagt (of raadpleegt het dossier van de patiënt) naar onderliggende aandoeningen en belangrijke comorbiditeit:

- Is de patiënt bekend met CVA of TIA, hartkleplijden, hypertensie, angina pectoris, myocardinfarct, hartfalen, diabetes mellitus, hyperthyreoïdie of COPD?
- Komt plotse hartdood voor in de familie van de patiënt? (Zie *Verwijzing*.)

Lichamelijk onderzoek

De huisarts verricht de volgende onderzoeken:

- *Bloeddrukmeting*: meet de bloeddruk handmatig. Ook bij atriumfibrilleren wordt de bovendruk afgelezen zodra bij het leeglopen van de manchet de eerste geluiden te horen zijn.[31]
- *Auscultatie van het hart*: stel het ritme en de frequentie van de hartslag vast. Bepaal de frequentie door gedurende ten minste dertig seconden te tellen. Is de frequentie in rust lager dan negentig slagen per minuut, dan wordt deze nogmaals bepaald na lichte inspanning (bijvoorbeeld uitkleden). Let op souffles die kunnen wijzen op hartklepgebreken. Een wisselende luidheid van de eerste harttoon past bij atriumfibrilleren.
- *Beoordeling van tekenen van hartfalen zoals*: in linkerzijligging een heffende of verbrede (meer dan twee vingers palpabele) ictus cordis of tekenen van overvulling, zoals (basale) pulmonale crepitaties, verhoogde CVD, gestuwde halsvenen, leververgroting, ascites en perifeer oedeem.

Wanneer bij de anamnese een vermoeden van een onderliggende oorzaak of andere uitlokkende factoren ontstaat, dient men hiermee rekening te houden tijdens het lichamelijk onderzoek. Bij een vermoeden van trombo-embolische complicaties (zoals TIA, CVA of perifere arteriële vaatafsluiting) wordt ook daarop gericht onderzoek verricht.

Aanvullend onderzoek

Standaard ECG

Bij het vermoeden van atriumfibrilleren wordt door (of in opdracht van) de huisarts een 12-kanaals-ECG gemaakt. Voor het stellen van de diagnose atriumfibrilleren volstaat een ritmestrook, maar met een ECG kan ook andere relevante pathologie worden aangetoond of uitgesloten. Het kenmerkende ECG-beeld bij atriumfibrilleren laat de chaotische atriale activiteit als een golvende basislijn zien; er zijn geen P-toppen.

De afstanden tussen de QRS-complexen zijn volledig irregulair. Voor een correcte interpretatie van een ECG is kennis en ervaring vereist.[32]

Een ECG kan ook een doorgemaakt myocardinfarct of linkerventrikelhypertrofie aantonen. Een normaal ECG sluit deze echter niet uit. Het Wolff-Parkinson-White-syndroom kan eveneens met behulp van het ECG worden gediagnosticeerd, maar niet worden uitgesloten. Bij dit syndroom is er een extra verbinding tussen atria en ventrikels, die tijdens

NHG08_Standaard (PRINT).indd 396 17-07-13 09:16

atriumfibrilleren kan leiden tot een hoge ventrikelfrequentie en daarmee soms tot een plotselinge hartdood.[33]

Een sinusritme bij een standaard-ECG sluit paroxismaal atriumfibrilleren niet uit.

Ambulante ritmeregistratie

Verricht een Holter-registratie bij het vermoeden van paroxismaal atriumfibrilleren, waarbij de patiënt frequente aanvallen (eenmaal of vaker per 24 uur een aanval) heeft.

Maak bij minder frequente aanvallen gebruik van een eventrecorder, die een kortdurende registratie maakt als de patiënt klachten ervaart. Overweeg bij ouderen gebruik te maken van een automatische eventrecorder.[34]

Vaak kunnen huisartsen deze onderzoeken in eigen beheer (laten) doen. Daarnaast kunnen huisartsen afspraken maken om binnen de waarneming in avond-, nacht- en weekenddienst op de huisartsenpost of de spoedeisende hulp van het ziekenhuis bij de patiënt tijdens klachten een ECG te laten maken.

Laboratoriumonderzoek

De huisarts laat de volgende laboratoriumbepalingen uitvoeren:

- TSH en, indien afwijkend, vrije T_4; atriumfibrilleren kan de enige klinische uiting van hyperthyreoïdie zijn;
- Hb; anemie kan een uitlokkende factor zijn;
- glucose; diabetes mellitus is een belangrijke comorbiditeit met consequenties voor het verdere beleid;
- eGFR (nierfunctie) en kalium; uitgangswaarden bij het begin van de behandeling met digoxine en antitrombotische behandeling.

Het bestaan van atriumfibrilleren is op zichzelf geen reden voor bepaling van een B-type natriuretisch peptide (BNP of NT-proBNP).[35] Bij vermoeden van hartfalen is deze bepaling echter wel geïndiceerd (zie de NHG-Standaard Hartfalen). Overigens zullen de meeste patiënten met atriumfibrilleren zonder hartfalen verhoogde waarden hebben.

Echocardiografie

Echocardiografie is in enkele regio's direct voor de huisarts beschikbaar in een diagnostisch centrum. Indien echocardiografie niet direct beschikbaar is, moet de huisarts hiervoor verwijzen naar een cardioloog. Een indicatie voor echocardiografie is het vermoeden van een hartklepafwijking of van hartfalen (zie *Verwijzing*).

Evaluatie

- Wanneer de huisarts een regelmatige hartslag vaststelt (aan de pols of op het ECG), kan atriumfibrilleren op dat moment worden uitgesloten. Bij aanvalsgewijze klachten kan de patiënt wel paroxismaal atriumfibrilleren hebben.
- De huisarts stelt de diagnose atriumfibrilleren op grond van een ECG. De diagnose paroxismaal atriumfibrilleren wordt gesteld op grond van een ECG tijdens een aanval, of op grond van de uitslag van een Holter-registratie of onderzoek met een eventrecorder.
- De huisarts stelt vast of het atriumfibrilleren korter of langer duurt dan 48 uur.
- Op grond van de beschikbare gegevens over het beloop stelt de huisarts vast of de patiënt een eerste aanval van atriumfibrilleren heeft, dan wel paroxismaal, (langdurig) persisterend of permanent atriumfibrilleren (zie *Begrippen*).
- Voor besluitvorming over het antitrombotisch beleid is het van belang dat de huisarts vaststelt of er relevante comorbiditeit is: een eerder doorgemaakte trombo-embolie (zoals CVA of TIA), hartklepafwijkingen, verminderde nierfunctie, vaatlijden, (al dan niet behandelde) hypertensie, diabetes mellitus of (mogelijk) hartfalen.[20]

RICHTLIJNEN BELEID

Jongere patiënten komen in aanmerking voor beoordeling door een cardioloog (zie *Verwijzing*).

Patiënten van 65 jaar en ouder met atriumfibrilleren kunnen echter vaak goed in de huisartsenpraktijk behandeld worden, wanneer de voor het beleid relevante comorbiditeit goed in beeld is en eventuele klachten en symptomen adequaat kunnen worden behandeld. Bij onzekerheid over de aanwezigheid van mogelijk relevante cardiovasculaire comorbiditeit (zoals eventueel kleplijden en hartfalen), onvoldoende reactie op behandeling of op verzoek van de patiënt kan (eenmalige) consultatie van een cardioloog geïndiceerd zijn (zie *Verwijzing*).

Bij onderliggende pathologie, zoals een anemie of (subklinische) hyperthyreoïdie, dient de huisarts het beleid ook daar op te richten (zie de NHG-Standaard Anemie en de NHG-Standaard Schildklieraandoeningen).

De huisarts verwijst met spoed per ambulance:

- wanneer de patiënt hemodynamisch instabiel is (neiging tot cardiogene shock, astma cardiale of acute verergering van chronisch hartfalen);
- wanneer de patiënt tevens instabiele angina pectoris (in rust) heeft.

De huisarts overlegt direct met de cardioloog:

- wanneer een jonge patiënt (arbitrair < 65 jaar) korter dan 48 uur atriumfibrilleren heeft; een cardioversie is dan vaak succesvol en zou zonder antistolling kunnen plaatsvinden.

De huisarts overweegt direct overleg met de cardioloog:

- wanneer een oudere patiënt (arbitrair > 65 jaar) korter dan 48 uur atriumfibrilleren heeft met daarbij veel klachten; een cardioversie zou baat kunnen hebben en zonder antistolling kunnen plaatsvinden.

Voorlichting

- De huisarts legt uit dat atriumfibrilleren een hartritmestoornis is, waarbij het hart onregelmatig en meestal snel klopt. Soms veroorzaakt dit geen klachten, maar de meeste patiënten voelen hartkloppingen, zijn snel moe of ervaren een vermindering van hun inspanningsvermogen. Dit kan bepaalde (beroeps)werkzaamheden belemmeren.
- Een aantal factoren, zoals alcohol, koffie, drugs en (eventueel beroepsgerelateerde) stress, kunnen atriumfibrilleren uitlokken. Het advies luidt daarom eventuele uitlokkende factoren zo mogelijk te vermijden.
- Wanneer het atriumfibrilleren niet langer dan 48 uur bestaat, legt de

NHG08_Standaard (PRINT).indd 397 17-07-13 09:16

huisarts uit dat het hartritme zich in meer dan de helft van de gevallen spontaan herstelt.[22] Daarom kan men, als de patiënt weinig klachten heeft, vanaf het begin van de klachten 48 uur afwachten. Zijn er klachten in combinatie met een snelle hartslag, dan kan de frequentie met medicijnen worden verlaagd. Als het atriumfibrilleren samenhangt met een onderliggende uitlokkende ziekte, bijvoorbeeld een longontsteking, normaliseert het ritme meestal nadat de patiënt hiervan hersteld is.[36]

- Wanneer het atriumfibrilleren langer dan 48 uur bestaat en er tevens een snelle hartslag is, legt de huisarts uit dat medicijnen ter vertraging van de hartslag zinvol zijn. Daardoor kunnen eventuele klachten verminderen en kan de patiënt zich beter inspannen.
- Bij paroxismaal atriumfibrilleren en atriumfibrilleren dat langer dan 48 uur duurt, bestaat een verhoogd risico op complicaties door stolsels die vanuit het hart vooral naar de hersenen getransporteerd worden. Op die manier kunnen ze leiden tot een TIA, ischemisch CVA of perifere trombo-embolie.
- De huisarts legt uit dat het risico op een trombo-embolie hoger is naarmate er meer risicofactoren zijn. Hierbij kunnen de elementen uit de CHA_2DS_2-VASc-score worden gebruikt. Zie [**tabel 1**].[20]
- Afhankelijk van de aanwezigheid van risicofactoren is een behandeling met orale anticoagulantia noodzakelijk. Deze behandeling vergroot weliswaar de kans op bloedingen (bijvoorbeeld bij een ongeval of uit het maagdarmkanaal), maar de voordelen zijn groter dan de nadelen.
- De huisarts legt uit wat de verschijnselen zijn van een TIA, CVA (zie de NHG-Standaard Beroerte) en perifere trombo-embolie en instrueert de patiënt om direct contact op te nemen met de (dienstdoende) huisarts wanneer deze verschijnselen zich voordoen.
- Bij een patiënt met paroxismaal atriumfibrilleren, die frequent aanvallen heeft met klachten, overlegt de huisarts met de patiënt over de mogelijkheden om de aanvalsfrequentie te verminderen. Als de patiënt wil worden behandeld, verwijst de huisarts hem naar de cardioloog, die in het algemeen een behandeling met medicijnen zal voorstellen (zie *Verwijzing*).

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de website www.thuisarts.nl.

Medicamenteuze behandeling

Bij atriumfibrilleren langer dan 48 uur of van onbekende duur, en bij paroxismaal atriumfibrilleren wordt antitrombotische medicatie voorgeschreven. Daarnaast wordt op indicatie medicatie voorgeschreven om de ventrikelfrequentie te verlagen. De huisarts kan de middelen hiervoor gelijktijdig starten. Bij een indicatie voor (medicamenteuze) cardioversie verwijst de huisarts de patiënt naar de cardioloog (zie *Verwijzing*).

Medicatie ter preventie van een trombo-embolie

Onderstaande adviezen gelden voor patiënten met atriumfibrilleren van 65 jaar en ouder; jongere patiënten komen in aanmerking voor beoordeling door een cardioloog (zie *Verwijzing*).

- Adviseer orale anticoagulantia aan alle vrouwen van 65 jaar en ouder en aan alle mannen van 75 jaar en ouder (dus aan patiënten met een CHA_2DS_2-VASc-score van 2 of hoger).[37]
- Bespreek met mannen van 65 tot 75 jaar zonder cardiovasculaire comorbiditeit (zij hebben een CHA_2DS_2-VASc-score van 1) dat het voordeel van antitrombotische medicatie (preventie van een trombo-embolie) niet opweegt tegen het nadeel daarvan (risico op bijwerkingen, zoals bloedingen) en dat om die reden antitrombotische medicatie niet geïndiceerd is.[37] Geïsoleerd atriumfibrilleren lijkt op deze leeftijd overigens uitzonderlijk, omdat atriumfibrilleren meestal het gevolg is van of samengaat met andere cardiovasculaire morbiditeit.
- Adviseer acetylsalicylzuur bij een contra-indicatie voor orale anticoagulantia. Zie [**tabel 2**].[38]

Keuze tussen cumarinederivaten en NOAC's

Bij een indicatie voor orale anticoagulantia gaat de voorkeur uit naar cumarinederivaten. De reden hiervoor is dat met cumarinederivaten jarenlange ervaring is opgedaan, terwijl er nog geen gegevens beschikbaar zijn over de effectiviteit en veiligheid van NOAC's op de lange termijn, vooral bij gebruik door patiënten met multipele comorbiditeit in de huisartsenpraktijk. Patiënten voor wie regelmatige controles door een trombosedienst belastend zijn, kunnen baat hebben bij zelfcontrole van hun INR-waarden.[39]

Overweeg NOAC's alleen, indien aan *alle* volgende voorwaarden wordt voldaan:

- leeftijd jonger dan (arbitrair) 80 jaar;
- relatief weinig comorbiditeit;
- een goede nierfunctie (GFR > 50 ml/min);
- goede therapietrouw.

NOAC's zijn absoluut gecontra-indiceerd bij:

- patiënten met een mechanische kunsthartklep;
- patiënten met een (tegenwoordig zeldzame) reumatische mitraalklepstenose.

Het is van belang dat op regionaal niveau afspraken zijn tussen de eerste en tweede lijn over wat te doen bij calamiteiten en (onverwachte) bijwerkingen, conform het advies van de Orde van Medisch Specialisten.[40] NOAC's worden vooralsnog alleen vergoed bij voorschrift door een medisch specialist. Wanneer huisarts en patiënt kiezen voor een NOAC, zal de patiënt daarvoor (eenmalig en, zo nodig, daarna jaarlijks) een cardioloog moeten consulteren.

De huisarts informeert gebruikers van orale anticoagulantia over bijwerkingen en alarmsymptomen van gastro-intestinale bloedingen. Bij iedere vorm van antitrombotische behandeling beoordeelt de huisarts of maagbescherming is geïndiceerd (zie de NHG-Standaard Maagklachten). De huisarts meldt vermoede bijwerkingen van NOAC's bij het Nederlandse bijwerkingencentrum LAREB (www.lareb.nl). Ook als de causaliteit (nog) niet vaststaat is melden van vermoede bijwerkingen op deze nieuwe geneesmiddelgroepen zinvol, omdat alleen bij landelijke registratie eventuele trends en nieuwe bijwerkingen zichtbaar zullen worden.

NHG08_Standaard (PRINT).indd 398 17-07-13 09:16

Tabel 2 Belangrijkste contra-indicaties voor antitrombotische medicatie

Contra-indicaties voor orale anticoagulantia
■ actieve of recente (arbitrair < 3 maanden geleden), klinisch significante bloeding
■ ernstige nierfunctiestoornis
■ ernstige leverfunctiestoornis
■ ernstige hypertensie (diastolische tensie herhaaldelijk > 120 mm Hg)
■ hemorragische diathese (zoals trombocytopenie, trombocytopathie, hemofilie)
■ ulcera in tractus digestivus
■ verminderde therapietrouw (omdat INR-controle niet aan de orde is, is dit vooral van belang bij NOAC's)
■ kunsthartklep of reumatische mitraalklepstenose (geldt alleen voor NOAC's)
■ interacties met comedicatie: *cumarinederivaten:* de belangrijkste (absoluut gecontra-indiceerd) zijn cotrimoxazol, miconazol (alle toedieningsvormen), piroxicam, fenylbutazon, acetylsalicylzuur en carbasalaatcalcium >100 mg/dag, combinatiepreparaat met vitamine K *apixaban*: relevante interactie met rifampicine, diltiazem, ketoconazol en naproxen *dabigatran*: relevante interactie met rifampicine, ketoconazol, amiodaron, kinidine, telaprevir en verapamil; de fabrikant ontraadt combinatie met itraconazol, ciclosporine, tacrolimus en HIV-proteaseremmers *rivaroxaban*: relevante interactie met rifampicine, claritromycine, erytromycine, fluconazol, itraconazol en voriconazol; de fabrikant ontraadt combinatie met posaconazol en proteaseremmers
Contra-indicaties voor acetylsalicylzuur
■ actieve of recente (arbitrair < 3 maanden geleden), klinisch significante bloeding
■ ulcera in tractus digestivus
■ gastritis
■ hypoprotrombinemie

Cumarinederivaten (acenocoumarol, fenprocoumon)

Voor welk cumarinederivaat wordt gekozen, wordt mede bepaald door afspraken met de plaatselijke trombosedienst. In Nederland heeft men de beschikking over het kortwerkende acenocoumarol 1 mg en het langwerkende fenprocoumon 3 mg.

In het algemeen adviseren trombosediensten de tabletten eenmaal per dag 's avonds in te nemen, zodat bij een sterk afwijkende INR de dosering nog op de dag van controle kan worden aangepast.

Bij het starten van een cumarinederivaat wordt de eerste dagen een oplaaddosis gegeven volgens onderstaand schema [**tabel 3**].

Na de derde dag wordt de vervolgdosering bepaald op geleide van de INR.

Zelfcontrole van INR kan worden overwogen bij patiënten die regelmatige controle door een trombosedienst belastend vinden.[39]

Bij cumarinederivaten moet de instelling door de trombosedienst gericht zijn op een INR tussen 2,0 en 3,0.[41]

Overschakelen van een NOAC naar een cumarinederivaat

Overweeg om, zo nodig in overleg met de cardioloog die de prescriptie van NOAC's geïnitieerd heeft, de volgende patiënten actief over te zetten van een NOAC naar een cumarinederivaat:

- patiënten die ouder zijn dan (arbitrair) 80 jaar;
- patiënten met multipele comorbiditeit;
- patiënten met een verminderde nierfunctie (arbitrair GFR < 50 ml/min);[42]
- patiënten die medicatie gebruiken die belangrijke interactie(s) met NOAC's heeft;
- patiënten met een verminderde of onzekere therapietrouw;
- patiënten met cognitieve functiestoornissen (wanneer de patiënt of diens omgeving niet kan worden vertrouwd met betrekking tot het opvolgen van medicatievoorschriften).

Overleg over wijze van omzetting van medicatie met de trombosedienst.[43]

Acetylsalicylzuur

De dosering van acetylsalicylzuur is 80 mg per dag.[44]

Een aantal patiënten met atriumfibrilleren wordt nu door de huisarts behandeld met acetylsalicylzuur, terwijl volgens de thans gevolgde risicostratificatie een oraal anticoagulans geïndiceerd is. Het gaat daarbij om alle vrouwelijke patiënten ouder dan 65 jaar, alle patiënten ouder dan 75 jaar en mannelijke patiënten tussen 65 en 75 jaar met één van de volgende bijkomende aandoeningen: hypertensie (nu of in de voorgeschiedenis), diabetes mellitus, hartfalen en vaatlijden. Daarom is het van belang dat de huisarts tijdens de jaarlijkse evaluatie van deze patiënten extra aandacht besteedt aan de keuze van antitrombotische medicatie en deze, in nauw overleg met de patiënt, zo nodig aanpast.

Medicatie ter verlaging van de ventrikelfrequentie

Het doel van de medicamenteuze behandeling is verlaging van de ventrikelfrequentie tot minder dan 110 slagen per minuut in rust en zo klachten weg te nemen of te verminderen.[45] Frequentieverlaging leidt tot een betere vulling van de kamers waardoor de *cardiac output* toeneemt, hetgeen resulteert in een verbeterde inspanningstolerantie. Bij patiënten met atriumfibrilleren en een ventrikelfrequentie in rust van meer dan 110 slagen per minuut en bij patiënten met klachten bij inspanning (zoals dyspneu en druk op de borst) is medicatie ter verlaging van de frequentie geïndiceerd.

- Geef een bètablokker, tenzij de patiënt tekenen van overvulling heeft (zoals orthopneu/nachtelijke dyspneu, crepiteren, verhoogde CVD en perifeer oedeem dat niet verklaard wordt door chronische veneuze insufficiëntie) bij al dan niet bekend hartfalen. Na correctie van eventuele overvulling met diuretica kunnen bètablokkers wel

NHG08_Standaard (PRINT).indd 399 17-07-13 09:16

Tabel 3 Start behandeling met cumarinederivaat (acenocoumarol of fenprocoumon)

	acenocoumarol 1 mg		fenprocoumon 3 mg	
	< 70 jaar	relatieve contra-indicatie of > 70 jaar	< 70 jaar	relatieve contra-indicatie of > 70 jaar
eerste dag	6 mg (6 tabletten)	4 mg (4 tabletten)	12 mg (4 tabletten)	6 mg (2 tabletten)
tweede dag	4 mg (4 tabletten)	2 mg (2 tabletten)	6 mg (2 tabletten)	3 mg (1 tablet)
derde dag	2 mg (2 tabletten)	1 mg (1 tablet)	3 mg (1 tablet)	1,5 mg (0,5 tablet)

gestart en zo nodig geleidelijk in dosering opgehoogd worden. Ook bij een patiënt met stabiele angina pectoris of een doorgemaakt myocardinfarct is een bètablokker eerste keus.

- Geef bij een contra-indicatie voor een bètablokker (bijvoorbeeld bij ernstig astma) een calciumantagonist (diltiazem of verapamil).
- Voeg digoxine toe bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie bij maximale dosering van de bètablokker of diltiazem of verapamil. De combinatie van een bètablokker met een calciumantagonist wordt niet geadviseerd.[46]
- Geef bij (het vermoeden van) hartfalen digoxine ter verlaging van de ventrikelfrequentie. Bij hartfalen zonder verschijnselen van overvulling kan in plaats van digoxine ook een bètablokker worden voorgeschreven. De calciumantagonisten diltiazem en verapamil zijn bij hartfalen gecontra-indiceerd.[47]

Voor alle middelen geldt dat de dosering gaandeweg wordt opgehoogd op geleide van klachten en ventrikelfrequentie.

Bètablokkers

Wanneer een bètablokker geïndiceerd is, gaat de voorkeur uit naar metoprolol (de vorm met vertraagde afgifte) eenmaal daags 50 tot 200 mg.[48] De meeste patiënten zijn ouderen, bij wie een lage dosering vaak afdoende is. Sotalol is een antiaritmicum met, naast bètablokkeractiviteit, klasse-III-antiaritmische eigenschappen; vanwege de kleine kans op aritmogene bijwerkingen wordt sotalol niet door de huisarts geïnitieerd.[49] Bovendien zou sotalol kunnen resulteren in een cardioversie, voordat de patiënt adequaat is ingesteld op orale anticoagulantia.

Calciumantagonisten

Wanneer een calciumantagonist geïndiceerd is, wordt gekozen voor diltiazem of verapamil. Diltiazem heeft de voorkeur, omdat verapamil sterker negatief-inotroop werkt.[50] Voor diltiazem en verapamil geldt als dagdosering 120 tot 360 mg met gereguleerde afgifte.

Digoxine

- Bepaal de nierfunctie. De renale excretie van digoxine vermindert bij het afnemen van de nierfunctie, waardoor toxische spiegels mogelijk zijn.
- Geef een eenmalige oplaaddosering van 0,75 mg digoxine; vanaf de volgende dag is de onderhoudsdosering eenmaal daags 0,25 mg.
- Geef bij een verhoogd risico op toxiciteit, patiënten ouder dan arbitrair 70 jaar, een verminderde nierfunctie (GFR < 50 ml/min) of een laag lichaamsgewicht (arbitrair < 55 kg) een oplaaddosering van driemaal daags 0,125 mg op de eerste dag en vervolgens een onderhoudsdosering van eenmaal daags 0,125 mg.
- Geef bij hoogbejaarde patiënten (arbitrair > 85 jaar) of bij een combinatie van deze factoren na een oplaaddosis van 3 maal daags 0,125 mg een dagdosis van 0,0625 mg.
- Titreer de onderhoudsdosering op geleide van de ventrikelfrequentie. Let daarbij op het risico van toxiciteit.
- Geef bij combinatie van digoxine met verapamil de helft, en bij een combinatie van digoxine met diltiazem driekwart van de gebruikelijke digoxinedosis, omdat interactie de spiegel van digoxine verhoogt.[51] Wees extra alert op verschijnselen van intoxicatie (zie bijwerkingen hieronder).

Bijwerkingen treden vooral op bij overdosering. De belangrijkste zijn misselijkheid en braken, een totaal AV-blok, andere ritme- en geleidingsstoornissen en delier. Bijwerkingen zijn niet alleen het gevolg van de dosering, maar ook van de individuele gevoeligheid. Het bepalen van de digoxinespiegel heeft daarom vaak weinig waarde.

Preventieve medicatie bij paroxismaal atriumfibrilleren

Huisartsen wordt ontraden om zelf antiaritmica (zoals sotalol) te initiëren om het risico op het hernieuwd optreden van atriumfibrilleren na cardioversie/ablatie of het aantal paroxismen van atriumfibrilleren te verminderen. Deze middelen kunnen immers zelf ritmestoornissen veroorzaken. Bij patiënten met paroxismaal atriumfibrilleren die, al dan niet bij aanvallen, antiaritmica gebruiken vindt eventuele dosisaanpassing plaats na overleg met de cardioloog die de medicatie heeft geïnitieerd.[52]

Controles[53]

- Zie bij een eerste aanval van atriumfibrilleren de patiënt twee dagen na het ontstaan van de klachten terug. Controleer op dat moment het ritme en de ventrikelfrequentie. Bestaat het atriumfibrilleren nog steeds, start dan antitrombotische medicatie en beoordeel of het nodig is de ventrikelfrequentie te verlagen (zie *Medicamenteuze behandeling*).
- Controleer tijdens het instellen van de medicatie ter verlaging van de ventrikelfrequentie de patiënt wekelijks tot het behandeldoel is bereikt.
- Besteed bij iedere controle aandacht aan tekenen van mogelijk hartfalen.
- Controleer nadat het behandeldoel is bereikt de patiënt in ieder geval jaarlijks. Beoordeel tijdens deze controle de hartfrequentie en of de patiënt verschijnselen heeft van hartfalen. Beoordeel daarnaast bij patiënten die geen orale anticoagulantia gebruiken of er veranderingen zijn in relevante risicofactoren (leeftijd, comorbiditeit),

NHG08_Standaard (PRINT).indd 400 17-07-13 09:16

waardoor de indicatie voor antitrombotische behandeling verandert. Bij digoxinegebruik worden jaarlijks de nierfunctie en kaliumconcentraties gecontroleerd en wordt de dosering van digoxine zo nodig aangepast. Bij cardiovasculaire comorbiditeit kunnen aanvullende controles geïndiceerd zijn (zie de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement).
- Adviseer patiënten bij iedere controle om contact op te nemen bij braken, diarree en/of intercurrente infecties; door een (tijdelijk) verminderde nierfunctie kan aanpassing van de dosering van orale anticoagulantia noodzakelijk zijn. Dit geldt vooral voor NOAC's, waarbij immers regelmatige controles van de stolling ontbreken.

Verwijzing

De huisarts verwijst patiënten met atriumfibrilleren:
- bij een leeftijd < 65 jaar met een langer dan 48 uur bestaand atriumfibrilleren. Omdat atriumfibrilleren op jongere leeftijd zeldzaam is, is het zinvol met specialistisch onderzoek te proberen een onderliggende aandoening (zoals een klepafwijking of congenitale afwijking) aan te tonen of uit te sluiten;
- wanneer patiënt en huisarts kiezen voor een NOAC als antitrombotische medicatie;
- bij een ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentieverlagende medicatie om te laten beoordelen of een pacemaker geïndiceerd is;
- bij persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie (mogelijke indicatie voor cardioversie of chirurgische interventie);[54]
- bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en bètablokker en (vermoeden van) hartfalen;
- bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van twee frequentieverlagende middelen (mogelijke indicatie voor cardioversie of chirurgische interventie);[54]
- bij vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen (indicatie voor echodiagnostiek);[55]
- bij aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-White-syndroom of wanneer in de familie van de patiënt plotse hartdood voorkomt;
- bij paroxismaal atriumfibrilleren, wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen of vermindering van het aantal aanvallen wenst. Omdat contra-indicaties voor het gebruik van antiaritmica moeten worden uitgesloten, stelt de huisarts deze behandeling niet zelf in.[56]

De gevolgde zoekstrategie voor de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard (zie www.nhg.org).

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.henw.org, rubriek Standaarden.

Totstandkoming

In november 2012 begon de NHG-werkgroep Atriumfibrilleren met het formuleren van een partiële herziening van de NHG-Standaard Atriumfibrilleren. De werkgroep bestond uit dr. P.J. van den Berg, huisarts te Krimpen aan den IJssel en docent huisartsgeneeskunde aan de Erasmus Universiteit; dr. B.S.P. Boode, huisarts te Geleen en docent aan de Universiteit Maastricht; dr. M. van den Donk, epidemioloog en wetenschappelijk medewerker bij het NHG; dr. G.J. Geersing, huisarts te Amsterdam en onderzoeker bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht; dr. J. Heeringa, huisarts te Ommoord en coördinator ERGO-onderzoek (*The Rotterdam Study*), afdeling Epidemiologie, Erasmus MC Rotterdam; dr. K.T.S. Konings, huisarts te Maastricht en kaderarts HVZ; dr. J. van Lieshout, huisarts te Arnhem en onderzoeker bij IQ Healthcare, Universitair Medisch Centrum St. Radboud te Nijmegen; dr. W. Opstelten, huisarts te Amersfoort en senior wetenschappelijk medewerker bij het NHG; dr. F.H. Rutten, huisarts te Rhenen en onderzoeker bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Dr. B.S.P. Boode ontving een financiële vergoeding voor haar betrokkenheid bij een door Boehringer Ingelheim gefinancierde nascholing over atriumfibrilleren. Dr. G.J. Geersing en dr. F.H. Rutten doen onderzoek dat gefinancierd wordt door ZORRO; dit is een door Boehringer Ingelheim geïnitieerd en gefinancierd onderzoeksfonds waarvan de gelden door onafhankelijke advies- en programmaraden worden beheerd. Boehringer Ingelheim is de fabrikant van dabigatran. De overige werkgroepleden hebben geen belangenverstrengeling gemeld.

In maart 2013 werd de conceptstandaard in een focusgroepbijeenkomst onder leiding van dr. S.S.L. Mol, wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie van het NHG, becommentarieerd door tien huisarts-kwaliteitscoördinatoren. Tevens werd commentaar ontvangen namens een aantal referenten, te weten: A. de Bruijn, namens de Federatie van Nederlandse Trombosediensten (FNT); M. le Comte, D. Dost, A. Horikx, P.N.J. Langendijk, K. de Leest en dr. T. Schalekamp, namens de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP); dr. N. Delvaux, namens Domus België; dr. E.A. Dubois en dr. L.V. Boersma, namens de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC); dr. S.A.I.P. Trines, namens de Netherlands Heart Rhythm Association (NHRA); dr. J.A.H. Eekhof, hoofdredacteur van Huisarts en Wetenschap; dr. R.A. Faaij en dr. I. Oudejans, namens de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG); M. Favié, namens de Bond van de Generieke geneesmiddelenindustrie Nederland (BOGIN); dr. J.M.M. Gijtenbeek en dr. G.E.M. Kienstra, namens de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)/Nederlandse Neurovasculaire Werkgroep (NNW); H. van Laarhoven, namens de patiëntenvereniging Hart & Vaatgroep; dr. M. Nelissen-Vrancken, namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); dr. J.J. Oltvoort, namens de Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen Nederland (Nefarma); I. van der Sar en dr. R. Starmans, namens de NHG Adviesraad Standaarden (NAS); prof.dr. H.P.C.M. van Weert, huisarts. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. F. Jacobi, huisarts en wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Implementatie van het NHG, adviseerde de werkgroep.

In april 2013 werd de conceptstandaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie. De procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden zijn in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

NHG08_Standaard (PRINT).indd 401 17-07-13 09:16

Derk Arts, Irina Stirbu-Wagner, Wim Opstelten

CHA_2DS_2-VASc: complexe score, eenvoudig in de praktijk

Patiënten met atriumfibrilleren (AF) hebben een verhoogd risico op een beroerte. Om de grootte van dit risico te bepalen, hanteert de onlangs herziene NHG-Standaard Atriumfibrilleren een nieuwe risicoscore: de CHA_2DS_2-VASc-score. Deze breidt de tot nu toe gebruikte $CHADS_2$-score uit met twee extra risicofactoren: vaatlijden (1 punt) en vrouwelijk geslacht (1 punt). Daarnaast weegt leeftijd zwaarder: > 65 jaar 1 punt en > 75 jaar 2 punten. Alle patiënten met AF ouder dan 65 jaar hebben dus minimaal 1 punt. Bij een score van 2 of hoger zijn orale anticoagulantia (OAC) geïndiceerd; bij een score van 0 of 1 is antistolling, ook acetylsalicylzuur, niet noodzakelijk.

Om een indruk te krijgen van de gevolgen van de CHA_2DS_2-VASc voor de huisartsenpraktijk onderzochten we de verschuivingen in antitrombotisch beleid die deze nieuwe score teweegbrengt. We gebruikten LINH-data uit 2011 en concentreerden ons op patiënten met AF (ICPC-code K78) ouder dan 65 jaar; patiënten jonger dan 65 jaar worden immers in principe door de cardioloog beoordeeld en behandeld.

ATRIUMFIBRILLEREN IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

In totaal waren er 3443 patiënten met AF (prevalentie 10,2 per 1000), van wie 2586 (75%) ouder dan 65 jaar. Een normpraktijk telt dus gemiddeld 18 AF-patiënten ouder dan 65 jaar. Onder de 65-plussers met AF was de gemiddelde $CHADS_2$-score 1,5 en de gemiddelde CHA_2DS_2-VASc-score 3,1. Cardiovasculaire comorbiditeit [**tabel**] kwam voor bij 1656 patiënten (64%).

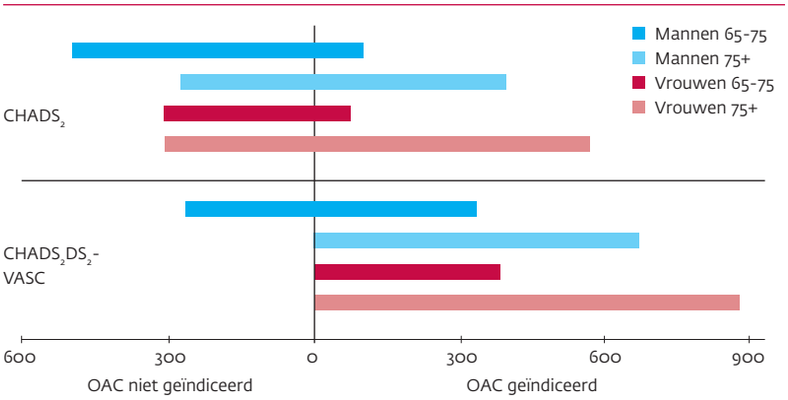
VAN $CHADS_2$ NAAR CHA_2DS_2-VASC

De [**figuur**] schetst de geïndiceerde antitrombotische behandeling volgens $CHADS_2$ en volgens CHA_2DS_2-VASc. Bij toepassing van CHA_2DS_2-VASc komen vrijwel alle ouderen met AF in aanmerking voor OAC. Dit is het resultaat van de extra punten die de nieuwe risicoscore toekent aan leeftijd en vrouwelijk geslacht. Daarmee is de toepassing van de complexe CHA_2DS_2-VASc in de praktijk eenvoudiger dan die van de $CHADS_2$: alle mannen ouder dan 75 jaar en alle vrouwen komen in aanmerking voor OAC. Alleen voor patiënten met een CHA_2DS_2-VASc van 1 is OAC niet noodzakelijk. Dit zijn mannen tussen de 65 en 75 jaar zonder enige relevante comorbiditeit. In de LINH-database waren dat 271 patiënten (44% van de mannen in deze groep). Een opvallend hoog aantal, aangezien atriumfibrilleren zonder cardiovasculaire comorbiditeit – het zogenaamde 'lone atrial fibrillation' – vrij zeldzaam is, vooral in de populatie ouder dan 65 jaar. Dit hoge percentage zou veroorzaakt kunnen zijn door het feit dat (nog) niet alle relevante comorbiditeit is gediagnosticeerd of geregistreerd. Het lijkt dan ook zinvol om bij deze groep in het bijzonder (registratie van) cardiovasculaire risicofactoren te beoordelen, alvorens te besluiten om deze patiënten geen OAC voor te schrijven.

Uit de [**tabel**] blijkt ook dat veel patiënten nog geen OAC gebruiken, terwijl dat bij toepassing van de nieuwe risicoscore wel is geïndiceerd. Wellicht zullen sommige patiënten een contra-indicatie hebben voor gebruik van deze middelen, maar in veel gevallen zal volgens de nieuwe inzichten sprake zijn van onderbehandeling van patiënten die een hoog risico lopen op een ischemisch CVA.

Kortom, door toepassing van de nieuwe risicoscore is de indicatie voor OAC aanmerkelijk verruimd en zal de huisarts zich bij iedere patiënt met atriumfibrilleren moeten afvragen of er een reden is om ***geen*** OAC voor te schrijven. ■

Figuur **Aantallen patiënten die volgens de $CHADS_2$ en CHA_2DS_2-VASc in aanmerking komen voor orale anticoagulantia (LINH-data 2011)**



Tabel **Karakteristieken van oudere (> 65 jaar) patiënten met atriumfibrilleren (LINH-data 2011)**

	Mannen 65-75 jaar aantal (%)	Mannen > 75 jaar aantal (%)	Vrouwen 65-75 jaar aantal (%)	Vrouwen > 75 jaar aantal (%)
	611	697	389	889
Cardiovasculaire comorbiditeit	359 (59%)	441 (65%)	243 (62%)	613 (69%)
$CHADS_2$ > 1	103 (17%)	397 (58%)	75 (19%)	576 (65%)
CHA_2DS_2-VASc > 1	359 (59%)	679 (100%)	389 (100%)	889 (100%)
Gebruik van OAC	260 (43%)	344 (51%)	170 (44%)	398 (45%)

Colofon
De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische medisch dossiers van ongeveer 100 deelnemende huisartsen. De praktijken binnen dit netwerk zijn representatief voor Nederland wat betreft patiëntenpopulatie, huisartsen- en praktijkkenmerken en geografische spreiding. LINH verzamelt op continue basis gegevens over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose), zorggebruik, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen (zie ook www.linh.nl).

HIC08.indd 402 17-07-13 09:17

Annet Sollie

Hoe is de kwaliteit van data in het HIS?

WAT IS DE PRAKTIJKVRAAG?

De meeste huisartsen registreren al jaren hun routine-zorggegevens in een HIS. Het inzetten van ict om deze gegevens te gebruiken voor bijvoorbeeld geïndiceerde preventie – preventie die is gericht is op het voorkomen van het ontstaan van een ziekte bij een individu met een verhoogd risico op die ziekte – komt echter nog niet echt van de grond. Onze onderzoeksvraag luidt: hoe is de kwaliteit van data in het HIS?

WAT IS HET HUIDIGE BELEID?

Routine-zorggegevens worden op dit moment nog nauwelijks gebruikt voor andere doeleinden dan de dagelijkse patiëntenzorg, onder andere door onvoldoende inzicht in de kwaliteit en daarmee herbruikbaarheid van deze gegevens.

WAT IS DE RELEVANTIE VAN DIT VRAAGSTUK?

Het is belangrijk dat huisartsen weten hoe het is gesteld met de kwaliteit van HIS-data, omdat routine-zorggegevens steeds meer gebruikt zullen worden voor:

- Geïndiceerde preventiedoeleinden: betere zorg tegen lagere kosten, bijvoorbeeld door in het HIS patiënten met een hoog risico op bepaalde aandoeningen actief op te sporen;
- Kwaliteitsbeleid: toenemend gebruik van kwaliteitsindicatoren, waarbij de huisarts afhankelijk is van routine-zorggegevens voor het aanleveren van de juiste informatie;
- Research: hergebruik van bestaande routine-zorggegevens maakt onderzoek mogelijk zonder dat aparte databestanden moeten worden opgebouwd;
- Delen van data: geautomatiseerd delen van data via een landelijk EPD.

WAT IS DE STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR?

Binnen het vakgebied informatica wordt 'kwaliteit van data' beoordeeld aan de hand van een aantal dimensies, waarover overigens geen consensus bestaat. De meest gebruikte dimensies in dit verband zijn: volledigheid, accuraatheid en toegankelijkheid van data. Uit de (beperkt) beschikbare literatuur blijkt dat kwaliteit van data verschilt per huisartsenpraktijk en per categorie (demografische gegevens, vitale parameters, laboratoriumonderzoek, risicofactoren, prescriptiegegevens, allergieën/intoleranties en diagnoses).

Uit Zweeds[1] en Australisch[2] onderzoek blijkt dat demografische gegevens (geboortedatum en geslacht) volledig en accuraat worden geregistreerd, namelijk in 94-100% van de onderzochte dossiers. Informatie over vitale parameters in het HIS (bloeddruk, pols- en ademhalingsfrequentie) blijkt in het Zweedse onderzoek onvolledig en niet eenduidig. Nederlandse onderzoekers vinden voor de bloeddruk echter goede resultaten voor wat betreft volledigheid van registratie. Dit geldt ook voor resultaten van laboratoriumonderzoek.

Uit zowel Zweeds als Nederlands onderzoek blijkt dat gegevens over risicofactoren (roken, gewicht, BMI) vaak ontbreken in het HIS of niet eenduidig worden geregistreerd. Prescriptiegegevens zijn door gebruik van ATC-codering goed bruikbaar, alhoewel doseringen nogal eens ontbreken.

Australische onderzoekers lieten 33 patiënten zelf hun medisch dossier controleren op volledigheid en accuraatheid en hieruit bleek dat gegevens over allergieën volledig en correct waren geregistreerd voor 61% van de patiënten.[2] Echter, 35% van de patiënten miste relevante informatie in het HIS en foutieve informatie werd gevonden in 51% van de HIS-bestanden.

Nederlandse en Zwitserse onderzoeken met aandacht voor de kwaliteit van diagnosecodering in het HIS komen tot de conclusie dat de kwaliteit van diagnosecodering sterk verschilt per huisartsenpraktijk, over het algemeen 'bemoedigend' is, maar beter kan. Uit recent Nederlands onderzoek blijkt dat dit ook geldt voor het coderen van episodes met een ICPC-code (57-99% had een ICPC-code) en voor het koppelen van deelcontacten (62-100%) en recepten (33-99%) aan een episode. Opvallend zijn ook hier de verschillen tussen praktijken.

CONCLUSIE

Uit de (beperkt) beschikbare literatuur over kwaliteit van data in het HIS blijkt dat demografische gegevens en resultaten van laboratoriumonderzoek volledig en accuraat worden geregistreerd, en medicatieprescriptie accuraat maar niet altijd volledig. Registratie van diagnoses met ICPC-codes gebeurt vrij goed maar nog niet volledig, terwijl de registratie van vitale parameters, allergieën/intoleranties en risicofactoren nogal te wensen over laat. Met name de volledigheid van data in het HIS is onderzocht waarbij vrij goed wordt gescoord op gecodeerde (medicatie, lab, diagnoses) en demografische gegevens maar over andere dimensies van kwaliteit van data in het HIS, alsmede extractie(on)mogelijkheden is nog weinig bekend.

WAT IS DE BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG?

Is de kwaliteit van routine-zorggegevens zodanig dat hergebruik van deze gegevens voor zorg- en researchdoeleinden mogelijk is? ■

LITERATUUR

1 Kristianson KJ, Ljunggren H, Gustafsson LL. Data extraction from a semi-structured electronic medical record system for outpatients: a model to facilitate the access and use of data for quality control and research. Health Informatics J 2009;15:305-19.
2 Tse J, You W. How accurate is the electronic health record? - a pilot study evaluating information accuracy in a primary care setting. Stud Health Technol Inform 2011;168:158-64.

De aiotho kort uitgelicht

Annet Sollie is informaticus en huisarts-onderzoeker bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde van het UMC Utrecht. Zij werkt samen met de afdeling Genetica van het UMC Groningen.

VSVZ.indd 403 17-07-13 09:17

Christianne Lok, Hans Trum

NASCHOLING

Endometriumcarcinoom, nieuwe ontwikkelingen

INLEIDING

Het endometriumcarcinoom is de meest voorkomende maligniteit van de vrouwelijke geslachtsorganen. De incidentie is het laatste decennium langzaam toegenomen; de aandoening komt het meest voor bij postmenopauzale vrouwen.[1] In Nederland wordt de diagnose ieder jaar ongeveer 1900 keer gesteld, wat betekent dat een huisarts in een normpraktijk eens in de drie jaar een patiënte met een endometriumcarcinoom ziet. Jaarlijks overlijden zo'n 425 patiënten aan de gevolgen van de ziekte.

Van de patiënten die met postmenopauzaal bloedverlies bij de huisarts komen, zal ongeveer 12% een maligniteit of een voorstadium hiervan hebben,[2] afhankelijk van de leeftijd. De kans dat abnormaal bloedverlies wordt veroorzaakt door een endometriumcarcinoom is namelijk < 1% voor vrouwen jonger dan 50 jaar en loopt op tot 24% voor vrouwen ouder dan 80 jaar. Het endometriumcarcinoom geeft over het algemeen al vroegtijdig klachten en wordt daarom meestal in een laag stadium gediagnosticeerd. Het kan op dat moment nog curatief behandeld worden en het is dus van het hoogste belang patiënten op tijd te verwijzen.

ETIOLOGIE

De exacte oorzaak van het endometriumcarcinoom is niet bekend, maar er is wel een aantal risicofactoren te benoemen. Langdurige of overmatige endogene stimulatie door oestrogenen, of het gebruik van oestrogeen zonder progestagenen, kan leiden tot endometriumhyperplasie en vervolgens tot atypie en carcinoom [**tabel 1**].

Samenvatting

Lok C, Trum H. Endometriumcarcinoom, nieuwe ontwikkelingen. Huisarts Wet 2013;56(8):404-7.

Het endometriumcarcinoom is de meest voorkomende maligniteit van de vrouwelijke geslachtsorganen. De ziekte doet zich meestal voor na de menopauze, vaak met abnormaal bloedverlies als eerste symptoom. Als de tumor in een vroeg stadium wordt ontdekt – wat vaak het geval is –, is de prognose gunstig, maar de vijfjaarsoverleving daalt sterk in hogere stadia. De hoeksteen van de behandeling is (laparoscopische) verwijdering van de uterus, de adnexen en eventueel de bekkenlymfeklieren, zo nodig gevolgd door bestraling.

Een patiënte die wegens abnormaal bloedverlies bij de dokter komt, moet altijd gynaecologisch onderzocht worden. Verder is het zaak bedacht te zijn op een genetische predispositie en te vragen of darmkanker en endometriumcarcinomen vaker voorkomen in de familie.

Centrum voor Gynaecologische Oncologie Amsterdam, Plesmanlaan 121, 1066 CX Amsterdam: dr. C.A.R. Lok, gynaecoloog; dr. J.W. Trum, gynaecologisch oncoloog (beiden tevens VUmc Cancer Center Amsterdam) • Correspondentie: c.lok@nki.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Endometriumcarcinomen kunnen familiair voorkomen. Het bekendste voorbeeld is het lynchsyndroom of hereditair nonpoliposis colorectaal carcinoom (HNPCC). Het lynchsyndroom kan niet alleen leiden tot endometriumcarcinoom, maar ook tot coloncarcinoom en in mindere mate tot ovariumcarcinoom. Het cumulatieve *lifetime*-risico op endometriumcarcinoom tot het 70e jaar varieert bij de verschillende genmutaties tussen de 22 en 70%. De mediane leeftijd waarop endometriumcarcinoom optreedt bij patiënten met lynchsyndroom is 45-50 jaar,[3] daarom wordt een screening geadviseerd vanaf 30-35 jaar.

DIAGNOSE

Anamnese

Als abnormaal postmenopauzaal vaginaal bloedverlies geldt bloedverlies dat ten minste één jaar na de menopauze optreedt, waarbij het probleem is, dat de natuurlijke menopauze alleen achteraf kan worden vastgesteld na een amenorroeduur van twaalf maanden. Ook toename van fluor (van welk aspect ook) na de menopauze is abnormaal. Bovenaan in de differentiaaldiagnose van postmenopauzaal bloedverlies staan benigne oorzaken zoals atrofisch endometrium, vaginale atrofie, endometrium- of endocervicale poliepen of submuceuze myomen, maar ook andere maligniteiten kunnen postmenopauzaal bloedverlies veroorzaken: cervixcarcinoom, vulva- en vaginacarcinoom, ovarium- en tubacarcinoom.

Het is erg lastig de diagnose endometriumcarcinoom in de vruchtbare levensfase te stellen. Toch moet de diagnose ook in de premenopauze worden overwogen bij persisterend irregulair bloedverlies dat niet reageert op conservatieve therapie, en is histologisch onderzoek van het endometrium in dat geval noodzakelijk. Endometriumcarcinomen in een verdergevorderd stadium kunnen mictie- en defecatieklachten veroorzaken, en ook pijn, vermagering en algemene malaise. Sommige endometriumcarcinomen ontwikkelen zich symptoomloos en komen pas aan het licht bij een stadiëringsoperatie voor ovariumcarcinoom, waarbij de uterus standaard

De kern

- Endometriumcarcinoom komt vooral voor bij vrouwen na de menopauze.
- Abnormaal bloedverlies is meestal het eerste symptoom; gynaecologisch onderzoek, cervixcytologie en transvaginale echografie zijn dan altijd aangewezen.
- Risicofactoren zijn onder andere langdurige endogene blootstelling aan oestrogenen, oestrogene stimulatie zonder progestagenen, genetische predispositie (lynchsyndroom) en het gebruik van tamoxifen.
- Hysterectomie met dubbelzijdige adnexextirpatie is de hoeksteen van de behandeling; de ingreep vindt bij voorkeur laparoscopisch plaats.

NSCH08_Lok.indd 404 17-07-13 09:18

Tabel 1 Risicofactoren voor het ontwikkelen van endometriumcarcinoom

Endogeen	Exogeen
hogere leeftijd	oestrogeensuppletie zonder progestageen
nulliparitеit	tamoxifen
anovulatoire cycli	
late menopauze	
obesitas	
hypertensie	
diabetes mellitus	
hypothyreoïdie	
oestrogeenproducerende tumoren	
genetische predispositie	

wordt verwijderd.

Lichamelijk onderzoek

Bij postmenopauzale patiënten met abnormaal bloedverlies is gynaecologisch onderzoek altijd noodzakelijk. De huisarts beoordeelt daarbij uterus en adnexen, en sluit andere oorzaken van bloedverlies (cervicale en vaginale pathologie) uit. De gynaecoloog zal het onderzoek herhalen en ook de inguinale en supraclaviculaire lymfeklieren controleren, en zal daarnaast lengte, gewicht en algemene conditie van de patiënte willen weten met het oog op een eventuele operatie en bijbehorende anesthesieprocedure.

Aanvullend onderzoek

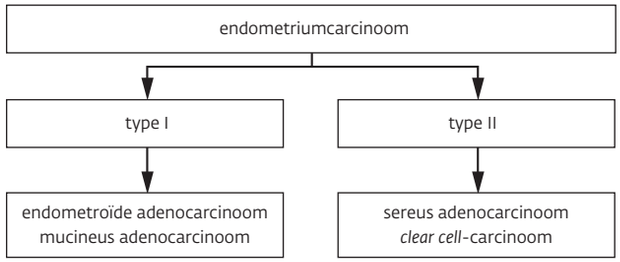
Bij postmenopauzaal bloedverlies zal altijd cytologisch onderzoek van de cervix moeten plaatsvinden, en een echoscopie om de dikte van het endometrium te meten, de ovaria te beoordelen en de aan- of afwezigheid van ascites vast te stellen. Dit onderzoek kan in principe door de huisarts worden aangevraagd. Een endometriumdikte > 4 mm vormt een indicatie voor verwijzing en nader histologisch onderzoek. De diagnostische aspiratie van endometriumweefsel gebeurt meestal poliklinisch met behulp van een pipelle (een hol buisje); deze methode heeft een sensitiviteit van 99,6% en een specificiteit van 91%.[4] Als de aspiratie mislukt, valt men terug op hysteroscopie en curettage. Hysteroscopie en histologisch onderzoek zijn ook aangewezen bij recidiverend abnormaal bloedverlies, onafhankelijk van de dikte van het endometrium.

Als de diagnose endometriumcarcinoom gesteld is, zal altijd een X-thorax gemaakt worden om metastasen uit te sluiten. Als het een hooggradig carcinoom is, maakt men soms ook een MRI- of CT-scan om te beoordelen hoe diep de tumor in het myometrium is doorgedrongen: is dat tot meer dan de helft, dan wordt de kans op lymfekliermetastasen in het bekken groter. Bij een endometriumcarcinoom in een vergevorderd stadium zal ook een CT-scan worden gemaakt om intra-abdominale of lymfekliermetastasen aan te tonen en de relatie van de tumor tot de omliggende organen te beoordelen.

Histologie

Het meest voorkomende endometriumcarcinoom is het endometroïde adenocarcinoom dat behoort tot de type-I-tumoren

Figuur Typen endometriumcarcinoom



[**figuur**]. Het histologische type is van belang voor de behandeling.

Type-II-tumoren zijn zeldzamer en hebben een slechtere prognose dan type-I-tumoren, omdat metastasen en recidieven vaker optreden. De behandeling van type-II-tumoren is daarom ook anders: zij lijkt meer op de behandeling van het ovariumcarcinoom, met een volledige stadiëring en zo nodig chemotherapie.

Naast het type is ook de tumorgraad van belang. Deze wordt bepaald aan de hand van de mate van solide groei in de tumor. Graad 1 (G1) is een goed gedifferentieerde, graad 2 (G2) een matig gedifferentieerde en graad 3 (G3) een slecht gedifferentieerde tumor. Sereuze (papillaire) en *clear cell*-carcinomen worden beschouwd als slecht gedifferentieerde tumoren. Bij een hooggradige, slecht gedifferentieerde tumor zal men sneller overgaan tot adjuvante therapie.[5]

BEHANDELING

De basis van de behandeling van endometriumcarcinoom is chirurgische verwijdering van de uterus en beide adnexen. Tegenwoordig verricht men deze ingreep bij voorkeur laparoscopisch. De totale laparoscopische hysterectomie (TLH) lijkt even effectief als de klassieke open procedure. Een groot internationaal onderzoek liet zien dat in slechts 2,4% van de laparoscopische procedures noodgedwongen eindigde in een open procedure.[6] De operatieduur was langer in de TLH-groep, maar het aantal complicaties tijdens de operatie was vergelijkbaar (5,6 versus 7,4%) en het aantal postoperatieve complicaties was significant lager (11,6 versus 23,2%) dan bij de open procedure. Een Cochrane-review van 8 gerandomiseerde onderzoeken

Samenvatting

Lok C, Trom H. Endometrial cancer: new developments. Huisarts Wet 2013;56(8):404-7.

Endometrial cancer is the most common cancer of the female genital tract. The disease mainly occurs after the menopause, with abnormal blood loss as the first symptom. If the tumour is discovered in an early stage, which is often the case, the prognosis is favourable, but the 5-year survival decreases strongly with higher-stage disease. In the first instance, treatment consists of the laparoscopic removal of the uterus and adnexa and, if necessary, the pelvic lymph nodes, followed by radiotherapy if indicated. General practitioners should perform a gynaecological investigation in all women presenting with abnormal blood loss. They should also be aware of a possible genetic predisposition and ask patients whether they have a family history of bowel or endometrial cancer.

NSCH08_Lok.indd 405 17-07-13 09:18

Tabel 2 **FIGO-stadiëring van het endometriumcarcinoom, en prognose**

Stadium	Kenmerk	Vijfjaarsoverleving
IA	beperkt tot uterus met geen of < 50% ingroei in het myometrium	96%
IB	beperkt tot uterus met > 50% ingroei in het myometrium	87%
II	ingroei in het stroma van de cervix	72%
IIIA	doorgroei door de uterus heen in serosa of adnexen	54%
IIIB	ingroei in vagina of parametrium	19%
IIIC	pelviene of para-aortale lymfekliermetastasen	42%*
IVA	doorgroei in blaas of darm	19%
IVB	metastasen op afstand, intra-abdominaal of in de inguinale lymfeklieren	15%

** Deze prognose is relatief gunstig omdat pelviene klieren soms nog goed te behandelen zijn met adjuvante chemotherapie. Bovendien kunnen de kleine patiëntenaantallen in deze categorieën voor enige vertekening zorgen.*

(3644 patiënten) waarin beide procedures vergeleken werden, vond geen verschil in sterfte, recidief en peri-operatieve complicaties, maar wel minder postoperatieve complicaties en een gemiddeld kortere ziekenhuisopname na TLH.[7] Ook in Nederlands gerandomiseerd onderzoek is TLH een kosteneffectieve behandeling gebleken,[8] behalve bij obese patiënten,[9] met een betere kwaliteit van leven in de eerste zes maanden na de operatie.[10] Wel is de kans op een geslaagde operatie zonder complicaties bij TLH mede afhankelijk van BMI, performance status en eventuele comorbiditeit.[11]

Het standaard uitvoeren van een lymfeklierdissectie leidt niet tot verbeterde overleving of een langere ziektevrije periode, maar wel tot lymfoedeem en lymfecystes.[12] Alleen bij een vermoeden van lymfekliermetastasen verwijdert men zoveel mogelijk lymfeklierweefsel. Bij graad-3-tumoren met > 50% invasie in het myometrium (met MRI waargenomen) is de voorafkans op lymfekliermetastasen 33%. Als na dissectie van de bekkenlymfeklieren kan worden aangetoond dat er geen lymfekliermetastasen zijn, is nabehandeling met uitwendige radiotherapie niet nodig.

Als pre-operatief bekend is dat de tumor is ingegroeid in de cervix, dan volgt een radicale hysterectomie. Bij een sereus papillair adenocarcinoom verricht men een volledige stadiëring, zoals bij een ovariumcarcinoom.[5] Na de operatie kan op basis van het histologisch onderzoek het stadium worden bepaald [**tabel 2**].

Bij jonge patiënten met een stadium-I- en graad-1-endometriumcarcinoom die nog een kinderwens hebben, valt een fertiliteitsparende behandeling met progestagenen te overwegen.

Adjuvante behandeling

Voor patiënten met laag stadium endometriumcarcinoom zonder risicofactoren (< 60 jaar, < 50% myometriuminfiltratie, G1-G2) is chirurgie afdoende.

Voor patiënten met een laag stadium maar ≥ 2 risicofactoren wordt adjuvante vaginale brachytherapie geadviseerd om de kans op locoregionaal recidief te minimaliseren. De overleving verbetert hier echter niet van.

Patiënten met een G3-endometriumcarcinoom in stadium IB wordt uitwendige radiotherapie geadviseerd, tenzij lymfeklierdissectie heeft plaatsgevonden en er geen metastasen werden aangetoond.

Voor patiënten met endometriumcarcinomen in stadium II en stadium III wordt adjuvante uitwendige radiotherapie geadviseerd en kan adjuvante chemotherapie worden overwogen.

Nieuwe behandelingsmogelijkheden

Naast TLH, op zichzelf al een relatief nieuwe procedure, is de robotgeassisteerde hysterectomie in opkomst. In theorie heeft de robot een kortere leercurve, is de operateur minder afhankelijk van een ervaren assistent en biedt hij ook ergonomische voordelen. Er lopen echter nog veel onderzoeken naar de exacte voordelen en indicaties; voorlopig lijkt robotgeassisteerde hysterectomie geen concrete voordelen te hebben boven TLH, behalve mogelijk voor adipeuze patiënten en wanneer er een radicale hysterectomie met pelviene lymfeklierdissectie moet worden uitgevoerd.

Andere nieuwe behandelingsmogelijkheden die worden onderzocht, zijn adjuvante chemotherapie bij slecht gedifferentieerde tumoren en bij type-II-tumoren.

Follow-up

De Nederlandse richtlijn adviseert het eerste en tweede jaar een controle elke 3-4 maanden, in het derde jaar elke 4-6 maanden en in het vierde en vijfde jaar elke 12 maanden. Bij de controles vraagt de arts naar klachten die kunnen passen bij een recidief, zoals bloedverlies, pijn, malaise en gewichtverlies, en verricht hij gynaecologisch onderzoek om lokale recidieven op te sporen die nog curatief kunnen worden behandeld. Bij klachten zal uitgebreider onderzoek volgen; standaard bloed- of beeldvormend onderzoek is niet zinvol.

Prognose

Voor de prognose van het endometriumcarcinoom zijn van belang het histologische type, de tumorgraad, vaatinvasie en invasiediepte in het myometrium, uitbreiding naar endocervix, en na chirurgie: tumorvrije snijvlakken en de afwezigheid van metastasen. In stadium IA is de prognose uitstekend, maar in de daaropvolgende stadia daalt de vijfjaarsoverleving snel, tot 15-19% in stadium IV [**tabel 2**].

Recidief

Een lokaal recidief zal vaak in de vaginatop zitten, of in het kleine bekken ontstaan. Bij een recidief is aanvullend onderzoek nodig om metastasen op afstand uit te sluiten. Indien patiënte nog geen radiotherapie heeft gehad bij de primaire behandeling, kan een lokaal recidief curatief worden bestraald. De kans op een complete remissie is dan 75-80%. Soms is het nog mogelijk opnieuw te opereren. Is dit alles niet (meer) mogelijk, dan kan systemische hormoon- of chemotherapie worden overwogen.

De behandeling van recidieven op andere locaties zal per individu verschillen en is afhankelijk van de eerdere (radiotherapeutische) behandeling die patiënte al heeft gehad. In-

NSCH08_Lok.indd 406 17-07-13 09:18

dien radiotherapie en chirurgie geen optie meer zijn, kan bij patiënten met goed gedifferentieerde tumoren en/of positieve hormoonreceptoren endocriene therapie worden overwogen. Bij patiënten met matig of slecht gedifferentieerde tumoren zonder hormoonreceptoren, of bij wie de ziekte ondanks hormoontherapie progressief is, kan nog palliatieve chemotherapie worden overwogen mits zij in redelijke conditie zijn.

AANDACHTSPUNTEN VOOR DE HUISARTS

De klacht waarmee de meeste patiënten met endometriumcarcinoom bij de huisarts komen, is postmenopauzaal bloedverlies. Het is essentieel om direct gynaecologisch onderzoek te verrichten en adequate diagnostiek in te zetten bestaand uit een cervixuitstrijk en transvaginaal echoscopisch onderzoek, ook indien het bloedverlies maar eenmalig was. Bij een endometriumdikte > 4 mm, bij afwijkende cytologie, bij persisterende fluorklachten en bij herhaling van het bloedverlies moet patiënte verwezen worden naar een gynaecoloog. De diagnose endometriumcarcinoom moet ook worden overwogen bij premenopauzale vrouwen die niet reageren op conservatieve therapie voor abnormaal bloedverlies [**tabel 3**].

Bij iedere vrouw met abnormaal bloedverlies moet gynaecologisch onderzoek worden verricht. Verder is het zaak bedacht te zijn op een genetische predispositie, en patiënte te vragen of darmkanker en endometriumcarcinomen vaker voorkomen in de familie. Omdat een huisarts vaak een groter deel van de familie van medische zorg voorziet, kan deze soms als eerste signaleren dat er sprake kan zijn van een familiair voorkomende aandoening.

Na de operatie kunnen zich thuis kortetermijncomplicaties voordoen zoals darmletsels (koorts en buikpijn), hematomen of abcessen op de vaginatop (koorts, pijn, afscheiding), of letsels van de urinewegen (mictieklachten, koorts, rugpijn). Op de langere termijn moet er aandacht zijn voor het weer opbouwen van de conditie, de hervatting van werkzaamheden en het verwerken van de diagnose kanker. Zeker als er adjuvante therapie is gegeven, kan het herstel vele maanden in beslag nemen.

Bij uitbehandelde patiënten speelt de huisarts een belangrijke rol in de palliatieve zorg. In de terminale fase kunnen gemetastaseerde tumoren klachten geven van dyspneu, vermoeidheid, verstoorde darmpassage en pijn. Het instellen van adequate pijnmedicatie, het voorschrijven van laxantia en het regelen van thuiszorg in overleg met de behandelend specialist zijn dan van belang. ■

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

Tabel 3 **Aandachtspunten voor de huisarts**

Fase behandeling	Aandachtspunt
Diagnose	
postmenopauzaal bloedverlies	gynaecologisch onderzoek adequate diagnostiek (transvaginale echoscopie en cervixcytologie); verwijzen bij endometriumdikte > 4 mm, afwijkende cytologie of aanhouden van klachten
aanhoudend abnormaal premenstrueel bloedverlies	verwijzen naar gynaecoloog
familiair voorkomend darm- en endometriumcarcinoom	denk aan genetische predispositie, lynchsyndroom
Postoperatief	
koorts en buikpijn	overleg gynaecoloog, cave darmletsels, ureterletsel
koorts en vaginale afscheiding	overleg gynaecoloog, cave abces/hematoom vaginatop
mictieklachten en koorts	uitsluiten urineweginfectie, overleg gynaecoloog
Na behandeling	begeleiding bij verwerking, herstel en werkhervatting
Palliatieve fase	
problemen darmpassage	overleg gynaecoloog over mogelijkheden
dyspneu	bij pleuravocht pleurapunctie overwegen
pijn	overleg gynaecoloog of pijnteam/palliatief team over mogelijkheden (medicamenteuze pijnstilling, palliatieve radiotherapie, spinale anesthesie)

LITERATUUR

1 Nederlandse Kankerregistratie [internet]. Utrecht: IKNL, 2013. http://www.cijfersoverkanker.nl, geraadpleegd juni 2013.
2 Diagnostiek bij abnormaal vaginaal bloedverlies in de postmenopauze: Versie 2.0. Utrecht: NVOG, 2003. http:/www.nvog.nl, geraadpleegd juni 2013.
3 Burke W, Petersen G, Lynch P, Botkin J, Daly M, Garber J, et al. Recommendations for follow-up care of individuals with an inherited predisposition to cancer. I. Hereditary nonpolyposis colon cancer. JAMA 1997;277:915-9.
4 Dijkhuizen FP, Mol BW, Brölmann HA, Heintz AP. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: a meta-analysis. Cancer 2000;89:1765-72.
5 Endometriumcarcinoom: Landelijke richtlijn [internet]. Utrecht: IKNL, 2011. http://www.oncoline.nl, geraadpleegd juni 2013.
6 Obermair A, Janda M, Baker J, Kondalsamy-Chennakesavan S, Brand A, Hogg R, et al. Improved surgical safety after laparoscopic compared to open surgery for apparent early stage endometrial cancer: results from a randomised controlled trial. Eur J Cancer 2012;48:1147-53.
7 Galaal K, Bryant A, Fisher AD, Al-Khaduri M, Kew F, Lopes AD. Laparoscopy versus laparotomy for the management of early stage endometrial cancer. Cochrane Database Syst Rev 2012;(9):CD006655.
8 Bijen CB, Vermeulen KM, Mourits MJ, Arts HJ, Ter Brugge HG, Van der Sijde R, et al. Cost effectiveness of laparoscopy versus laparotomy in early stage endometrial cancer: a randomised trial. Gynecol Oncol 2011;121:76-82.
9 Bijen CB, De Bock GH, Vermeulen KM, Arts HJ, Ter Brugge HG, Van der Sijde R, et al.. Laparoscopic hysterectomy is preferred over laparotomy in early endometrial cancer patients, however not cost effective in the very obese. Eur J Cancer 2011;47:2158-65.
10 Janda M, Gebski V, Brand A, Hogg R, Jobling TW, Land R, et al. Quality of life after total laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy for stage I endometrial cancer (LACE): a randomised trial. Lancet Oncol. 2010;11:772-80.
11 Kondalsamy-Chennakesavan S, Janda M, Gebski V, Baker J, Brand A, Hogg R, et al. Risk factors to predict the incidence of surgical adverse events following open or laparoscopic surgery for apparent early stage endometrial cancer: results from a randomised controlled trial. Eur J Cancer 2012;48:2155-62.
12 May K, Bryant A, Dickinson HO, Kehoe S, Morrison J. Lymphadenectomy for the management of endometrial cancer. Cochrane Database Syst Rev 2010;(1):CD007585.
13 Walker JL, Piedmonte MR, Spirtos NM, Eisenkop SM, Schlaerth JB, Mannel RS, et al. Recurrence and survival after random assignment to laparoscopy versus laparotomy for comprehensive surgical staging of uterine cancer: Gynecologic Oncology Group LAP2 Study. J Clin Oncol 2012;30:695-700.

NSCH08_Lok.indd 407 17-07-13 09:18

Diederik van Meersbergen, Lidewij Broekhuizen

NASCHOLING

Taakdelegatie van huisarts naar doktersassistente

INLEIDING

In de huisartsenpraktijk delegeert de huisarts het urineonderzoek bij verdenking op een blaasontsteking vaak aan de assistente. De huisarts in de hiernaast geplaatste casus had daarvoor een protocol geschreven, gebaseerd op de NHG-Standaard Urineweginfecties. De assistente handelde in dit geval volgens het protocol, maar daarin stond niet dat er sprake moest zijn van 'herkende' plasklachten. Als de voornaamste klacht buikpijn is zonder plasklachten moet men het protocol voor verdenking urineweginfecties niet gebruiken, maar moet de huisarts de patiënt op het spreekuur zien. Het protocol was in dit geval onvolledig. Het is de vraag of de huisarts verantwoordelijk is voor het handelen van de assistente.

Deze vraag wordt steeds belangrijker in de praktijk. Huisartsen werken namelijk al lang niet meer in hun eentje in een praktijk. Meer en meer krijgen ze met andere hulpverleners te maken en werken ze samen met bijvoorbeeld andere huisartsen binnen een hagro, zorggroep of huisartsenpost. Ook met niet-artsen werken zij steeds vaker samen, zoals praktijkondersteuners en doktersassistentes. Door taken over te dragen aan andere hulpverleners kan de vraag opkomen in welke gevallen een huisarts verantwoordelijk is voor een fout bij het uitvoeren van die overgedragen taken. Daarbij is het ook de vraag of het nog uitmaakt of het om een praktijkassistente, een praktijkondersteuner, een aios of om een ander soort hulpverlener gaat. Wat zijn de wettelijke kaders die gelden in het geval andere medische beroepsbeoefenaren taken verrichten? In deze bijdrage komen deze vragen aan de orde.

Samenvatting

Van Meersbergen DYA, Broekhuizen BDL. Taakdelegatie van huisarts naar doktersassistente. Huisarts Wet 2013;56(8):408-12.

In de huisartsenpraktijk delegeert de huisarts vaak taken aan andere zorgprofessionals, zoals doktersassistentes en praktijkondersteuners. Daarbij dient hij ervoor te zorgen dat de kwaliteit van zorg in zijn praktijk gegarandeerd blijft; hij moet verantwoorde zorg bieden. Dit betekent onder meer dat hij verantwoordelijk is voor het aannemen van personeel en de beslissing om dat personeel bepaalde taken te laten verrichten. Bij die beslissing moet hij kijken naar de opleiding, het deskundigheidsgebied en de bevoegdheden van een beroepsbeoefenaar. Afhankelijk daarvan kan hij de grenzen van het handelen bepalen. Deze grenzen moet hij regelmatig evalueren en zo nodig bijstellen. De huisarts kan verantwoordelijk worden gehouden voor zijn beslissing om een bepaalde beroepsbeoefenaar een bepaalde handeling te laten verrichten.

Artsenfederatie KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht: mr. D.Y.A. van Meersbergen, adviseur gezondheidsrecht. UMC Utrecht, Julius Center for Health Sciences and Primary care: dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts Borculo, redactielid H&W • Correspondentie: d.van.meersbergen@fed.knmg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus

Een vrouw van 44 jaar levert urine in bij de doktersassistente van de huisarts omdat ze denkt dat ze een blaasontsteking heeft. De assistente onderzoekt de urine aan de hand van het protocol van de huisartsenpraktijk en stelt vast dat er erytrocyten en leukocyten in zitten. Volgens het protocol past dit bij een blaasontsteking. De assistente maakt een recept voor antibiotica (nitrofurantoïne) en laat dit elektronisch door de huisarts autoriseren. Twee dagen later bezoekt de vrouw het spreekuur van de huisarts omdat haar klachten steeds erger worden. Ze heeft hevige onderbuikspijn en koorts, en voelt zich beroerd. Desgevraagd bleken de klachten vier dagen geleden begonnen te zijn met een zeurend gevoel in de onderbuik en verminderde eetlust. De patiënte dacht dat dit een blaasontsteking was, maar was hier niet zeker van omdat ze nooit eerder een blaasontsteking had gehad. Ze had geen plasklachten. De huisarts onderzoekt de patiënte en ze blijkt ziek te zijn, en er is sprake van peritoneale prikkeling over de gehele onderbuik, met de meeste pijn rechtsonder. De urine laat nog steeds erytrocyten en leukocyten zien. Onder verdenking van een appendicitis verwijst de huisarts haar naar de spoedeisendehulpafdeling, waar men een geperforeerde appendicitis met peritonitis vaststelt. De patiënte krijgt in het ziekenhuis een conservatieve behandeling en kan na twee weken naar huis.

WIE WERKEN ER IN DE PRAKTIJK?

We gaan eerst na welke medewerkers in de huisartsenpraktijk werkzaam zijn en wat hun opleidingsniveau is. Dit is relevant omdat de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van medewerkers onder andere afhangen van hun opleiding, deskundigheidsgebied en expertise. In de meeste huisartsenpraktijken zijn een assistente en een praktijkondersteuner (POH) werkzaam. Maar de schare aan ondersteuners is inmiddels groter geworden. Het geactualiseerde NHG/LHV-Standpunt 'Het (ondersteunend) team in de huisartsenvoorziening' schetst de richting voor de vernieuwing van de praktijkorganisatie van de huisartsenzorg.[1] Volgens dat standpunt gaan huisartsenpraktijken in de toekomst bestaan uit een kernteam van de praktijkassistente, de praktijkverpleegkundige en de huisarts. Op basis van specifieke kenmerken van de patiëntenpopulatie kunnen daarnaast nog de POH-ggz, een praktijkmanager of een verpleegkundig specialist een rol spelen in de praktijk. Verder werkt in een deel van de praktijken een arts in opleiding tot specialist (aios) huisartsgeneeskunde.

Een praktijkassistente of doktersassistente heeft een oplei-

De kern

- De huisarts is verantwoordelijk voor de praktijkorganisatie.
- De huisarts kan taken overdragen aan andere medewerkers in de zorg.
- De huisarts maakt (schriftelijke) afspraken met de medewerker omtrent de invulling, randvoorwaarden en grenzen van het handelen. Hij legt de afspraken vast in protocollen.
- De huisarts evalueert geregeld het handelen van de medewerkers. Hij past gemaakte afspraken, handelwijzen en protocollen zo nodig aan de hand van deze evaluaties aan.

NSCH08_vanMeersbergen.indd 408 17-07-13 09:20

MEDnet | TV

LIVE NASCHOLING ACHTER UW COMPUTER

DE NIEUWE NHG-STANDAARD DIABETES MELLITUS TYPE 2

EEN VERTALING NAAR DE PRAKTIJK

WANNEER?

Dinsdag 8 oktober 2013
20:30 – 22:00 uur

SPREKERS

Dr. A.G. Lieverse, internist vasculair geneeskundige, Máxima Medisch Centrum, Eindhoven
H.G. Sandelowsky, huisarts te Eemnes
M. Willink, kaderarts diabetes, huisarts, Doetinchem

VOOR WIE

Huisartsen, internisten en apothekers

ACCREDITATIE

Accreditatie wordt aangevraagd bij Accreditatie Bureau Cluster 1 (o.a. huisartsen), NIV en KNMP (openbare apothekers) voor 2 punten

KOSTEN?

Geen, de uitzending is kosteloos te volgen

Deze uitzending wordt mede mogelijk gemaakt door MSD

MSD

WWW.MEDNET.NL/NHGDM2

Advertenties_bw.indd 1 17-07-13 09:05

nhg doc !

BESLIST GOED

NHGDoc is ontwikkeld in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap

NHGDoc

- Beslisondersteuning in uw HIS*
- Gebaseerd op NHG-Standaarden
- Volledig personaliseerbaar
- Instelbare rapportage

* Op dit moment is NHGDoc geïntegreerd in Promedico-ASP, MicroHIS X, OmniHis, en Zorgdossier. Binnenkort komt TetraHIS hierbij.

Meer weten over NHGDoc?

- Landelijke NHGDoc workshops
- NHGDoc workshop in uw praktijk
- NHGDoc e-learning (www.nhg.org)

Voor meer informatie over deelname en accreditatiepunten: lidy.vanpernis@expertdoc.nl

Ziet u deze knop in uw HIS?
Klik en Bekijk

NHGDoc alert

De Standaard in de Praktijk!

ExpertDoc B.V. - Kennis in Praktijk | Veerkade 8D | 3016 DE Rotterdam | T 010 850 39 39 | info@expertdoc.nl | www.nhgdoc.nl

Tabel 1 De verschillende beroepsbeoefenaren die in een huisartsenpraktijk werkzaam kunnen zijn

Beroepsbeoefenaar	Opleiding en BIG-registratie	Werkzaamheden
Praktijkassistente (doktersassistente)	mbo-niveau; geen BIG-registratie	Gedelegeerde eenvoudige medische handelingen in de huisartsenpraktijk (bijvoorbeeld wratten aanstippen, urineonderzoek, bloeddrukmeting)
Praktijkondersteuner (POH)	hbo-niveau; geen BIG-registratie	In het bijzonder begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen (bloeddrukmeting, glucosebepaling, leefstijladvisering, begeleiding bij stoppen met roken)
POH-ggz	hbo-niveau; geen BIG-registratie	Zie POH; specifiek opgeleid om te werken binnen de ggz (bijvoorbeeld diagnostiek van psychische klachten, begeleiding van een patiënt met een psychische klacht nadat deze eerst door de huisarts is gezien)
Praktijkverpleegkundige	hbo-niveau en aanvullende opleiding tot praktijkverpleegkundige; BIG-registratie als verpleegkundige	Breder takenpakket dan POH (bijvoorbeeld blaasspoelen, katheter verwisselen, infuus inbrengen)
Verpleegkundig specialist	hbo-opleiding tot verpleegkundige en tweejarige vervolgopleiding Master of Nursing Practice; BIG-registratie als verpleegkundige en als verpleegkundig specialist	Werkzaamheden op het verpleegkundig domein aangevuld met medische taken (*care* en *cure*) (bijvoorbeeld zelf recepten schrijven en zelfstandig verrichten van geprotocolleerde zorg)
Physician assistant	hbo-bachelor-diploma in de zorg (onder andere fysiotherapie, ergotherapie, verpleegkunde) en 2,5-jarige hbo-masteropleiding physician assistant (MPA); geen BIG-registratie	Werkzaamheden op het medisch terrein binnen een geneeskundig specialisme (bijvoorbeeld zelf recepten schrijven en zelfstandig verrichten van geprotocolleerde zorg)
Praktijkmanager	Geen specifieke opleiding	Administratieve en regietaken
Aios huisartsgeneeskunde	wo-niveau; BIG-registratie als arts; vervolgopleiding	Artsentaken en taken als specialist voor zover bekwaamheid verworven

ding op mbo-niveau afgrond en verricht administratieve en medische handelingen (bloeddrukmeting, wratten aanstippen, enzovoort). Deze assistentes zijn niet geregistreerd op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).[2] Dat betekent dat hun opleiding en deskundigheidsgebied niet wettelijk omschreven zijn. De POH heeft een hbo-opleiding afgerond en begeleidt over het algemeen patiënten met een chronische aandoening. De POH heeft ook geen BIG-registratie.[3] Praktijkverpleegkundigen hebben daarentegen een registratie als verpleegkundigen, hebben op grond daarvan wettelijk omschreven opleidingseisen en een omschreven deskundigheidsgebied. Hun takenpakket is ook breder. Zo kan een praktijkverpleegkundige, naast zorgtaken bij chronische aandoeningen ook zaken als ouderenzorg, preventie en leefstijlbegeleiding verrichten.

Een aios huisartsgeneeskunde heeft een BIG-registratie als arts en volgt een opleiding tot specialist. De deskundigheids- en bekwaamheidsniveaus van een aios hangen af van het stadium van de opleiding waarin de aios zich bevindt.

Naast deze beroepen maken inmiddels verschillende nieuwe beroepen hun opwachting in de huisartsenzorg. Het gaat dan over de verpleegkundig specialist en de physician assistant. Een verpleegkundig specialist is een BIG-geregistreerde verpleegkundige die tevens op grond van de Wet BIG als specialist is geregistreerd. Het beroep physician assistant is relatief nieuw en nog niet definitief in de wet geregeld. Wel is dit beroep in het kader van een experiment tijdelijk (tot 2017) in de wet geregeld. Zowel de verpleegkundig specialist als de physician assistant is gedurende dat experiment tijdelijk bevoegd om onder voorwaarden zelfstandig een aantal medische handelingen te verrichten.[4] Daar ga ik in het hiernavolgende verder op in. In [**tabel 1**] zijn de verschillende beroepen opgenomen.

JURIDISCHE KADERS

Hoe is de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen de huisarts en de hiervoor beschreven beroepsbeoefenaren nu juridisch geregeld? En maakt het daarbij uit om welke beroepsbeoefenaar gaat? Hoe zit het bijvoorbeeld met de verantwoordelijkheid van een doktersassistente die een heel hoge bloeddruk (220/130 mmHg) meet en geen actie onderneemt? Is de huisarts dan verantwoordelijk? Een algemeen uitgangspunt is dat de huisarts ervoor moet zorgen dat er vanuit zijn praktijk verantwoorde zorg geboden wordt. Volgens de wet is dat zorg van een goed niveau, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt. De huisarts is in dat kader verantwoordelijk voor de praktijkorganisatie en de inzet van personeel en materieel. En als hij samenwerkt met anderen moet hij ook zorgen voor een heldere verantwoordelijkheidsverdeling. De huisarts is op grond van deze – ruim geformuleerde – normen verantwoordelijk voor de wijze waarop hij zijn praktijk inricht. Als hij met betrekking

Abstract

Van Meersbergen DYA, Broekhuizen BDL. Delegation of medical tasks to physician assistants. Huisarts Wet 2013;56(8):408-12.

General practitioners often delegate specific medical tasks to other health professionals, such as assistants and practice nurses. In doing so, GPs must ensure that the quality of the service provided is maintained, because it remains their duty to provide responsible care. This means, among other things, that GPs are responsible for hiring personnel and for deciding which, and the extent to which, specific medical tasks can be delegated to these professionals, depending on their training, field of experience, and competence. GPs should regularly evaluate the protocols, because they can be held accountable for delegating specific medical tasks to other health professionals.

NSCH08_vanMeersbergen.indd 409 17-07-13 09:20

tot die praktijkorganisatie steken laat vallen, dan is hij daarvoor verantwoordelijk.

De plicht om verantwoorde zorg te bieden omvat ook de verplichting om te zorgen voor voldoende (kwalitatief en kwantitatief) personeel. De huisarts moet op grond daarvan nagaan welke beroepsbeoefenaar hij in dienst neemt en welke taken hij laat verrichten. Daarbij moet de huisarts rekening houden met de deskundigheid en de bekwaamheid van de betreffende beroepsbeoefenaar. Op grond van de Wet BIG zijn voor een aantal beroepen de eisen aan de opleiding en het deskundigheidsgebied geregeld. Dat wettelijke kader geeft een handvat bij het beoordelen van de vraag of de huisarts bepaalde handelingen kan overdragen aan die beroepsbeoefenaar. Maar een huisarts mag ook niet BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren werkzaamheden in zijn praktijk laten verrichten, als de kwaliteit van zorg dan maar voldoende is geborgd en de betreffende beroepsbeoefenaar bekwaam is. De huisarts is bovendien verantwoordelijk voor de omstandigheden waaronder hij taken aan een ander overdraagt. Zo moet hij bijvoorbeeld zorgen voor voldoende (na)scholing voor de medewerkers, en afdoende instructies en protocollen. Binnen deze kaders mag een assistente bijvoorbeeld oren uitspuiten en kleine verwondingen lijmen. De huisarts moet zich er dan wel van vergewissen dat de assistente hiervoor voldoende bekwaam is. De assistente is binnen de randvoorwaarden zelf verantwoordelijk voor het uitvoeren van de taken. De huisarts is verantwoordelijk voor de beslissing om de taak over te laten aan een ander en voor de randvoorwaarden.

Een huisarts mag een doktersassistente dus bloeddruk laten meten. Wel moet hij zorgen voor goede instructies en eventueel een goed protocol. De assistente moet uiteraard op grond daarvan kunnen weten wat ze moet doen bij een te hoge bloeddruk. Als de doktersassistente een te hoge bloeddruk meet en vervolgens tegen de instructies en protocollen in, geen actie onderneemt, dan is zij daar zelf voor verantwoordelijk. Wel zal van de huisarts in dat soort gevallen worden gevraagd om verantwoording af te leggen over de wijze waarop hij zijn praktijk heeft ingericht, en over de inhoud van de protocollen die hij daarbij hanteert.

Bij bepaalde handelingen gelden er echter zwaardere eisen voor overdracht. Het gaat dan om de zogenoemde *voorbehouden handelingen*. Deze handelingen mogen alleen op eigen gezag worden verricht door in de wet aangewezen beroepsbeoefenaren. In [**kader 1**] zijn de verschillende voorbehouden handelingen weergegeven.[5]

Een huisarts mag alle voorbehouden handelingen zelfstandig verrichten als hij daar maar toe bekwaam is. De wet kent het bekende uitgangspunt: bevoegd mits bekwaam. Die bekwaamheid moet de huisarts zelf beoordelen, maar kan achteraf worden getoetst door bijvoorbeeld de tuchtrechter. Andere beroepsbeoefenaren, zoals de POH en de assistente, mogen deze handelingen niet op eigen gezag verrichten. Een huisarts kan deze handelingen dus ook niet 'zomaar' overlaten aan andere beroepsbeoefenaren. Wel kan hij opdracht geven aan een ander om die handelingen te verrichten. Hij moet dan wel voldoen aan een aantal strikte wettelijke voorwaarden. Zo moet er een opdracht zijn van een zelfstandig bevoegde, moet de opdrachtnemer bekwaam zijn om de handeling te verrichten en moet er zo nodig zijn voorzien in toezicht en tussenkomst. Via deze constructie kan een huisarts deze voorbehouden handelingen laten verrichten door andere beroepsbeoefenaren, zoals een POH of een doktersassistente. In de praktijk betekent dit bijvoorbeeld dat een assistente niet zelfstandig mag overgaan tot het hechten van een wond, maar dat ze dat pas mag nadat de huisarts daar opdracht een voor heeft gegeven en aan de overige vereisten is voldaan. In [**kader 2**] zijn de vereisten voor het delegeren van voorbehouden handelingen weergegeven.

Er is één voorbehouden handeling die nooit in opdracht mag worden verricht, namelijk het voorschrijven van geneesmiddelen. De huisarts kan zijn POH of zijn doktersassistente dus geen opdracht geven om bij bepaalde patiënten zelfstandig een recept te schrijven.

De verpleegkundig specialist (VS) en de physician assistant (PA) nemen bij het verrichten van voorbehouden handelingen overigens een bijzondere positie in. Zij hebben namelijk tijdelijk de bevoegdheden gekregen om op eigen indicatie bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten. Die bevoegdheid geldt alleen voor bepaalde voorbehouden handelingen die op grond van de wet zijn aangewezen en voor zover ze die handelingen binnen het deskundigheidsgebied van de PA of VS verrichten. De zelfstandige bevoegdheid wordt verder beperkt door de eis dat het moet gaan om handelingen met een beperkte complexiteit, die ze routinematig verrichten en waarvan de risico's goed zijn te overzien. Deze komen meer voor in de tweede lijn. Ook moeten ze de handelingen uitvoeren volgens landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. Binnen deze kaders mogen ze zelfstandig handelen en zijn ze dan ook zelf verantwoordelijk voor eventuele fouten.

De huisarts kan ook in dit geval wel verantwoordelijk worden gehouden voor 'fouten' in de praktijkorganisatie. Dit betekent dat hij vooraf samen met de VS of PA moet bepalen welke handelingen wel, en welke handelingen niet zelfstandig door een PA of VS in zijn praktijk mogen worden verricht.

Deze beroepsbeoefenaren zijn vooralsnog betrekkelijk zeldzaam in de huisartsenzorg. Het is echter voorstelbaar dat dit soort beroepsbeoefenaren in de huisartsenzorg zelfstandig handelingen gaat verrichten, zoals het zelfstandig voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen.

BESCHOUWING

De wet biedt ruimte om werkzaamheden van de huisarts door andere beroepsbeoefenaren, zoals doktersassistentes, te laten verrichten. Wel stelt de wet dat de huisarts ervoor moet zorgen dat de kwaliteit van de zorg gegarandeerd is en blijft. Het hangt van de praktijk af op welke wijze men deze norm invult. De arts is daarbij verantwoordelijk voor het stellen, vastleggen en bewaken van de grenzen waarbinnen de medewerker mag handelen. Deze grenzen moet hij samen met de medewerker

NSCH08_vanMeersbergen.indd 410 17-07-13 09:20

***Kader 1 De voorbehouden handelingen*[5]**
- Heelkundige handelingen (handelingen, liggende op het gebied van de geneeskunst, waarbij de samenhang der lichaamsweefsels wordt verstoord en deze zich niet direct herstelt)
- Verloskundige handelingen
- Endoscopieën
- Katheterisaties
- Injecties
- Puncties
- Toedienen van narcose
- Handelingen met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden
- Electieve cardioversie
- Defibrillatie
- Elektroconvulsieve therapie
- Geneeskundige steenvergruizing
- Handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's, gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap
- Voorschrijven van UR-geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder s, van de Geneesmiddelenwet

Kader 2 Vereisten bij het geven van een opdracht om voorbehouden handelingen te verrichten

Vereisten bij *opdrachtgever* (de huisarts):
- opdracht;
- opdrachtontvanger moet bekwaam zijn;
- zo nodig aanwijzingen geven;
- zo nodig zorgen voor toezicht en tussenkomst.

Vereisten bij *opdrachtontvanger* (de medewerker):
- opdracht van bevoegde;
- bekwaamheid;
- eventuele aanwijzingen opvolgen.

vaststellen en zijn afhankelijk van de opleiding, ervaring en (na)scholing. Aan de hand van die opleiding kan de huisarts bepalen welke handelingen hij wel, en welke hij niet kan overdragen. Het maakt dus uit aan welke beroepsbeoefenaar de huisarts een taak overdraagt. Voor alle beroepsbeoefenaren geldt dat het adagium van de Wet BIG: 'onbekwaam maakt onbevoegd' een handvat kan bieden bij de vraag of de huisarts handelingen kan overdragen. Ervaring en (na)scholing spelen daarbij uiteraard ook een grote rol.

De huisarts kan de afgesproken grenzen vastleggen in (schriftelijke) protocollen, afspraken en werkinstructies. Deze kunnen exclusieve afspraken tussen de arts en zijn medewerker betreffen, maar kunnen ook algemeen van aard zijn, zoals opgenomen in de NHG-Standaarden of bijvoorbeeld de Telefoonwijzer. De afspraken moeten helder zijn en dienen bovendien regelmatig geëvalueerd te worden. De verantwoordelijkheid van de huisarts om de regie in de praktijk te voeren duidt men vaak aan met de term 'eindverantwoordelijkheid'.

Handelt een medewerker zonder medeweten van de arts buiten de vastgestelde grenzen of niet aan de hand van de overeengekomen protocollen, werkinstructies en afspraken, dan kan de arts daarvoor niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden. Bij het overdragen van taken worden die taken immers onder de eigen verantwoordelijkheid verricht. Medewerkers die als verpleegkundige in het BIG-register zijn geregistreerd, kunnen overigens zelf tuchtrechtelijk aangesproken worden op hun handelen. Bijvoorbeeld als zij apparatuur niet goed bedienen, een intieme relatie met een patiënt aangaan of een protocol niet goed opvolgen. Niet BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren, zoals de doktersassistente [**kader 1**], vallen niet onder het wettelijk tuchtrecht.

De huisarts kan tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden voor zijn aandeel in de zorg, zowel voor de medisch inhoudelijke verantwoordelijkheid als voor de verantwoordelijkheid met betrekking tot andere (organisatorische) aspecten [**kader 3**]. Heeft de arts bijvoorbeeld nagelaten de omstandigheden en voorzieningen waaronder de medewerker werkt (de praktijkorganisatie) voldoende te regelen, dan kan hij voor dat deel tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden. Ook als de protocollen van de huisarts onvoldoende zijn kan hij daarop worden aangesproken. Constateert de huisarts dat een medewerker niet goed functioneert, dan moet hij ingrijpen en passende maatregelen nemen om het functioneren te verbeteren. In sommige gevallen kan de arts civielrechtelijk worden aangesproken in de hoedanigheid van werkgever.

Bij het delegeren van voorbehouden handelingen gelden aanvullende eisen, die hierboven al aan de orde kwamen. Zo moet er een opdracht zijn, moet de medewerker bekwaam zijn en moet de huisarts de mogelijkheid van toezicht en tussenkomst regelen. In dat geval is de huisarts verantwoordelijk voor de indicatie en de opdracht, en de medewerker voor het uitvoeren van de opdracht. Dit geldt echter weer niet voor de verpleegkundig specialist en de physician assistant. Zij zijn voor bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig bevoegd om ze te indiceren en te verrichten. In tegenstelling tot de situatie bij taakdelegatie, is er dan geen opdracht nodig. De verpleegkundig specialist en de physician assistant verrichten de handeling, inclusief de indicatie daarvoor, onder eigen verantwoordelijkheid. Wel moet daarvoor in gezamenlijkheid bepaald worden welke voorbehouden handelingen binnen de wettelijke criteria vallen (routinematig, risico's, enzovoort). De KNMG Handreiking implementatie taakherschikking onderscheidt in dat verband drie stappen, die gevolgd kunnen worden bij het bepalen van de bevoegdheden.[6] De verantwoordelijkheid van de huisarts om de kwaliteit van zorg te garanderen omvat ook de beslissing om een verpleegkundig specialist of een physician assistant aan te nemen. Dit houdt ook in dat de huisarts moet bepalen welke taken door hen mogen worden verricht. Daarbij moet hij de opleiding, de zelfstandige bevoegdheid en de bekwaamheid in ogenschouw nemen.

Vervolg van de casus

Terug naar de mevrouw met appendicitis. In de huisartsenpraktijk is het gebruikelijk dat de praktijkassistente de urine onderzoekt bij een verdenking op blaasontsteking. De opleiding van de assistente geeft daarvoor ook voldoende basis. De huisarts mocht die handeling derhalve overdragen. Wel had hij moeten zorgen voor voldoende randvoorwaarden, zoals een goed protocol. Nu dit protocol onvoldoende was, kan hij daarvoor verantwoordelijk worden gehouden.

NSCH08_vanMeersbergen.indd 411 17-07-13 09:20

Kader 3 Overzicht verantwoordelijkheden

De huisarts bepaalt op welke wijze hij zijn praktijk inricht en welke beroepsbeoefenaren hij daarbij nodig heeft.

De huisarts richt zijn praktijk zo in dat de medewerkers hun taken zorgvuldig kunnen uitvoeren. Dit houdt in dat:

- er voldoende tijd en gelegenheid is om contacten die zij afgehandeld te bespreken;
- bij twijfel over de handelwijze er mogelijkheid is voor overleg met de huisarts.

De huisarts maakt (schriftelijke) afspraken met de medewerker omtrent de invulling, randvoorwaarden en grenzen van het handelen. Hij legt de afspraken vast in protocollen.

De huisarts evalueert het handelen van de medewerkers regelmatig. Gemaakte afspraken, handelwijzen en protocollen past hij zo nodig aan de hand van deze evaluaties aan.

CONCLUSIE

De huisarts is verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg in zijn praktijk. Dit betekent onder meer dat hij verantwoordelijk is voor het aannemen van personeel en de beslissing om dat personeel bepaalde taken te laten verrichten. Bij die beslissing moet hij kijken naar de opleiding, het deskundigheidsgebied en de bevoegdheden van een beroepsbeoefenaar. Afhankelijk daarvan kan hij de grenzen van het handelen bepalen. Deze grenzen moet hij regelmatig evalueren en zo nodig bijstellen. De huisarts kan verantwoordelijk worden gehouden voor zijn beslissingen om een bepaalde beroepsbeoefenaar een bepaalde handeling te laten verrichten. ■

Dit nascholingsartikel is een aflevering in de serie 'Huisarts en recht'.

LITERATUUR

1 LHV/NHG standpunt Ondersteunend personeel in de huisartsenzorg, http://lhv.artsennet.nl/LHVproduct/LHVNHG-standpunt-Ondersteunend-personeel-in-de-huisartsenzorg-1.htm.
2 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), www.wetten.nl.
3 Legemaate J. Ondersteuning in de huisartsenpraktijk. Juridische aspecten. Ned Tijdschr Geneeskd 2008152:1309-12.
4 Van Meersbergen, DYA. De veranderde positie van de verpleegkundige in de Wet BIG. De positie van de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist in de Wet BIG na invoering van de Wet taakherschikking. TvGR 2012/3:203-217.
5 Biesaart, MCIH Voorbehouden handelingen. In: Van Meersbergen DYA (redactie), Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2012/13. Den Haag: Boom juridische uitgevers; 2012:83.
6 KNMG Handreiking implementatie taakherschikking. www.knmg.nl/taakherschikking.

INTERMEZZO

Tijdschrift voor praktijkondersteuning

In het augustusnummer van het Tijdschrift voor praktijkondersteuning is er volop aandacht voor somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Niet alleen boeiend voor de praktijkondersteuner-ggz, maar ook voor de praktijkondersteuner-somatiek. Verder een artikel over voeding bij diabetes type 2, een beschouwing over dementie en een bijdrage over hoe patiënten tegen praktijkondersteuners aankijken.

Voeding en diabetes

Hans van Wijland doet de laatste inzichten in voeding en diabetes uit de doeken in zijn artikel Voeding bij diabetes mellitus type 2. Er zijn veel populaire misvattingen over voeding, die Van Wijland stuk voor stuk ontzenuwt aan de hand van de Richtlijnen goede voeding van de Gezondheidsraad en de Voedingsrichtlijn voor diabetes type 1 en 2 van de Nederlandse Diabetes Federatie.

SOLK

Bij somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) is de link met praktijkondersteuning wellicht niet meteen gelegd. Toch kan vooral de praktijkondersteuner-ggz een belangrijke rol spelen bij deze klachten. Aukje van Beek vertelt wat SOLK inhoudt en interviewde huisarts Nikki Makkes, projectleider van een SOLK-project in de Utrecht. Praktijkondersteuner-ggz Erik te Biesebeke behandelt SOLK-patiënten.

Dementie

Dementie is een groot en complex probleem in de huisartsenpraktijk. Toos de Boer legt uit wat dementie precies is, welke vormen er zijn, hoe je deze kunt signaleren en welke rol de praktijkondersteuner kan spelen.

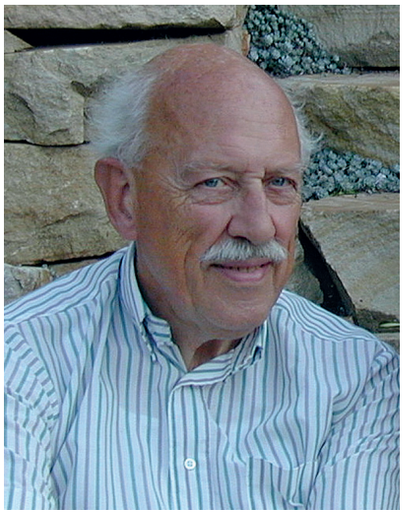
Mening patiënt

In de serie over heden, verleden en toekomst van de praktijkondersteuning verschijnt in dit nummer deel 3: hoe denkt de patiënt over de praktijkondersteuner? Vooral patiënten met diabetes en astma/COPD zijn positief over praktijkondersteuning. Patiënten hebben vrij duidelijke ideeën over wat zij belangrijk vinden en welke taken beter door de huisarts gedaan kunnen worden. ■

Het Tijdschrift voor praktijkondersteuning is een gezamenlijke uitgave van het NHG en Bohn Stafleu van Loghum. Het verschijnt tweemaandelijks en kost € 77,00 per jaar. Heeft uw praktijkondersteuner nog geen abonnement? Vraag een proefexemplaar aan en bezoek ook eens de website www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl. *Meer informatie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum bv, Postbus 246, 3990 GA Houten. Telefoon (030) 6383736,* www.bsl.nl.

NSCH08_vanMeersbergen.indd 412 17-07-13 09:20

In memoriam Jan Mulder



Op vrijdag 21 juni 2013 overleed Jan Mulder, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde te Leiden (1983-1991), op 87-jarige leeftijd. Jan werd het tiende Lid van Verdienste van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Hij heeft zowel voor de zorg als voor de Nederlandse academische huisartsgeneeskunde veel betekend.

Mulder was huisarts te Noordwijk. Zijn bakermat was een van de eerste gezondheidscentra van Nederland, het Wantveld in Noordwijk. Jans werkstijl was efficiënt: patiënten gebruikten de gang om zich aan te kleden na een flitsend consult (terwijl hij naar de assistente riep: 'graag Hb en bezinking!'). Na zijn vertrek uit de praktijk in 1983 bleef hij werklunches bezoeken voor voeling met het veld, wisselwerking tussen zorg, onderwijs en wetenschap. Jans credo was: 'Integrale geneeskunde kan alleen door multidisciplinaire samenwerking op een kwalitatief voldoende niveau geleverd worden'. Dat credo heeft hij in het Wantveld in de praktijk gebracht. Vanaf de start van het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde (LIH) betrok hij de Noordwijkse maatschaphuisartsen bij onderwijs en onderzoek en gaf hen in 1989 het predicaat 'universitaire huisartspraktijk'.

Met een kleine groep geestverwanten richtte hij in 1954 het NHG op. In 1958 werd hij de eerste voorzitter van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO). De CWO organiseerde in die tijd 'jaaronderzoeken' over onderwerpen als tonsillitis en spontane abortus (zo'n 100 huisartsen verzamelden daarover gegevens). Voor Jan was huisartsgeneeskunde een academisch vak waarin een wetenschappelijke onderbouwing en een professionele opleiding onontbeerlijk waren om goede patiëntenzorg te kunnen leveren. Dat spreekt inmiddels voor zich en aan die professionalisering heeft hij veel bijgedragen.

Op 17 juni 1983 sprak hij zijn oratie uit als hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de (toen nog) Rijks Universiteit Leiden. De titel was *Samen werken in het bijzonder tussen huisarts en specialist*. Zijn afscheidsoratie, op 25 oktober 1991, was getiteld *De Huisarts qualitate qua*. Hij kreeg toen een afscheidsboek aangeboden: *Jan Mulder, huisarts: grote stappen kleine stappen*.

In december 1993 kende het NHG-Ledencongres hem het NHG-erelidmaatschap (Lid van Verdienste) toe als blijk van waardering voor zijn vele inspanningen voor het Genootschap, in het bijzonder tijdens de organisatie van het congres in 1993 – Quality of Care – als voorzitter van de wetenschappelijke commissie en bestuurslid van de congresorganisatie. Dit congres was met 1600 deelnemers een groot succes en vond plaats in Den Haag. Koningin Beatrix kreeg daar het eerste Standaardenboek overhandigd.

Jan was huisarts, dacht als huisarts, werkte voor de huisarts en bleek in staat steeds weer nieuwe varianten van het huisartsgeneeskundig denken en handelen in grote en kleine stappen te bevorderen. Hij was ook een energieke en stipte hoogleraar die persoonlijk betrokken was bij zijn medewerkers. Het was een plezier om onder hem te werken: hij was eerlijk, duidelijk en betrouwbaar. De titel van het afscheidsboek van Jan uit Leiden uit 1991 was goed gekozen: *Jan Mulder, huisarts*. Hij was zelf ook zo direct en concreet. Jan bracht generalisme in praktijk. Hij was niet slechts aanspreekbaar op de eigen expertisegebieden – de diabetespatiënt en samenwerkingsprojecten in de eerste lijn – maar ook steeds weer betrokken bij projecten die de plaats en de positie van de huisarts ten goede moesten komen. Een markant voorbeeld daarvan is het Verrichtingenproject, waarin met Regionaal Ziekenfonds Leiden Alphen afspraken werden gemaakt over verrichtingen als het met 'gootjes' (uit het plastic buisje van een balpen) bewerken van ingegroeide teennagels. Zijn bereidheid tot samenwerken stond daarin steeds centraal. De variatie van Jans activiteiten en interesses werkte als een amalgaam, een samenvloeiing van eigenschappen en kwaliteiten van hem en anderen. Samen met andere voortrekkers zette hij zijn kwaliteiten in voor verbreding en verdieping van het huisartsenvak. Tegelijkertijd stimuleerde hij jonge medewerkers zich te profileren, dingen aan te pakken en te durven. De laagdrempeligheid van de huisarts is door Jan ook in het reilen en zeilen van de Leidse vakgroep in praktijk gebracht. Volhouden, doorzetten en af en toe opnieuw beginnen. Hij bood ieder steeds de vrijheid om de eigen vorm te kiezen. Ook in het begeleiden van promovendi, dat hij eigenlijk vooral na zijn emeritaat deed, was hij vooral een coach en minder een deskundige. Vanaf het eerste contact met Jan was er sprake van een ervaren collega met een 'prettig gezag' die steeds vol zat met creatieve ideeën. Hij wilde altijd leren en samenwerken. Zijn gezag voelde goed, het was uitnodigend om mee te doen en je was vrij om al dan niet aan te haken.

Jan was aimabel, visionair, energiek, een goed organisator, een tikje ijdel en goed gesoigneerd, een dierbare leermeester en voor altijd huisarts. Wij wensen zijn nabestaanden sterkte toe bij het verwerken van dit verlies. ■

Harm van Marwijk, Adriaan Timmers, Ron Helsloot

INME08.indd 413 17-07-13 09:21

Monique Verduijn, Anne Leendertse, Annemarie Moeselaar, Niek de Wit, Rob van Marum

NASCHOLING

Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen

INLEIDING

In de praktijk ervaren zowel patiënten als zorgverleners knelpunten in de farmacotherapeutische zorg voor ouderen met multimorbiditeit. Daarom is het wenselijk dat de patiënt (en/of mantelzorger), arts, apotheker en verpleegkundigen en verzorgenden deze zorg voor ouderen met complexe problematiek op elkaar afstemmen.[1] Dit geldt in het bijzonder voor de zorg rond ouderen met chronische aandoeningen die door verschillende specialisten met zeer diverse geneesmiddelen behandeld worden. Het risico op een minder effectieve of minder veilige behandeling met geneesmiddelen is groter wanneer geneesmiddelen door verschillende artsen worden voorgeschreven en deze niet goed weten wat (en op grond van welke overweging) deze artsen hebben voorgeschreven of gestopt. Daarnaast beschikken huisartsen en specialisten mogelijk over onvoldoende kennis en ervaring om de relevantie van door andere specialisten voorgeschreven medicatie op waarde te kunnen schatten.

Aan de hand van knelpunten zoals die zijn geïnventariseerd in focusgroepen met patiënten en zorgverleners van verschillende disciplines, heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap in samenwerking met andere instanties de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen opgesteld.[2] De andere betrokken partijen zijn de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, de Orde van Medisch Specialisten, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Verenso, Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters, en het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik.

Een essentieel onderdeel van deze richtlijn is de periodieke medicatiebeoordeling. Dat is een beoordeling van de farmacotherapie door patiënt, arts en apotheker op basis van een gestructureerde, kritische evaluatie van de medische, farmaceutische en gebruiksinformatie, om zo voor de individuele patiënt tot een optimale farmacotherapie te komen. Centraal bij die beoordeling staan de individuele behoeften en mogelijkheden van de patiënt ten aanzien van zijn geneesmiddelgebruik. Dit artikel geeft de huisarts een handreiking om samen met de apotheker medicatiebeoordelingen uit te voeren.

DOELPOPULATIE

Medicatiebeoordeling richt zich op ouderen met een verhoogd risico op schade door gebruik van geneesmiddelen. Uit het HARM-onderzoek blijkt dat 5,6% van alle acute ziekenhuisopnamen medicatiegerelateerd is.[3] Van deze opnamen betreft 68% ouderen vanaf 65 jaar en bij bijna de helft van de opnamen gaat het om medicatiefouten die potentieel vermijdbaar zijn, zoals fouten die optreden door medicatie zonder indicatie, problemen met therapietrouw, interacties, contra-indicaties en onvoldoende monitoring.

De richtlijn geeft, gebaseerd op beperkt beschikbare litera-

Samenvatting

Verduijn MM, Leendertse AJ, Moeselaar A, De Wit NJ, Van Marum RJ. Multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen. Huisarts Wet 2013;56(8):414-9.

65-Plussers met multimorbiditeit die bij verschillende specialisten onder behandeling staan hebben een verhoogd risico op schade door gebruik van geneesmiddelen. Van veel geneesmiddelen zijn de effectiviteit en veiligheid bij deze kwetsbare patiëntengroep niet vastgesteld. De huisarts kan het risico beperken door bij het voorschrijven de aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen te volgen en gebruik te maken van de zogenaamde START- en STOPP-criteria in de richtlijn. Daarnaast kan de huisarts geïntegreerde farmacotherapeutische zorg verlenen door samen met de apotheker met behulp van de STRIP (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing) systematisch de medicatie te beoordelen volgens het stappenplan medicatiebeoordeling. Om de medicatiebeoordeling goed te kunnen implementeren ontbreekt nog een aantal randvoorwaarden.

De kern

- Patiënten en patiëntveiligheid zijn gebaat bij een periodieke, gezamenlijke medicatiebeoordeling door huisarts en apotheker, in nauw overleg met de patiënt.
- Vooral ouderen met polyfarmacie en met risicofactoren voor het ontstaan van ernstige aan farmacotherapie gerelateerde problemen (verminderde nierfunctie, verminderde cognitie, verhoogd valrisico, signalen van verminderde therapietrouw en niet-zelfstandig) wonen hebben baat bij een medicatiebeoordeling.
- Er is een multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen ontwikkeld, met de STRIP-methode voor medicatiebeoordeling, waarbij de samenstellers de START- en STOPP-criteria voor geneesmiddelen bij ouderen hebben aangepast aan de Nederlandse situatie.
- Er zijn verschillende randvoorwaarden om een medicatiebeoordeling volgens de richtlijn uit te kunnen voeren: de mogelijkheid tot efficiënte (elektronische) selectie van geïndiceerde patiënten, elektronische controle op het voorschrijven van potentieel (on)geschikte medicatie voor ouderen, (intensief) samenwerken met apotheker, de mogelijkheid om acties in een gezamenlijk dossier met de apotheker te registreren en toereikende financiering.

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht: M.M. Verduijn, apotheker en senior wetenschappelijk medewerker; A. Moeselaar, wetenschappelijk medewerker. Julius Centrum UMC Utrecht, afdeling Huisartsgeneeskunde: A.J. Leendertse, apotheker en clinical pharmacist; N.J. de Wit, huisarts. Jeroen Bosch Ziekenhuis, Expertisecentrum pharmacotherapie bij ouderen (Ephor): R.J. van Marum, klinisch geriater en klinisch farmacoloog • Correspondentie: m.verduijn@nhg.org • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

NSCH08_Verduijn.indd 414 17-07-13 09:22

tuur en de ruime ervaring van de werkgroep, aanbevelingen voor de selectie van hoogrisicopatiënten die voor medicatiebeoordeling in aanmerking komen [**figuur**].[2,4] De apotheker selecteert aan de hand van het elektronisch dossier alle 65-plussers met polyfarmacie (gedefinieerd als actueel chronisch gebruik van vijf of meer verschillende geneesmiddelen). Vrijwel alle patiënten met multimorbiditeit zullen in deze selectie vallen. Uit deze lijst kan de huisarts samen met de apotheker een volgende selectie doen van patiënten die een aanvullende risicofactor hebben voor negatieve effecten van hun geneesmiddelgebruik: verminderde nierfunctie (geschatte glomerulaire filtratiesnelheid < 50 ml/min/1,73 m^2), verminderde cognitie, een verhoogd valrisico (valincident in voorgaande 12 maanden en/of een verhoogd risico op instabiliteit bij bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, na CVA of slechte mobiliteit), signalen van verminderde therapietrouw, niet-zelfstandig wonend, niet-geplande ziekenhuisopname.

STAPPENPLAN MEDICATIEBEOORDELING

Stap 1: farmacotherapeutische anamnese

De eigenlijke medicatiebeoordeling start met een gesprek met de patiënt (en/of diens mantelzorger) waarin in de regel de apotheker een farmacotherapeutische anamnese afneemt. Dit gesprek kan plaatsvinden bij de patiënt thuis of in de apotheek. Men bespreekt de ervaringen, problemen, zorgen, verwachtingen en kennis van de patiënt ten aanzien van zijn medicatie. Communicatie met ouderen vraagt om specifieke vaardigheden bij de apotheker omdat ouderen in de regel minder informatie tegelijk kunnen verwerken, meer moeite hebben met medisch taalgebruik en namen van medicijnen, en vaker sensorische en functionele problemen hebben.[5] In dit gesprek komen verschillende onderwerpen aan bod: mogelijke bijwerkingen en allergieën, weerstand tegen medicijngebruik, gebruiksgemak, gebruik van zelfzorgmiddelen, gebruik van eerder voorgeschreven en gestopte geneesmiddelen die nog in voorraad zijn of aan anderen voorgeschreven geneesmiddelen. Als de apotheker het gesprek bij de patiënt thuis voert, kunnen de apotheker en de patiënt gezamenlijk de medicijnkast nalopen, wat extra informatie geeft over het gebruik van geneesmiddelen. Op deze manier brengen ze het actuele medicatiegebruik in kaart.

Stap 2: farmacotherapeutische analyse

Na dit gesprek ordent en analyseert de apotheker de verzamelde gegevens. Uit de analyse volgen (potentiële) farmacotherapiegerelateerde problemen (FTP's), zoals onder- of overbehandeling, niet-effectieve farmacotherapie, potentiele bijwerkingen, contra-indicaties of interacties, onjuiste dosering (bijvoorbeeld in geval van verminderde nierfunctie) of gebruiksproblemen. Geneesmiddelen die op jongere leeftijd veilig en effectief zijn, kunnen bij het ouder worden ongewenste effecten krijgen. De klinische effecten dan wel de preventieve werking en het bijwerkingenprofiel van veel geneesmiddelen zijn vaak niet of slecht onderzocht bij ouderen met multimorbiditeit.[2] Met de veranderende farmacokinetiek als onderdeel van de veroudering kan het nodig zijn om de dosering van geneesmiddelen aan te passen, over te stappen op een passend alternatief of een geneesmiddel te stoppen omdat de kans op bijwerkingen groter is dan de kans op het gewenste effect.

Polyfarmacie verhoogt daarnaast het risico op onderbehandeling en op geneesmiddelinteracties. Soms weegt de indicatie niet meer op tegen de potentiële bijwerkingen en risico's van gebruik bij deze kwetsbare leeftijdsgroep. Bekende voorbeelden zijn NSAID's (een verergering van hartfalen en een toename van de kans op renale, cardiovasculaire en gastro-intestinale bijwerkingen), benzodiazepinen (een toename van het valrisico en een afname van de cognitieve functies) en bij een slechte nierfunctie soms ook metformine (bij relevante achteruitgang van nierfunctie wordt de kans op bijwerkingen groter als men de maximale dosering handhaaft). Dit geldt in het bijzonder bij het voorschrijven van preventieve medicatie.

Ter ondersteuning van de farmacotherapeutische analyse heeft men verschillende expliciete criteria ontwikkeld. Deze criteria zijn verwerkt tot screeningslijsten met potentieel ongewenste geneesmiddelen voor ouderen. Deze lijsten dient men als hulpmiddel en niet als absolute verbodslijst te gebruiken. Op grond van specifieke patiëntkenmerken kunnen er argumenten zijn om toch voor een risicogeneesmiddel te kiezen. In Nederland gebruikt men de Amerikaanse Beerslijst veel, die geneesmiddelen bevat die bij voorkeur niet aan ouderen worden voorgeschreven.[6] Sommige aanbevelingen uit deze lijst komen echter niet overeen met de NHG-Standaarden of Nederlandse multidisciplinaire richtlijnen. Daarnaast ontbreken op deze lijst criteria om noodzakelijke medicatie te starten. In de richtlijn Polyfarmacie bij ouderen zijn expliciete criteria opgenomen die gebaseerd zijn op de in Ierland ontwikkelde START-STOPP-criteria en die meer geassocieerd zijn met schade door geneesmiddelgebruik, dan de Beerslijst.[2,7,8] De Ierse criteria zijn voor de richtlijn aangepast aan de Nederlandse richtlijnen en gevalideerd voor de Nederlandse situatie.[2]

Stap 3: farmacotherapeutisch behandelplan

Bij de volgende stap van de medicatiebeoordeling stellen arts en apotheker samen een farmacotherapeutisch behandelplan

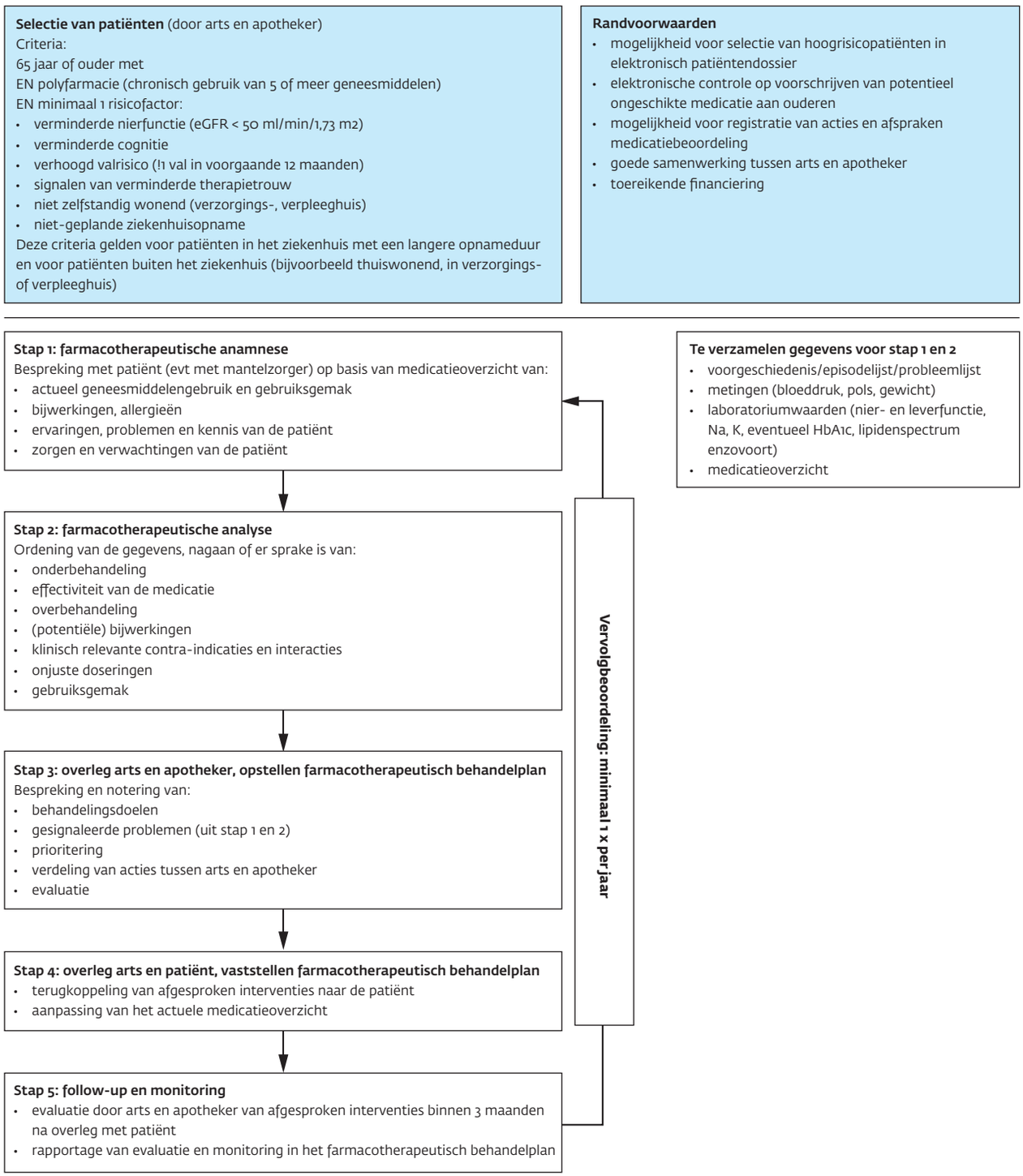
Abstract

Verduijn MM, Leendertse AJ, Moeselaar A, De Wit NJ, Van Marum RJ. Multidisciplinary guideline for polypharmacy in the elderly. Huisarts Wet 2013;56(8):414-9.

Older (> 65 years) patients who are being treated by different specialists for multiple medical problems are at increased risk of medication-related adverse effects. Unfortunately, little is known about the efficacy and safety of many medicines in these vulnerable patients. General practitioners can limit the risk of adverse effects by following the recommendations of the 'Polypharmacy for the Elderly' guideline and by using the START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) and STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) criteria of the guideline. In addition, GPs can work with pharmacists to provide integrated pharmaceutical care by systematically evaluating the medicines prescribed using the stepwise approach of the STRIP (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing). However, a number of preconditions for a good evaluation of medications have still to be met.

NSCH08_Verduijn.indd 415 17-07-13 09:22

Figuur Stappenplan medicatiebeoordeling



NSCH08_Verduijn.indd 416 17-07-13 09:22

op. Zij brengen de mogelijke FTP's in kaart, leggen de voorgenomen interventies (stoppen, dosis aanpassen, vervangen door alternatief) vast in het behandelplan van de patiënt en spreken af hoe en wie de communicatie en de monitoring van de follow-up gaat doen. Specifieke patiëntkenmerken (en ervaringen), maar ook de levensverwachting en de wensen van de patiënt, vormen in deze afweging het uitgangspunt. Soms zijn medisch diagnostische stappen of aanvullende controles noodzakelijk (bijvoorbeeld laboratorium- en bloeddrukcontrole). Als de medicatie in de tweede lijn is gestart, moet de huisarts zo nodig overleggen of verwijzen.

Stap 4: terugkoppeling met de patiënt

Bij de laatste stap bespreekt de huisarts de voorstellen uit het behandelplan en stemt deze af met de wensen en verwachtingen van de patiënt. Als de huisarts de medicatiewijzigingen ook op schrift meegeeft en in het actuele medicatieoverzicht verwerkt, kan de patiënt deze nalezen en bespreken met zijn mantelzorger. Dit verslag kunnen de huisarts en de patiënt ook gebruiken voor de communicatie met andere behandelaars.

Follow-up en monitoring

Ten slotte zorgt de huisarts of apotheker voor follow-up en monitoring van de vastgelegde afspraken uit de medicatiebeoordeling en evaluatie van het behandelplan.

SAMENWERKING

Om de medicatie goed te kunnen beoordelen is zowel de expertise van de huisarts als die van de apotheker noodzakelijk. In de huidige situatie is het het meest efficiënt als de apotheker de selectie op polyfarmacie en leeftijd uitvoert, waarna de huisarts deze patiëntenselectie terugbrengt en specificeert aan de hand van aanvullende risicofactoren. In een gezamenlijke brief roepen huisarts en apotheker de geselecteerde patiënten op om naar het spreekuur van de apotheker te komen voor een farmacotherapeutische anamnese. Spreiding van werkzaamheden is mogelijk door patiënten in hun geboortemaand uit te nodigen of door de medicatiebeoordeling aan een jaarcontrole te koppelen.

Apotheker en huisarts bespreken gezamenlijk de uitkomsten van de anamnese en leggen deze vast in een farmacotherapeutisch behandelplan. Kleine veranderingen in de medicatie kan de apotheker met de patiënt overleggen. Als het om meer ingrijpende veranderingen gaat die consequenties hebben voor het medisch beleid (bloeddruk, glucose, enzovoort), overlegt de huisarts met de patiënt. De huisarts kan eventueel onderdelen van de medicatiebeoordeling delegeren aan de praktijkondersteuner, mits deze daartoe adequaat is geschoold. Het opstellen en evalueren van het behandelplan gebeurt onder gezamenlijke verantwoordelijkheid van de huisarts en apotheker. Ook kunnen zij als de patiënt is ontslagen een medicatiebeoordeling die in het ziekenhuis of verpleeghuis is uitgevoerd, overnemen in de thuissituatie. Daarvoor is het noodzakelijk dat de overdracht van de afspraken uit de medicatiebeoordeling van de tweede naar de eerste lijn (en omgekeerd) goed verloopt. Algemene aanbevelingen rondom medicatieoverdracht staan vermeld in de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten (www.medicatieoverdracht.nl).

STRIP EN PATIËNTENBRIEF

De verschillende stappen van medicatiebeoordeling zijn uitgewerkt in de STRIP (Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing), die als bijlage bij de richtlijn is opgenomen.[2] Hierin zijn de voorheen in Nederland gebruikelijke POM (Polyfarmacie Optimalisatie Methode) en GIVE (Gebruik Indicatie Veiligheid Effectiviteit) geïntegreerd. De STRIP start met de selectie van patiënten en vervolgt met het stappenplan, de vragen aan de patiënt en de analyse van acties door huisarts en apotheker, en kan men zien als een handzame samenvatting van de richtlijn.

Ook heeft het NHG een patiëntenbrief 'Ouderen die veel medicijnen gebruiken' ontwikkeld (www.thuisarts.nl).

IMPLEMENTATIE EN RANDVOORWAARDEN

Om de medicatiebeoordeling goed uit te kunnen voeren is tijdige en efficiënte communicatie tussen de eerste en de tweede lijn, en tussen huisarts en apotheker vereist. De multidisciplinaire richtlijn gaat hierbij uit van Richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' uit 2011. In de dagelijkse praktijk blijkt echter vooral de informatievoorziening van de tweede naar de eerste lijn niet altijd eenduidig en tijdig plaats te vinden. Vaak ontvangt de huisarts weinig informatie uit de tweede lijn over de gewenste gebruiksduur en de reden van staken van geneesmiddelen. Doordat de richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten niet overal goed geïmplementeerd is, loopt het proces van medicatiebeoordeling aanzienlijke vertraging op. Om geneesmiddelen die in de tweede lijn zijn voorgeschreven te wijzigen is overleg met de actief behandelend specialist nodig. Dit overleg kan het proces van medicatiebeoordeling bemoeilijken. Ook bij de evaluatie van afspraken uit de medicatiebeoordeling kan een niet vlot lopende communicatie vanuit en naar de tweede lijn voor problemen zorgen. De regie voor de medicatiebeoordeling ligt in de eerste lijn, waarbij de tweede lijn op de hoogte is van de afspraken uit de medicatiebeoordeling en daarop aansluit. Voor specifieke patiëntengroepen (bijvoorbeeld parkinsonpatiënten) kan de regiefunctie voor medicatiebeoordeling in de tweede lijn liggen.

Daarnaast is een goede samenwerking tussen huisarts en apotheker essentieel voor de implementatie van de medicatiebeoordeling. Een gezamenlijke planning, werkafspraken over de processen met betrekking tot de medicatiebeoordeling en afspraken over de verantwoordelijkheden van de verschillende professionals (in de eerste en de tweede lijn) dragen bij aan een succesvolle implementatie. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik heeft een FTO-module ontwikkeld om het proces van medicatiebeoordeling tussen huisarts en apotheker te ondersteunen. De inhoudelijke medicatiebeoor-

NSCH08_Verduijn.indd 417 17-07-13 09:22

deling zelf, waarin men de medicatie van de individuele patiënt beoordeelt, hoort thuis in het overleg tussen huisarts en apotheker, en leent zich niet voor het FTO. Scholing op het gebied van farmacotherapie (praktijkondersteuner en huisarts) en communicatie (apothekers) kan soms wenselijk zijn. Een efficiënte elektronische methode om patiënten te selecteren die in aanmerking komen voor een medicatiebeoordeling is in de regel niet beschikbaar, maar zou de implementatie bevorderen. De apotheker kan een selectie maken van patiënten die 65 jaar of ouder zijn en die 5 of meer geneesmiddelen chronisch gebruiken. Daarnaast heeft de apotheker inzicht in signalen van verminderde therapietrouw. De huisarts zal aan de hand van de selectie van de apotheker nu vaak nog handmatig geschikte patiënten moeten selecteren op grond van de beschreven aanvullende risicofactoren. Een heldere elektronische registratiemogelijkheid waarin huisarts en apotheker de acties en afspraken uit de medicatiebeoordeling kunnen noteren zou voor een grotere efficiëntie en betere follow-up zorgen, en bijdragen aan de implementatie van de medicatiebeoordeling.

De voor de verschillende stappen vereiste tijdsinvestering varieert sterk en is afhankelijk van de patiëntenpopulatie, de elektronische ondersteuningsmogelijkheden en het niveau van samenwerking tussen huisarts en apotheker. De ervaring leert dat globaal voor uitnodiging en selectie van patiënten ongeveer 5 minuten per patiënt nodig is, voor de farmacotherapeutische anamnese ongeveer 40 minuten, voor de farmacotherapeutische analyse 15 minuten en voor het overleg tussen huisarts en apotheker over het farmacotherapeutisch behandelplan 20 minuten. Voor het vaststellen van het plan en overleg met de patiënt volstaat gemiddeld 10 minuten, en de monitoring en evaluatie kan weer oplopen tot 30 minuten. Dit komt neer op ongeveer 90 minuten per geïncludeerde patiënt.

Medicatiebeoordeling door huisartsen is – voor zover er geen afspraken zijn over de module ouderenzorg – niet via een aparte module gefinancierd en wordt vooralsnog vergoed via de reguliere (consult)financiering. Het ontbreken van een financiële vergoeding voor het tijdrovende multidisciplinaire overleg met zowel de apotheker als de tweede lijn (voor patiënten die poliklinisch vaak verschillende specialisten bezoeken) vormt een aanzienlijk struikelblok bij de implementatie. Integratie van medicatiebeoordeling in ouderenzorgmodules kan bijdragen aan de implementatie.

Er komen steeds meer initiatieven om de implementatie van medicatiebeoordeling te bevorderen en de randvoorwaarden te realiseren. Medicatiebeoordeling staat sterk in de belangstelling en heeft een prominente plaats op de agenda van diverse organisaties zoals, het Kwaliteitsinstituut, KNMP, ouderenbonden en IGZ.

PRAKTIJKVOORBEELD

Een actieve 71-jarige vrouw bezoekt de apotheker met vragen over haar medicatie. Ze wil graag naproxen (zonder recept verkrijgbaar) vanwege pijnlijke gewrichten en vraagt of dit samengaat met de andere medicijnen die ze slikt. Omdat ze zes andere medicijnen gebruikt en het laatste jaar een keer is gevallen, nodigt de apotheker haar uit op het spreekuur voor een farmacotherapeutische anamnese. Zij is bekend met diabetes mellitus type 2 en hypertensie, en heeft zes jaar geleden een depressie doorgemaakt. Zij klaagt over pijnlijke gewrichten, in het bijzonder in haar rechter knie. Op eigen initiatief gebruikt ze hiervoor af en toe naproxen 220 mg.

Tijdens de anamnese komt naar voren dat ze last heeft van flushes, transpireren, duizeligheid (valt vaak bijna), moeilijk op gang komen bij sporten op de sportschool en koude handen en voeten. Het lukt haar goed om 's morgens de medicatie in te nemen, maar tijdens lunchtijd op de dagen dat ze vrijwilligerswerk doet en voor het slapen gaan vergeet ze haar medicatie geregeld. Mevrouw heeft geen bekende allergieën of negatieve ervaringen met geneesmiddelen. Ze heeft geen cognitieve problemen en benoemt de juiste indicatie voor haar geneesmiddelen.

Op haar actuele medicatieoverzicht staan de volgende middelen: fluoxetine 2 dd 20 mg; metformine 3 dd 500 mg; nifedipine retard 2 dd 20 mg; pravastatine voor de nacht 1 dd 10 mg; propranolol 2 dd 80 mg; tolbutamide 3 dd 500 mg. Op eigen initiatief neemt ze dagelijks een plantaardig zelfzorgmiddel (zilverkaars) tegen de flushes.

De huisarts overlegt met de apotheker over de episodelijst en meetwaarden. De systolische bloeddruk van mevrouw schommelt tussen de 128 en de 145 mmHg, haar gewicht is 119 kg en de uitslag van de jaarlijkse laboratoriumcontrole is: eGFR volgens MDRD: 116 ml/min; LDL-cholesterol: 3,5 mmol/l; HbA1c: 62 mmol/l; glucose nuchter: 8,7 mmol/l; kalium: 3,7 mmol/l; hemoglobine: 8,8; albumine/kreatinineratio: 1,1 mg/mmol.

De apotheker ordent de informatie, bereidt een farmacotherapeutische analyse voor aan de hand van de stappen in de STRIP en bespreekt deze met de huisarts. Er blijkt sprake te zijn van overbehandeling, onderbehandeling, minder effectieve behandeling, bijwerkingen, onjuiste doseringen en gebruikersongemak. De huisarts en de apotheker stellen vervolgens samen een farmacotherapeutisch behandelplan op. Vervolgens bespreekt de huisarts het plan met de vrouw op het spreekuur.

Onderbehandeling

De huisarts stelt vast dat de pijn het gevolg is van artrose. Mevrouw krijgt het advies om 3 maal daags 1 gram paracetamol te nemen en de naproxen te stoppen. Daarnaast krijgt ze het advies om ook calcium 500 mg met vitamine D 1 dd 800 IE te nemen in verband met haar leeftijd en beperkte zuivelinname.

Overbehandeling

Fluoxetine is niet meer geïndiceerd, mevrouw heeft zes jaar geleden een eenmalige depressie doorgemaakt. In overleg met mevrouw besluit de huisarts fluoxetine af te bouwen. Door de lange halfwaardetijd van vier tot zes dagen is afbouwen niet

NSCH08_Verduijn.indd 418 17-07-13 09:22

noodzakelijk, maar mevrouw wil bij voorkeur niet direct stoppen. Ze spreken af om de fluoxetine gedurende drie maanden af te bouwen.

Niet-effectieve behandeling

De bloedglucoseverlagende behandeling is niet effectief omdat de streefwaarden niet worden gehaald. Mevrouw heeft daarnaast ook een behoorlijk overgewicht en daarom is reductie van gewicht aangewezen. De niet effectieve farmacotherapie wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt doordat mevrouw de medicatie minder inneemt. De huisarts stelt met mevrouw een nieuw innameschema op van 2 dd 1000 mg metformine en 1 dd 500 mg tolbutamide. Indien dit onvoldoende resultaat oplevert, is het de bedoeling om kortwerkende tolbutamide te vervangen door een langwerkend sulfonylureumderivaat, zoals gliclazide.

Potentiële bijwerkingen

Propranolol is geen middel van eerste keuze bij hypertensie, lijkt hier bijwerkingen (traagheid, duizeligheid, vallen, transpireren, koude extremiteiten) te veroorzaken en de hartslag te vertragen (53 bpm), en kan de signalen van een hypoglykemie maskeren (interactie/contra-indicatie). Nifedipine kan de flushes veroorzaken en ook bijdragen aan de duizeligheid en het bijna vallen. De huisarts en apotheker besluiten om de propranolol en de nifedipine te vervangen door lisinopril in een startdosering van 1 dd 10 mg en de bloeddruk na 2 weken weer te controleren. Mevrouw stopt direct met nifedipine en begint met het afbouwen van de propranolol.

Onjuiste dosering

Pravastatine 10 mg is een niet-effectieve dosering en wordt vervangen door atorvastatine 1 dd 20 mg 's morgens, omdat mevrouw haar medicatie niet vergeet als ze deze 's morgens inneemt (pravastatine en simvastatine moet men 's avonds innemen).

Gebruiksgemak

In overleg met mevrouw maakt de huisarts een nieuw innameschema. 's Morgens start ze met inname van atorvastatine, lisinopril, metformine, tolbutamide, paracetamol en calcium/vitamine D. Metformine en paracetamol slikt ze bij het avondeten. Voor het slapen gaan kan mevrouw nog paracetamol nemen.

Follow-up en monitoring

In het farmacotherapeutisch behandelplan (FBP) legt de huisarts vast dat mevrouw iedere drie maanden naar de praktijkondersteuner gaat, die de controle van diabetes en hypertensie uitvoert. De huisarts bespreekt het stoppen van de fluoxetine en de propranolol, en vraagt bij elk consult naar de pijn. Laboratoriumcontrole van de nierfunctie en elektrolyten in verband met het starten van lisinopril is ook in het FBP opgenomen.

Na zes maanden vertelt mevrouw opgetogen dat zij zich veel fitter voelt, minder last heeft van pijn en geen opvliegers meer heeft, en nu een tot twee keer per week aan Nordic Walking kan doen. Zij is inmiddels 2 kg afgevallen, gebruikt geen plantaardig zelfzorgmiddel tegen overgangsklachten meer en heeft de pijn goed onder controle, met meestal 2 dd 1000 mg paracetamol. De diabetes is beter ingesteld (HbA1c: 49 mmol/l) en de tolbutamide is net als de fluoxetine en de propranolol gestopt. Met de dagelijkse dosis van 20 mg lisinopril is haar bloeddruk nu 130/67 mmHg.

CONCLUSIE

Ouderen met multimorbiditeit bezoeken vaak verschillende artsen en hebben daarnaast uiteenlopende risicofactoren voor het optreden van ongewenste effecten of het ontbreken van effect. Daarnaast zijn de effectiviteit en veiligheid van geneesmiddelen bij hen in de regel slecht onderzocht. Naast individueel maatwerk is geïntegreerde farmacotherapeutische zorg voor hen daarom bijzonder belangrijk. De multidisciplinaire richtlijn Polyfarmacie bij ouderen geeft aanbevelingen voor geneesmiddelgebruik bij ouderen met multimorbiditeit. De lijst met START- en STOPP-criteria, geclassificeerd naar fysiologisch systeem, zijn voor de huisarts een praktisch hulpmiddel bij voorschrijven aan de oudere patiënt. Om de medicatiebeoordeling goed te kunnen implementeren zou men de START- en STOPP-criteria voor ouderen in de huidige elektronische voorschrijfsystemen kunnen opnemen. Met behulp van de STRIP kan de huisarts samen met de apotheker, in overleg met de oudere, systematisch de medicatie beoordelen en de farmacotherapie optimaliseren. Om multidisciplinair werken te vergemakkelijken zou multidisciplinaire registratie van acties en afspraken uit de medicatiebeoordeling mogelijk moeten zijn in een gezamenlijk farmacotherapeutisch dossier van huisarts en apotheker. Toereikende financiering is van belang voor brede implementatie van de richtlijn. Integratie van medicatiebeoordeling in ouderenzorgmodules zou deze implementatie kunnen bevorderen. ■

LITERATUUR

1 Boorsma M, Frijters D, Knol D, Ribbe M, Nijpels G, Van Hout H. Multidisciplinair zorgmodel in verzorgingshuizen. Huisarts Wet 2012;55:160-5.
2 www.nhg.org/Richtlijnen/Multidisciplinaire richtlijnen/Polyfarmacie bij ouderen.
3 Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, Van den Bemt PM. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. Arch Intern Med 2008;168:1890-6.
4 Fialova D, Topinkova E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jonsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. JAMA 2005;293:1348-58.
5 Van Weert J, Jansen J, Van Dulmen S. In gesprek met ouderen. Huisarts Wet 2012;55:174-7.
6 Resnick B, Pacala JT. 2012 Beers criteria. J Am Geriatr Soc 2012;60:612-3.
7 Gallagher P, Ryan C, Byne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. Int J Clin Pharmacol Ther 2008;46:72-83.
8 Vermeulen Windsant-Van den Tweel AMA, Verduijn MM, Derijks HJ, Van Marum RJ. Detectie van ongeschikt medicatiegebruik. Worden de STOPP- en START-criteria de nieuwe standaard? Ned Tijdschr Geneeskd 2012;156:A5076.

NSCH08_Verduijn.indd 419 17-07-13 09:22

Interview met Marieke Perry

‘Diagnostiek van dementie hoort thuis in de eerste lijn’

Al bijna twee jaar geleden promoveerde Marieke Perry op haar proefschrift *Development and evaluation of a dementia training programme for primary care*. Nu zij hiervoor tijdens de NHG-Wetenschapsdag de Telesphoresprijs ontving (zie het verslag daarvan achter in dit nummer), werd het dus de hoogste tijd om haar eens te interviewen over haar onderzoeksresultaten en het belang daarvan voor het werk van de huisarts.

Verliefde grootouders

Gevraagd naar de aanleiding tot haar onderzoek vertelt Perry: ‘In het derde jaar van de opleiding was differentiatie een verplicht onderdeel. Ik koos voor de ouderenzorg omdat ik de combinatie van medische en psychosociale aspecten die daarbij komen kijken leuk vond. Ik deed hiervoor literatuuronderzoek en dat beviel me heel goed. Marcel Olde Rikkert wilde mijn review lezen en een paar weken later lag er een aanbod voor dit deeltijd promotieonderzoek over dementie. Ik hoefde daar niet lang over na te denken, want het viel precies op zijn plek. Mijn opa heeft de ziekte van Alzheimer gehad en ik ben destijds veel bij hem op bezoek geweest. Ik zag dus wat die aandoening met hem en mijn oma deed, ook al bleven die twee door alles heen toch altijd verliefd op elkaar. In die tijd kreeg ik feeling voor dit onderwerp.’

Training in diagnostiek

Veelvuldig eerder onderzoek toont aan dat bij minstens 50% van alle thuiswonende patiënten met dementie de diagnose niet is gesteld. Dit terwijl een vroege diagnose – en dus tijdige inzet van een adequate begeleiding – van groot belang is voor zowel patiënt als mantelzorgers. Een belangrijk onderdeel van het onderzoek van Perry betrof dan ook de ontwikkeling en evaluatie van een training voor huisartsen en praktijkondersteuners. ‘Het ging om een serie van drie workshops. In de eerste workshop werden “vaste koppels” van huisartsen en praktijkondersteuners gezamenlijk getraind in de diagnostiek, het overleg en het maken van een plan voor het beleid. In de tweede sessie werd alleen met huisartsen de diagnostiek en medicatiemogelijkheden verder uitgediept, evenals de communicatie over de diagnose. En de derde workshop, voor alleen praktijkondersteuners, ging over het in kaart brengen van geheugen, stemming en functioneren, het maken van een zorgplan en het leveren van een bijdrage aan de diagnostiek via observaties bij de patiënt thuis.’

Werken via protocol

De betrokken praktijken werkten met een protocol, gebaseerd op de NHG-Standaard, de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak en de wijkverpleegkundigenstandaard. ‘We maakten hiervan een schematische samenvatting om de aanpak zo makkelijk mogelijk te maken. In een vooronderzoek hadden huisartsen namelijk aangegeven dat ze behoefte hadden aan een duidelijk protocol.’

Hoewel dit protocol voor de huisartsenzorg geen onderdeel vormt van haar proefschrift, wil Perry graag uitleggen waaruit de aanpak bestond. ‘Meestal komt een patiënt met geheugenklachten toevallig op je pad. Soms presenteert hij zelf klachten, soms is dat de mantelzorger en soms zie je als huisarts dat het geheugen van je patiënt achteruitgaat. De eerste stap is dan de anamnese en heteroanamnese. Vervolgens doe je bloedonderzoek. Dan gaat de praktijkondersteuner bij de patiënt thuis langs en neemt een *mini mental state examination* af. De testuitslag wordt op het spreekuur besproken en dan volgt nader lichamelijk onderzoek. Meestal ben je dan al een heel eind met de informatie die je nodig hebt. Daar moet je dan wel de criteria voor dementie naast leggen om te kijken of de patiënt daaraan voldoet, want dat gebeurt veel te weinig in de praktijk. Huisartsen en praktijkondersteuners blijven vaak vasthouden aan hun intuïtie. En ook wordt soms te veel waarde gehecht aan de uitslag van de MMSE, maar een hoogopgeleid iemand kan daarop soms een prima score hebben terwijl er wel degelijk sprake is van dementie.’

Bij twijfel over de diagnose kan de huisarts zijn patiënt doorsturen naar bijvoorbeeld de geriater of neuroloog die in hun regio de geheugenpoli doet. ‘Dat geeft wat meer zelfvertrouwen, want soms weet je het allemaal nu eenmaal niet zeker en is meer onderzoek nodig om nadere informatie te krijgen.’

Interventie- versus controlegroep

In Perry’s onderzoek hadden de huisartsen uit zowel de interventiegroep als de controlegroep de beschikking over het protocol. De interventiegroep volgde de trainingen en kreeg telefonische begeleiding bij de eerste drie casussen die zij in de praktijk tegenkwamen. ‘Soms was dat moeilijk af te spreken met de huisartsen, want de tijd en behoefte was er niet altijd. Maar de praktijkondersteuners waren erg blij met die telefonische begeleiding en gaven aan dat ze niet zonder hadden gekund. Daarbij werd steeds de casus weer volgens het protocol bekeken om te zien of ze op de goede weg zaten en er geen hiaten waren.’

In de interventiegroep werd de diag-

IVW08.indd 420 17-07-13 09:23

nose dementie veel vaker gesteld dan in de controlegroep (49% versus 15%). Ook was de kwaliteit van de diagnostiek in de interventiegroep hoger: de getrainde koppels voldeden aan 74% van de diagnostische kwaliteitsindicatoren versus 42% bij de ongetrainde koppels. 'Het grote manco van het onderzoek was dat er geen geld was voor de controle van de diagnostiek in de geheugenpoli. Weliswaar werd in de interventiegroep veel vaker volgens het protocol gewerkt, dus met alle gegevens die nodig waren, maar we hebben niet kunnen controleren of de hierop gebaseerde diagnoses al dan niet juist waren.'

Geen verbetering in beleid

Opmerkelijk is dat in het onderzoek de diagnostiek wel verbeterde, maar het beleid niet. Heeft Perry hiervoor een verklaring? 'Deelnemende huisartsen zeiden dat het veel makkelijker was om het protocol voor de diagnostiek te volgen dan een individueel zorgplan te maken. Bovendien waren in die tijd allerlei organisaties actief die van alles oppakten in de zorg rond dementie; er kwam daardoor meer concurrentie dan samenwerking op gang. Wij hebben in eerste instantie vierhonderd patiënten geïncludeerd, van wie er honderdvijftig dementie hadden. Misschien was dat een te kleine groep om de effecten van behandeling en begeleiding goed te kunnen meten. En tot slot: misschien waren de effecten van de behandeling pas zichtbaar na de negen maanden waarin dit onderzoek plaatvond.'

Makkelijke en moeilijke zorg

Perry meent overigens dat de begeleiding van de patiënt niet altijd zo veel werk hoeft te zijn. 'Bij sommige patiënten is immers nog niet heel veel aan de hand. Je begint dan met het aanbrengen van structuur in de dag, eventueel met hulp van thuiszorg of de mantelzorger, die je overigens wel lotgenotencontact moet aanbieden! Ook helpt het als je een ervaren praktijkondersteuner hebt die het aanvankelijk voor je in de gaten kan houden. En later kun je een casemanager inschakelen.'

Maar wat te doen bij de groeiende groep ouderen die geen mantelzorgers hebben? 'Tja, bij eenzame dementiepatiënten is de zorg natuurlijk erg ingewikkeld. En als het ook nog zorgmijders zijn, kun je niet veel anders doen dan je voet tussen de deur zetten. Als huisarts is het soms handig om de problematiek aan te kaarten alsof het een lichamelijke klacht is waar de patiënt misschien wel vanaf kan komen. Maar ikzelf zou die heel moeilijke problematiek altijd delegeren aan een casemanager, want die is daarvoor het best toegerust.'

Slechtnieuwsgesprek

Huisartsen blijken ook nogal eens op te zien tegen het gesprek waarin de diagnose dementie aan de patiënt wordt meegedeeld. Heeft Perry ideeën hoe dit het best kan worden opgepakt? 'Het is in elk geval belangrijk om duidelijk te zeggen wat er aan de hand is. Dus niet: "U heeft geheugenproblemen", maar: "We hebben alles onderzocht en ik heb geen goed nieuws voor u", gevolgd door de mededeling van de diagnose. En dit moet niet alleen aan de mantelzorger worden verteld, maar ook rechtstreeks aan de patiënt. Dan kun je de patiënt bij het beleid betrekken en krijgt die niet het gevoel dat er van alles achter zijn rug om gebeurt. Bovendien, wij dénken altijd dat patiënten het niet willen weten, maar 70% van hen geeft aan dat ze dat wel degelijk willen. Het maakt een einde aan hun onzekerheid en geeft vaak rust: "Ik heb een hersenziekte en daar kan ik niets aan doen." In die zin maak je het mensen dus gemakkelijker. We lieten dat op video zien tijdens de training en huisartsen gaven aan dit heel leerzaam te vinden.'

Beklijvende werkwijze

Perry rondde haar onderzoek twee jaar geleden af; heeft zij zich een beeld kunnen vormen of de werkwijze beklijfde in de praktijken uit de interventiegroep? 'Dat is echt nattevingerwerk. Soms kom je mensen na een lange tijd weer tegen en die zeggen dan dat ze de instrumenten nog steeds gebruiken en daardoor een betere inschatting kunnen maken, maar we hebben dat niet gemeten. Het zal in de praktijk wel wisselen, denk ik.'

En mochten huisartsen de door Perry ontwikkelde training alsnog willen volgen, is die dan nog steeds beschikbaar? 'Ja, hoor, die kun je gewoon bestellen in Nijmegen. Als je een groepje huisartsen en praktijkondersteuners hebt, verzorgen we dat tegen betaling op locatie.'

Knuppel in het hoenderhok

De eerste stelling bij het proefschrift luidt: 'Diagnostiek naar het dementiesyndroom kan het best worden uitgevoerd in de eerste lijn.' Perry noemt dit zelf 'een knuppel in het hoenderhok'. Waarom?

'Veel huisartsen en zeker specialisten vinden dat er toch hulponderzoek nodig is en een scan moet worden gedaan. Maar dat is niet zo. Ik denk dat jij als huisarts de diagnose beter kunt stellen dan een specialist, want jij kent de patiënt en ziet de veranderingen in diens gedrag. En je hoeft de patiënt niet uit zijn vertrouwde omgeving te halen. Na de training zeiden de deelnemende huisartsen ook dat ze er nu van overtuigd waren dat dit bij uitstek in de eerste lijn thuishoort. Bovendien zagen we dat huisartsen er lol in kregen dit te doen, juist omdat ze het zo goed kunnen. Die diagnostiek moet dus echt in de eerste lijn gebeuren!'

Na de promotie

Perry praktiseert nu tweeënhalve dag per week als huisarts en is daarnaast anderhalve dag per week verbonden aan de universiteit van Nijmegen, nog steeds bij de afdeling Geriatrie. 'Ik werk mee aan het Nationaal Programma Ouderenzorg, waarin we hebben gekeken naar de identificatie van kwetsbare ouderen en hoe we hun zorg konden verbeteren met behulp van de digitale overlegtafel ZWIP (Zorg en Welzijn Info Portaal). De promovenda op dat traject gaat daarover nu publiceren. Ook voor mijzelf komt er nieuw onderzoek aan, maar dat staat nog in de kinderschoenen. In elk geval blijft het gaan over de ouderenzorg, want dat heeft nog altijd mijn voorliefde!' ■

Ans Stalenhoef

IVW08.indd 421 17-07-13 09:23

COLUMN

Uw mogelijke waarschijnlijkheidsdiagnose

Patiënt: 'Dokter, kunt u mij vertellen wat dit plekje op mijn hoofd is?'

Ik: 'Dat is waarschijnlijk een ouderdomswratje.'

Patiënt: 'Weet u dat zeker?'

Ik: 'Nee, maar het heeft er alle kenmerken van, dus de kans is groot dat het dat is.'

Patiënt: 'Maar u kunt mij dus niet garanderen dat het een onschuldige wrat is en geen huidkanker?'

Ik: 'Nee, dat kan ik helaas niet. Maar mocht het veranderen, dan kunnen we alsnog onderzoeken of het kwaadaardig is. Omdat huidkanker heel langzaam groeit, verliezen we daardoor geen kostbare tijd.'

Patiënt: 'En waarom onderzoeken we dat niet gewoon nu al?'

Ik besluit de discussie over kosteneffectieve zorg met deze nerveuze manager niet aan te gaan en verwijs hem naar de dermatoloog. Hij krijgt zijn zin en ik krijg slechte zin.

Ik vind het vervelend dat ik mijn patiënten niet altijd de zekerheid kan geven die ik zou willen. Als huisarts moet je het vaak doen met waarschijnlijkheidsdiagnosen terwijl definitieve

diagnosen in het ziekenhuis worden gesteld. Met onze beperkte middelen kunnen we niet opboksen tegen de tweedelijnsconcurrent die met scans en biopten binnen no time vertelt wat iemand mankeert. Niet gek dus dat patiënten snel vragen naar die 'ziekenhuiszekerheid.'

Bekijk dat ook eens vanuit de patient. Het moet toch vreselijk zijn vier weken te moeten afwachten om te zien of die zwelling in je hals een reactieve lymfeklier of toch een kwaadaardige tumor blijkt? Liever meteen de geruststellende diagnose van je huisarts, en indien niet mogelijk: graag een verwijzing voor een echo.

Die behoefte aan zekerheid heb ik jaren terug zelf ook eens vanuit patiëntperspectief ervaren. Ik was behoorlijk ongerust over een moedervlek op mijn been waarvan ik meende dat hij was gegroeid. Ik bezocht de huisarts in de hoop binnen tien minuten volledig gerustgesteld buiten te staan. Helaas. 'Het lijkt onschuldig, dus we controleren het over twee weken en mocht het verder veranderen, dan doen we aanvullend onderzoek.' Nu ben ik met mijn hypochondertrekken wellicht een slecht voorbeeld, maar mijn ongerustheid verdrievoudigde. Ik merkte dat ik mijn hoop op de huisarts had gevestigd en alleen hij op dat moment mijn angst zou kunnen wegnemen. Als hij dan twijfelt, doe ik dat natuurlijk ook en word ik pas echt ongerust.

Ik weet dus uit eigen ervaring dat patiënten naar hun dokter gaan om zekerheid te krijgen. Als dokter geef ik die echter zelden. Ik gebruik aan de lopende band woorden als 'misschien', 'waarschijnlijk' en 'mogelijk.' Dat is natuurlijk nodig om mezelf in te dekken, want helemaal zeker weten doen artsen het nooit. Maar in hoeverre beantwoord ik de hulpvraag van patiënten dan eigenlijk?

Natuurlijk is het onmogelijk iedere patiënt de zekerheid te geven die hij verlangt. Dat zou inhouden dat ik iedereen onmiddellijk aanvullend onderzoek moet bieden waardoor zorgkosten onbeheersbaar worden. Wel moet ik erbij stilstaan welke gevolgen mijn kosteneffciënte en juridisch verantwoorde beleid voor de huiswaarts kerende patiënt heeft. Om de hulpvraag van de patiënt zo goed mogelijk te beantwoorden, moet ik een inschatting maken van zijn ongerustheid en een hierop aangepast beleid voeren. Dat betekent dan ook dat ik die ene, zeer angstige patiënt net iets laagdrempeliger verwijs omwille van stressreductie.

Vooralsnog ga ik ervan uit dat ik door goede uitleg de meerderheid ook met een afwachtend beleid tevreden naar huis kan sturen. Dit zal steeds makkelijker gaan naarmate patiënten mij beter leren kennen en mijn medische ervaring groeit. In de loop der tijd zal ik meer zelfverzekerdheid uitstralen bij het geven van een boodschap aan een patiënt. De kunst van het geruststellen zit waarschijnlijk meer in de non-verbale communicatie waarmee je het vertrouwen van de patiënt wint dan de woorden die je als dokter kiest. In dat geval maakt mijn woordkeuze geen verschil en hoef ik me niet bezig te houden met kiezen tussen de termen 'waarschijnlijk', 'hoogstwaarschijnlijk' of de meest subtiele: 'een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid'. ■

Sophie van der Voort

Sophie van der Voort is tweedejaars aios.

COL08_vanderVoort.indd 422 17-07-13 09:24

KENNISTOETS: VRAGEN

De huisarts legt een spoedvisite af bij de heer Paters, 72 jaar. Hij heeft gebeld omdat hij ongeveer een uur draaiduizelig is geweest en dubbel zag. Bij aankomst van de huisarts zijn de klachten van de heer Paters verdwenen. Bij neurologisch onderzoek vindt de huisarts geen afwijkingen. Hij stelt dat er sprake is geweest van een TIA. Hij twijfelt tussen een TIA als gevolg van een stoornis in het stroomgebied van de arteria basilaris of van de arteria carotis interna. Voor een TIA als gevolg van een stoornis in het stroomgebied van de arteria carotis interna pleit/pleiten:

1. - de draaiduizeligheid;

2. - het dubbelzien.

De heer Oorebeek, 36 jaar, heeft sinds vier weken last van heftig hoesten met gierende hoestaanvallen. De huisarts denkt aan kinkhoest. Omdat er in het gezin vijf weken geleden een jongen is geboren, wil hij de diagnose bevestigen. Hij vraagt hiervoor serologisch onderzoek aan.

3. Om de diagnose kinkhoest te bevestigen, is serologie in dit geval het onderzoek van eerste keus.

Hij legt de heer Oorebeek uit dat hij het hele gezin preventief wil behandelen met antibiotica in verband met de jonge leeftijd van zijn zoon. Hij wil hiermee starten voordat de uitslag van het onderzoek naar kinkhoest bekend is.

4. Starten voordat de diagnose is bevestigd, is in dit geval correct.

Daarnaast adviseert hij vanwege de jonge leeftijd van zijn zoon de vaccinatie tegen kinkhoest te vervroegen.

5. Vervroegde vaccinatie is mogelijk vanaf de leeftijd van vier weken.

Mevrouw Geelen, 86 jaar, heeft sinds tien jaar diabetes mellitus type 2. De laatste drie jaar gaat haar nierfunctie gestaag achteruit. Bij de jaarcontrole was haar bloeddruk 136/78 mmHg en haar creatinine 96 µmol/l. De huisarts berekent de klaring, die is 51 ml/min. Ze legt mevrouw Geelen uit dat haar nieren niet meer optimaal werken. Mevrouw Geelen vraagt wat de betekenis hiervan is. De huisarts legt uit dat gevolgen hiervan onder andere anemie en (1) een verstoorde botstofwisseling zijn. Ook vertelt de huisarts dat de dosering van haar medicatie in de toekomst moet worden aangepast, maar dat (2) dit pas nodig is bij een klaring van minder dan 30 ml/min.

6. De bewering over de verstoorde botstofwisseling (1) is correct.

7. De bewering na (2) is correct.

Bij mevrouw Deetman, 62 jaar, heeft de huisarts onderzoek laten doen naar het functioneren van haar schildklier. Het TSH blijkt verhoogd te zijn en het vrije T4 verlaagd. De huisarts legt mevrouw Deetman uit (1) dat zij een te traag werkende schildklier heeft; (2) dat dit in meer dan 90% van de gevallen veroorzaakt wordt door de ziekte van Hashimoto (thyreoïditis) en (3) dat de ziekte van Hashimoto vanzelf weer overgaat.

8. Bewering 1 is correct.

9. Bewering 2 is correct.

10. Bewering 3 is correct.

De antwoorden staan op pagina 428.

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.

KTV08.indd 423 17-07-13 09:24

Sylvie Lo Fo Wong

IMPORT

Partnergeweld: moet ik daar iets mee?!

INLEIDING

In de Verenigde Staten heeft naar schatting 44% van de vrouwen ooit partnergeweld meegemaakt, waarbij actueel geweld voorkomt bij 6 tot 8% van de vrouwen. Door onderrapportage is dit getal aan de lage kant en vormt op 1 de 5 vrouwen een reëlere schatting. Vrouwen met geweldservaringen gaan gemiddeld twee keer zo vaak naar de huisarts als andere vrouwen.

In het hier beschreven onderzoek wilden de onderzoekers nagaan hoe vrouwen die te maken hebben met partnergeweld de hulp van de huisarts ervaren en welke lacunes er in deze zorg bestaan.[1]

ONDERZOEK

Design Een kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews, afgenomen bij patiënten in een academische huisartsenpraktijk in Hamilton, Ontario (Canada). De onderzoekers zochten in het EPD naar diagnosen: huwelijksproblemen, familieproblemen, echtscheiding, verdriet. Vrouwen die tussen januari 2005 en oktober 2009 de huisarts bezochten, konden worden geïncludeerd.

De onderzoekers includeerden 30 vrouwen met relatiestress en/of trauma. De huisartsen vonden het voor 17 van deze vrouwen niet te belastend om mee te doen. Om diverse redenen deden 7 vrouwen niet mee en werden uiteindelijk 10 vrouwen geïnterviewd. De gemiddelde leeftijd was 50 jaar (40-73 jaar) en meer dan de helft had een voorgezette opleiding. De onderzoekers werkten met een interviewgids. De interviews werden opgenomen en letterlijk uitgeschreven.

Analyse De initiële analyse vond plaats door drie onderzoekers die onafhankelijk van elkaar vijf transcripties lazen, thema's identificeerden, dit resultaat bespraken en de belangrijkste thema's codeerden. Hiermee analyseerde de primaire onderzoeker de resterende vijf interviews. Het resultaat werd met de twee andere onderzoekers besproken. Tijdens het analyseproces werden de transcripten herhaalde malen gelezen om de validiteit van de gevonden thema's te waarborgen.

Resultaten Er kwamen vijf thema's naar voren: 1) Vrouwen realiseerden zich niet dat zij in een gewelddadige relatie zaten. Dat besef kwam later pas. 2) Angst om niet geloofd of zelfs veroordeeld te worden, belemmerde hen om de situatie met de huisarts te bespreken. 3) Vrouwen zochten hulp voor medische problemen zoals slaapstoornissen, depressie, angst en pijn maar zelden voor mishandeling. Volgens de vrouwen is meer voorlichting nodig over de hulp van de huisarts, dat die er niet alleen is voor lichamelijke klachten. 4) Als respons worden luisteren, aanbieden van opvolggesprekken, bevestiging en advies zeer op prijs gesteld. Vrouwen noemden de huisartsenpraktijk een veilige plek waar ze vertrouwelijke informatie konden delen. Ze noemden de unieke kans om hun grotere kinderen te helpen. 5) Isolement was een belangrijk thema, zowel binnen de familie- en vriendenkring als in contact met de huisarts. Om zichzelf en de omgeving te beschermen, namen vrouwen afstand van iedereen, ook na het verbreken van de relatie. Zij noemden als beperkingen het maken van afspraken met de huisarts, het ontbreken van continuïteit van zorg en het niet vragen naar de reden van het problematisch alcoholgebruik bij verwijzing daarvoor.

Conclusie De auteurs concluderen dat vrouwen meer voorlichting nodig hebben over wat partnergeweld is, wat de huisarts voor hen kan doen en dat het belangrijk is dat hij vragen stelt over de huiselijke situatie en de relatie.

INTERPRETATIE

Uit dit onderzoek blijkt weer eens dat huisartsen niet terughoudend hoeven te zijn om vrouwen te vragen naar geweld in de relatie. Belangrijker is dat huisartsen weten dat angst voor veroordeling een belangrijke hindernis vormt voor onthulling en dat deze vrouwen vooral hulp zoeken met klachten zoals slaapproblemen, depressie, angst en pijn. Dit onderzoek bevestigt de resultaten van een meta-analyse van kwalitatieve onderzoeken over wat vrouwen ervaren en verwachten van de huisarts.[2] Nieuw is dat patiënten meer voorlichting nodig hebben over wat partnergeweld nu eigenlijk is, wat het met je doet en dat de huisarts er niet alleen is voor lichamelijke klachten. Het is wel nodig dat ook huisartsen zich realiseren dat het probleem veel vaker voorkomt dan zij vermoeden maar dat de lage herkenning (0 tot 3%) het zicht op een gewelddadige achtergrond belemmert. Dus ook huisartsen hebben behoefte aan educatie over dit thema om de zorg aan deze groep vrouwen en hun kinderen op een verantwoorde manier in te vullen. Leren signaleren en het bespreekbaar maken van partnergeweld is de eerste stap. ■

LITERATUUR

1 Narula A, Agarwal G, McCarthy L, Intimate partner violence: patients' experiences and perceptions in family practice. Fam Pract 2012;29:593-600.
2 Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. Arch Intern Med 2006;166:22-37.

UMC St Radboud Nijmegen, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde/sectie Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Postbus 9101/118, 6500HB Nijmegen: dr. S.H. Lo Fo Wong, huisarts en senior onderzoeker • S.Lofowong@elg.umcn.nl

IMP08_LoFoWong.indd 424 17-07-13 09:25

Victoza® 6 mg/ml, EU/1/09/529/002 (verpakking met 2 voorgevulde pennen). **Samenstelling**: liraglutide 6 mg/ml; oplossing voor injectie in een voorgevulde pen. Een voorgevulde pen bevat 18 mg liraglutide in 3 ml. **Indicaties:** Behandeling van volwassenen met type 2 diabetes mellitus om glykemische controle te bereiken in combinatie met metformine of een SU-derivaat bij patiënten bij wie onvoldoende glykemische controle werd bereikt bij maximaal verdraagbare doseringen van monotherapie met metformine of een SU-derivaat, of in combinatie met metformine en een SU-derivaat of metformine en een TZD bij patiënten bij wie onvoldoende glykemische controle werd bereikt bij een duale behandeling. **Dosering:** Ter verbetering van de gastro-intestinale verdraagbaarheid is de startdosering 0,6 mg liraglutide per dag. Na tenminste één week dient de dosering te worden verhoogd naar 1,2 mg. Enkele patiënten hebben naar verwachting baat bij een verhoging van de dosering van 1,2 mg naar 1,8 mg en op basis van klinische respons, kan de dosering na tenminste één week worden verhoogd naar 1,8 mg om de glykemische controle verder te verbeteren. Doseringen hoger dan 1,8 mg per dag worden niet aanbevolen. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. **Werking:** Liraglutide is een GLP-1-analoog met 97% sequentiehomologie met humaan GLP-1 dat zich bindt aan de GLP-1-receptor en deze activeert. De werking van liraglutide wordt mogelijk gemaakt via een specifieke interactie met GLP-1-receptoren, hetgeen leidt tot een verhoging van cyclisch adenosinemonofosfaat (cAMP). Liraglutide stimuleert de insulinesecretie op een glucoseafhankelijke manier. Tegelijkertijd verlaagt liraglutide een ongewenst hoge glucagonsecretie, eveneens op een glucoseafhankelijke manier. Bij hoge bloedglucoseconcentraties wordt zo de insulinesecretie gestimuleerd en de glucagonsecretie geremd. Omgekeerd vermindert liraglutide tijdens hypoglykemie de insulinesecretie terwijl de glucagonsecretie niet wordt belemmerd. Het mechanisme voor het verlagen van de bloedglucoseconcentratie zorgt ook voor een lichte vertraging van de maaglediging. Liraglutide vermindert het lichaamsgewicht en de lichaamsvetmassa via mechanismen die betrekking hebben op een verminderd hongergevoel en een verlaagde energie-inname. **Bijwerkingen:** De meest frequent gerapporteerde bijwerkingen tijdens klinisch onderzoek waren aandoeningen van het gastro-intestinale systeem: misselijkheid en diarree kwamen zeer vaak voor, terwijl braken, obstipatie, abdominale pijn en dyspepsie vaak voorkwamen. Bij het begin van de behandeling met Victoza® kunnen deze gastro-intestinale bijwerkingen frequenter voorkomen. Bij voortzetting van de behandeling nemen deze bijwerkingen gewoonlijk binnen enkele dagen of weken af. Hoofdpijn en rhinofaryngitis kwamen ook vaak voor. Daarnaast kwam hypoglykemie vaak voor, en zeer vaak als Victoza® wordt gebruikt in combinatie met een sulfonylureumderivaat. Ernstige hypoglykemie is voornamelijk waargenomen bij de combinatie met een sulfonylureumderivaat. Allergische reacties waaronder urticaria, rash en pruritus zijn gemeld na het in de handel brengen van Victoza®. **Belangrijkste waarschuwingen:** Victoza® mag niet worden gebruikt bij patiënten met type 1 diabetes mellitus of voor de behandeling van diabetische ketoacidose. Victoza® is geen vervanger voor insuline. De toevoeging van liraglutide bij patiënten die reeds met insuline behandeld worden, is niet geëvalueerd en wordt daarom niet aanbevolen. Er is beperkte ervaring met patiënten met congestief hartfalen NYHA-klasse I-II. Er is geen ervaring bij patiënten met congestief hartfalen NYHA-klasse III-IV. Er is beperkte ervaring bij patiënten met IBD en diabetische gastroparese en Victoza® wordt daarom niet aanbevolen voor deze patiënten. Gebruik van GLP-1-analogen werd geassocieerd met het risico op pancreatitis. Er zijn enkele gevallen van acute pancreatitis gemeld. Schildklierbijwerkingen, met inbegrip van een verhoogde calcitoninespiegel, struma en schildkliertumor werden gemeld in klinische studies, in het bijzonder bij patiënten met een voorgeschiedenis van schildklieraandoeningen. Patiënten die Victoza® krijgen in combinatie met een sulfonylureumderivaat hebben mogelijk een verhoogd risico op hypoglykemie. Klachten en verschijnselen van dehydratatie, inclusief een gewijzigde nierfunctie, werden gemeld bij patiënten die behandeld worden met Victoza®. Patiënten die behandeld worden met Victoza® dienen geïnformeerd te worden over het potentiële risico op dehydratatie met betrekking tot gastro-intestinale bijwerkingen en dienen voorzorgsmaatregelen te nemen om een vochttekort te voorkomen. **Bewaren:** Bewaren in de koelkast (2°C - 8°C). Niet in de vriezer bewaren. Niet in de buurt van het vriesvak bewaren. Na ingebruikname: 1 maand houdbaar. Bewaren beneden 30°C of bewaren in de koelkast (2°C - 8°C). Laat de pendop op de pen ter bescherming tegen licht. **Farmacotherapeutische groep:** Geneesmiddelen gebruikt bij diabetes, overige bloedglucoseverlagende geneesmiddelen, met uitzondering van insulines. ATC-code: A10BX07 **Afleverstatus:** U.R. **Datum:** maart 2013. Zie voor de volledige productinformatie www.ema.europa.eu.

Referenties:
1. IMS Nederland, december 2012
2. Farminform, november 2012
3. SmPC Victoza®, maart 2013
4. Pratley R et al, One year of liraglutide treatment offers sustained and more effective glycaemic control and weight reduction compared with sitagliptin, both in combination with metformin, in patients with type 2 diabetes: a randomised, parallel-group, open-label trial. Int J Clin Pract. 2011 Apr;65(4):397-407.

Novo Nordisk B.V.

Postbus 443
2400 AK Alphen aan den Rijn
T +31 (0)172 44 96 00
informatie@novonordisk.com

novonordisk.nl
diabetesbehandelaar.nl

Levemir® Penfill® 100 E/ml (5x3 ml), Levemir® FlexPen® 100 E/ml (5x3 ml), Levemir® InnoLet® 100 E/ml (5x3 ml) (EU/1/04/278/002, EU/1/04/278/005, EU/1/04/278/008) **Samenstelling:** insuline detemir, 100 E/ml; oplossing voor injectie. **Indicaties:** Behandeling van diabetes mellitus bij volwassenen, adolescenten en kinderen vanaf 2 jaar. **Dosering en wijze van toediening:** In combinatie met orale bloedglucoseverlagende geneesmiddelen en als toevoeging aan liraglutide wordt het aanbevolen Levemir® eenmaal daags te gebruiken, te beginnen met een dosis van 10 E of 0,1-0,2 E/kg. De dosis Levemir® dient getitreerd te worden op basis van de individuele behoeften van de patiënt. Wanneer Levemir® deel uitmaakt van een basaal-bolusinsulineregime dient Levemir® afhankelijk van de behoeften van de patiënt een- of tweemaal daags te worden toegediend. De dosis Levemir® moet individueel aangepast worden. Levemir® is uitsluitend bestemd voor subcutane toediening. Levemir® mag niet intraveneus worden toegediend, aangezien het kan leiden tot ernstige hypoglykemieën. Intramusculaire toediening dient eveneens vermeden te worden. Levemir® mag niet in insuline-infusiepompen worden gebruikt. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. **Werking:** Insuline detemir is een opgeloste, langwerkende insuline analoog met een verlengde werkingsduur die als basale insuline wordt gebruikt. Het bloedglucoseverlagende effect van insuline detemir is het gevolg van een verbeterde opname van glucose na binding van insuline op de receptoren van spier- en vetcellen en de gelijktijdige remming van de glucosevrijgave vanuit de lever. Het werkingsprofiel van insuline detemir is significant minder variabel en dus meer voorspelbaar dan dat van NPH insuline. De combinatie van protractie-mechanismen bij insuline detemir levert in vergelijking met NPH insuline reproduceerbaardere opname- en werkingsprofielen op. Studies bij patiënten met type 2 diabetes die met basale insuline in combinatie met orale bloedglucoseverlagende geneesmiddelen behandeld werden, toonden aan dat Levemir® vergelijkbare glykemische regulatie (HbA_{1c}) biedt als NPH insuline en insuline glargine en gepaard gaat met minder gewichtstoename. In studies waarbij insuline in combinatie met orale bloedglucoseverlagende geneesmiddelen wordt gebruikt, geeft de behandeling met Levemir® een 61-65% lager risico op milde nachtelijke hypoglykemieën vergeleken met NPH insuline. In een studie in patiënten met diabetes type 2 die met orale bloedglucoseverlagende middelen de streefwaarden niet bereikten, gaf Levemir® eenmaal daags toegevoegd aan metformine+liraglutide een verdere verlaging van het HbA_{1c} van 7,6% naar 7,1% na 52 weken. In langetermijn klinische studies was de nuchtere bloedglucose bij patiënten met type 1 diabetes, die Levemir® kregen in basaal-bolustherapie verbeterd in vergelijking met NPH insuline. Levemir® biedt vergelijkbare glykemische regulatie (HbA_{1c}) als NPH insuline, maar geeft een verminderd risico op nachtelijke hypoglykemieën en gaat niet gepaard met gewichtstoename. In twee klinische studies was de glykemische regulatie (HbA_{1c}) in adolescenten en kinderen vanaf 2 jaar met type 1 diabetes met Levemir® vergelijkbaar met NPH-insuline indien toegediend als basaal-bolustherapie, waarbij er minder gewichtstoename met Levemir® werd waargenomen dan bij NPH-insuline. Ontwikkeling van antilichamen werd bij het gebruik van Levemir® waargenomen. Dit had geen nadelig effect op de glykemische regulatie en de Levemir® dosis. De werking houdt, afhankelijk van de dosering, tot 24 uur aan. **Bijwerkingen:** Bijwerkingen, die waargenomen zijn bij patiënten die met Levemir® worden behandeld, zijn hoofdzakelijk het gevolg van het farmacologisch effect van insuline. De meest frequent gemelde bijwerking tijdens de behandeling is hypoglykemie. Reacties op de injectieplaats worden vaker gezien tijdens de behandeling met Levemir® dan met humane insuline. De meeste reacties op de injectieplaats zijn niet ernstig en van voorbijgaande aard. Bij het begin van de insulinebehandeling kunnen refractie-anomalieën en oedeem voorkomen; deze reacties zijn meestal van voorbijgaande aard. Andere bijwerkingen: zeer vaak (≥1/10): Hypoglykemie. Vaak (≥1/100 tot <1/10): Reacties op de injectieplaats. Soms (≥1/1.000, <1/100): Allergische reacties, potentieel allergische reacties, netelroos, huiduitslag en bultjes. Refractieaandoeningen, diabetische retinopathie. Lipodystrofie. Oedeem. Zelden (≥1/10.000, <1/1.000): Perifere neuropathie. Zeer zelden (< 1/10.000): Anafylactische reacties. **Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding:** Behandeling met Levemir® kan overwogen worden tijdens de zwangerschap, maar elk mogelijk voordeel dient afgewogen te worden tegen een mogelijk verhoogd risico op een ongunstige zwangerschapsuitkomst. In het algemeen wordt een intensievere controle van de bloedglucose, alsook een intensievere opvolging van zwangere vrouwen met diabetes aanbevolen tijdens de zwangerschap en wanneer een zwangerschap overwogen wordt. Het is niet bekend of insuline detemir in moedermelk wordt uitgescheiden. Er worden geen metabolische effecten van insuline detemir verwacht in de pasgeborene/kind die borstvoeding krijgt, daar insuline detemir, een peptide, wordt afgebroken tot aminozuren in het humane gastro-intestinale stelsel. Dieronderzoek wijst niet op schadelijke effecten op de vruchtbaarheid. **Belangrijkste waarschuwingen:** De patiënt dient een arts te raadplegen als hij van plan is te gaan reizen tussen verschillende tijdzones, aangezien dit kan betekenen dat de insuline-injectie en de maaltijden op andere tijdstippen moeten plaatsvinden. Een inadequate dosering of het onderbreken van de behandeling kan, voornamelijk bij type 1 diabetes, leiden tot hyperglykemie en diabetische ketoacidose. Het overslaan van een maaltijd of onverwachte, zware fysieke inspanning kan leiden tot hypoglykemie. Indien de insulinedosis te hoog is ten opzichte van de insulinebehoefte, kan er hypoglykemie optreden. Het overschakelen van een patiënt op een ander type of merk insuline moet geschieden onder strikt medisch toezicht. Net als bij om het even welke insulinetherapie, kunnen reacties op de injectieplaats optreden zoals pijn, roodheid, netelroos, ontsteking, blauwe plekken, zwelling en jeuk. Er is een beperkt aantal gegevens over patiënten met ernstige hypoalbuminemie. Er zijn gevallen van hartfalen gemeld wanneer pioglitazon werd gebruikt in combinatie met insuline, in het bijzonder bij patiënten met risicofactoren voor het ontwikkelen van hartfalen. **Farmacotherapeutische categorie:** Geneesmiddelen gebruikt voor diabetes. Insulines en analogen voor injectie, langwerkend. ATC-code: A10AE05. **Afleverstatus:** U.R. **Vergoedingsstatus:** Volledig vergoed. **Datum:** maart 2012. Zie voor volledige productinformatie www.ema.europa.eu

Referenties:
1. Blonde L. et al. Patient directed titration for achieving glycaemic goals using a once-daily basal insulin analogue: an assessment of two different fasting plasma glucose targets - the TITRATE™ Study. Diabetes, Obesity and Metabolism 2009;11:623-631.
2. SmPC Levemir®, maart 2012.
3. Rosenstock J. et al. A randomised, 52-week, treat-to-target trial comparing insulin detemir with insulin glargine when added to glucose-lowering drugs in insulin-naive people with type 2 diabetes. Diabetologia 2008;51:408–416.
4. Philis-Tsimikas A. et al. Comparison of once-daily insulin detemir with NPH insulin added to a regimen of oral antidiabetic drugs in poorly controlled type 2 diabetes. Clin Ther 2006;28(10):1569-1581.

Novo Nordisk B.V.

Postbus 443
2400 AK Alphen aan den Rijn
T +31 (0)172 44 96 00
informatie@novonordisk.com

novonordisk.nl
diabetesbehandelaar.nl

Referenties: **1.** Camm AJ *et al*. Eur Heart J 2012; doi:10.1093/eurheartj/ehs253. **2.** Granger CB *et al*. N Engl J Med 2011; 365: 981–992. **3.** Eliquis® (apixaban) samenvatting van de productkenmerken.

Aanmaakdatum: juni 2013
www.eliquis.nl

Verkorte productinformatie Eliquis 2,5 en 5 mg filmomhulde tabletten
Samenstelling: elke filmomhulde tablet bevat 2,5 mg of 5 mg apixaban. **Farmacotherapeutische categorie:** Direct factor Xa inhibitors ATCcode: B01AF02. **Indicaties *2,5 mg:*** Preventie van veneuze trombo-embolische voorvallen (VTE) bij volwassen patiënten die een electieve heup- of knievervangingsoperatie hebben ondergaan. **Indicaties *2,5 en 5 mg:*** Preventie van beroerte en systemische embolie bij volwassen patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren (nvAF), met een of meer risicofactoren, zoals een eerdere beroerte of transiënte ischemische aanval (TIA); leeftijd ≥ 75 jaar; hypertensie; diabetes mellitus; symptomatisch hartfalen (NYHA klasse ≥ II). **Dosering en toediening** *Preventie van VTE (VTEp): electieve heup- of knievervangingsoperatie:* De aanbevolen dosis Eliquis is tweemaal daags 2,5 mg, oraal in te nemen. De aanvangsdosis dient 12 tot 24 uur na de operatie te worden ingenomen. Artsen kunnen de mogelijke voordelen van eerdere antistolling voor VTE profylaxe en het postoperatieve bloedingsrisico in overweging nemen bij het besluit inzake toediening binnen dit tijdsinterval. De aanbevolen duur van de behandeling is 32 tot 38 dagen bij heupvervanging en 10 tot 14 dagen bij knievervanging. *Preventie van beroerte en systemische embolie bij volwassen patiënten met niet-valvulair atriumfibrilleren (nvAF):* De aanbevolen dosis van Eliquis is tweemaal daags 5 mg oraal. Bij patiënten met nvAF en minstens twee van de volgende eigenschappen: leeftijd ≥ 80 jaar, lichaamsgewicht ≤ 60 kg, of serumcreatinine ≥ 1,5 mg/dl (133 micromol/l) is de aanbevolen dosis van Eliquis tweemaal daags 2,5 mg oraal. **Contra-indicaties:** overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. Klinisch significante actieve bloedingen. Leverziekte die gepaard gaat met coagulopathie en een klinisch relevant bloedingsrisico. Laesie of aandoening met een verhoogd risico op ernstige bloedingen zoals huidige of recente gastro-intestinale ulceratie, aanwezigheid van maligne neoplasmata met een hoog risico op bloedingen, recent letsel aan hersenen of ruggenmerg, recente operatie aan hersenen, ruggenmerg of ogen, recente intracraniale bloeding, aanwezigheid van of verdenking van oesofageale varices, arterioveneuze malformaties, vasculaire aneurysma's of ernstige vasculaire afwijkingen in de hersenen of in het ruggenmerg. Gelijktijdige behandeling met andere antistollingsmiddelen (ongefractioneerde heparine, laag moleculair gewicht heparine, heparinederivaten, orale antistollingsmiddelen), behalve in het geval van overstap van / naar apixaban of indien ongefractioneerde heparine bij een centraal veneuze of arteriële katheter. Patiënten met zeldzame erfelijke problemen met galactose-intolerantie, Lapp-lactasedeficiëntie of glucose-galactosemalabsorptie dienen dit geneesmiddel niet te gebruiken. **Waarschuwingen en voorzorgsmaatregelen:** Eliquis-patiënten dienen nauwlettend te worden gecontroleerd op tekenen van bloedingen. Het wordt aangeraden het middel met voorzichtigheid te gebruiken bij aandoeningen met een verhoogd risico op bloeding. Toediening dient te worden stopgezet als ernstige bloeding optreedt. Het gelijktijdig gebruik van Eliquis met plaatjesaggregatieremmers verhoogt het risico op bloedingen. Voorzichtigheid moet worden betracht als patiënten gelijktijdig behandeld worden met NSAID's, waaronder acetylsalicylzuur. Behandeling met Eliquis dient minstens 48 uur gestaakt te worden voorafgaand aan een electieve operatie of invasieve procedures met een matig of hoog bloedingsrisico en 24 uur in het geval van een laag bloedingsrisico. Behandeling met apixaban dient zo snel mogelijk opnieuw te worden gestart na de invasieve procedure of operatieve interventie (zodra de klinische situatie dit toestaat en adequate hemostase bereikt is). Wanneer neuraxiale anesthesie of spinale/epidurale punctie wordt toegepast, lopen patiënten die ter preventie van trombo-embolische complicaties met antitrombotica worden behandeld, het risico op een epiduraal of spinaal hematoom dat kan resulteren in langdurige of permanente paralyse. Apixaban wordt niet aangeraden bij patiënten met een creatinineklaring < 15 ml/min of bij patiënten die dialyse ondergaan. Er is geen dosisaanpassing nodig bij patiënten met lichte of matige nierinsufficiëntie. Patiënten met serumcreatinine ≥ 1,5 mg/dl (133 micromol/l) in combinatie met een leeftijd ≥ 80 jaar of een lichaamsgewicht ≤ 60 kg dienen de lagere dosis apixaban 2,5 mg tweemaal daags te krijgen. Patiënten die voldoen aan de exclusiecriteria voor ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 15–29 ml/min) dienen ook de lagere dosis apixaban 2,5 mg tweemaal daags te krijgen. Apixaban, alleen of in combinatie met acetylsalicylzuur, moet met voorzichtigheid worden gebruikt bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 15-29 ml/min), wegens mogelijk hoger bloedingsrisico. Eliquis is gecontra-indiceerd bij patiënten met leverziekte die gepaard gaat met coagulopathie en een klinisch relevant bloedingsrisico. Het middel wordt niet aangeraden bij patiënten met ernstige leverinsufficiëntie. Het dient met voorzichtigheid te worden gebruikt bij patiënten met lichte of matige leverinsufficiëntie (Child Pugh A of B) en bij patiënten met verhoogde leverenzymen ALAT/ASAT >2 x ULN of totaal bilirubine ≥1,5 x ULN. Voordat de behandeling met Eliquis wordt gestart, dient een leverfunctietest te worden uitgevoerd. Het gebruik van Eliquis wordt niet aangeraden bij patiënten die gelijktijdig systemisch worden behandeld met sterke remmers van zowel CYP3A4 als P-gp (azole antimycotica en hiv-proteaseremmers). Sterke inductoren van zowel CYP3A4 als P-gp dienen met voorzichtigheid gelijktijdig met apixaban te worden toegediend. Apixaban wordt niet aangeraden tijdens zwangerschap of borstvoeding. **Bijwerkingen:** VTEp *(Eliquis 2,5 mg):* Vaak voorkomende bijwerkingen waren anemie, bloedingen, nausea en kneuzing. *Preventie van beroerte en systemische embolie bij volwassen patiënten met nvAF (Eliquis 2,5 mg en 5 mg):* Vaak voorkomende bijwerkingen waren oogbloeding, bloedingen, hematoom, epistaxis, gastro-intestinale bloeding (waaronder bloedbraken en melena), rectale bloeding, bloedend tandvlees, hematurie en kneuzing. Het gebruik van Eliquis kan gepaard gaan met een verhoogd risico op occulte of met het blote oog zichtbare bloedingen vanuit een weefsel of orgaan, wat kan resulteren in posthemorragische anemie. **Afleverstatus:** U.R. **Vergoeding en prijzen:** Volledig vergoed.
Voor volledige productinformatie, zie geregistreerde Samenvatting van de Productkenmerken (SPC) op www.b-ms.nl. Bristol-Myers Squibb B.V., Vijzelmolenlaan 9, 3447 GX Woerden, **juni 2013.**

13.ELI.21.51

Meer informatie over Vesicare / verkorte productinformatie. Samenstelling. Vesicare 5 mg en Vesicare 10 mg filmomhulde tabletten bevatten respectievelijk 5 mg en 10 mg solifenacinesuccinaat overeenkomend met 3,8 mg en 7,5 mg solifenacine. Solifenacine is een competitieve, specifieke cholinerge-receptorantagonist. **Therapeutische indicatie.** Symptomatische behandeling van urge-incontinentie en/of verhoogde mictiefrequentie en aandrang zoals kan voorkomen bij patiënten met het overactieve blaas syndroom. **Dosering en wijze van toediening.** De aanbevolen dosering voor volwassenen (inclusief ouderen) is 5 mg eenmaal daags. Indien nodig mag de dosering worden verhoogd tot 10 mg eenmaal daags. Vesicare tabletten kunnen met of zonder voedsel worden ingenomen en dienen met wat vloeistof geheel te worden doorgeslikt. Vesicare dient niet gebruikt te worden bij kinderen. **Contra-indicaties.** Overgevoeligheid voor het werkzaam bestanddeel of voor één van de hulpstoffen; urineretentie; gesloten kamerhoekglaucoom; myasthenia gravis; een ernstige gastro-intestinale aandoening (met inbegrip van toxisch megacolon) en patiënten die hemodialyse ondergaan; patiënten met ernstige leverinsufficiëntie; patiënten met ernstige nierinsufficiëntie of matige leverinsufficiëntie die worden behandeld met een sterke CYP3A4-remmer zoals ketoconazol. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik.** Andere oorzaken van frequent urineren (hartfalen of nierziekte) dienen te worden onderzocht voordat de behandeling met Vesicare wordt gestart. Indien een urineweginfectie aanwezig is, dient een passende antibacteriële therapie te worden ingezet. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met klinisch significante obstructie van de blaas met een risico op urineretentie; gastro-intestinale obstructie; risico op verminderde gastro-intestinale motiliteit; gelijktijdige behandeling met een sterke CYP3A4-remmers, zoals ketoconazol; hiatus hernia/gastro-esofageale reflux en/of gelijktijdige behandeling met geneesmiddelen die oesofagitis kunnen veroorzaken of verergeren, zoals bisfosfonaten en bij patiënten met autonome neuropathie. Voorzichtigheid is ook geboden bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring ≤ 30 ml/min) of met matige leverinsufficiëntie (Child-Pugh score van 7 tot 9). De dagelijkse dosering mag voor deze beide patiëntgroepen niet hoger zijn dan 5 mg.QT-verlenging en torsade de pointes zijn waargenomen bij patiënten met risicofactoren zoals bestaande lange-QT-syndroom en hypokaliëmie. De veiligheid en werkzaamheid zijn nog niet vastgesteld in patiënten met een neurogene oorzaak van overactiviteit van de blaas. Angio-oedeem met luchtwegobstructie is gemeld bij sommige patiënten op solifenacinesuccinaat. Indien angio-oedeem optreedt, dient solifenacinesuccinaat te worden gestaakt en zal een geschikte behandeling moeten worden ingesteld. Anafylactische reacties zijn gerapporteerd bij patiënten die werden behandeld met solifenacinesuccinaat. Bij patiënten die anafylactische reacties ontwikkelen dient het gebruik van solifenacinesuccinaat te worden gestaakt en passende behandeling en/of maatregelen te worden genomen. Omdat solifenacine, zoals andere anticholinerge stoffen, wazig zien en soms slaperigheid en vermoeidheid kan veroorzaken, kan het vermogen om voertuigen te besturen of machines te bedienen negatief worden beïnvloed. **Bijwerkingen.** Zeer vaak (≥1/10) droge mond; vaak (≥1/100, <1/10) constipatie, misselijkheid, dyspepsie, buikpijn en wazig zien; soms (≥1/1.000, <1/100) urineweginfectie, cystitis, slaperigheid, dysgeusie, droge ogen, droge neusslijmvliezen, gastro-oesofageale reflux, droge keel, droge huid, moeilijkheden met mictie, vermoeidheid, perifeer oedeem; zelden (≥1/10.000, <1/1.000) duizeligheid, hoofdpijn, colon-obstructie, fecale impactie, braken, pruritus, huiduitslag, urineretentie; zeer zelden (<1/10.000) hallucinaties, verwarde toestand, erythema multiforme, urticaria, angio-oedeem; frequentie niet bekend (post-marketing meldingen): anafylactische reactie, verminderde eetlust, hyperkaliëmie, delirium, glaucoom, torsade de pointes, elektrocardiogram QT verlengd, dysfonie, ileus, abdominale klachten, leveraandoening, abnormale resultaten leverfunctie test, exfoliatieve dermatitis, spierzwakte, nierfalen. Vesicare is uitsluitend verkrijgbaar op recept. Volledige productinformatie is op aanvraag verkrijgbaar bij: Astellas Pharma B.V. Sylviusweg 62 2333 BE Leiden Tel.: 071-5455854 Fax: 071-5455850. Laatste wijziging SmPC januari 2013

Astellas Pharma B.V., Postbus 344, 2300 AH Leiden.
Tel: 071 - 5455854, Fax: 071 - 5455850.

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE PRADAXA® **Samenstelling:** 75 mg, 110 mg of 150 mg dabigatran etexilaat (als mesilaat) per capsule. Farmacotherapeutische categorie: directe trombineremmers. **Farmaceutische vorm:** harde capsules. **Therapeutische indicaties: 1.** Preventie van cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij volwassen patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren met: CVA, TIA of systemische embolie in de anamnese, en/of LVEF < 40%, en/of symptomatische hartfalen (≥ NYHA 2), en/of ≥ 75 jaar en/of ≥ 65 jaar in combinatie met diabetes mellitus, coronair vaatlijden of hypertensie **2.** Primaire preventie van veneuze trombo-embolische (VTE) aandoeningen bij volwassen patiënten die electief een totale heupvervangende operatie (THO) of een totale knievervangende operatie (TKO) hebben ondergaan. **Dosering en wijze van toediening:** Capsules niet openen. Preventie van CVA of systemische embolie: 300 mg per dag, ingenomen als één capsule van 150 mg tweemaal daags. Patiënten van 80 jaar en ouder: 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal daags. Preventie VTE na electieve TKO: éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. Behandeling binnen 1-4 uur na de operatie starten, daarna 10 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags. Preventie VTE na electieve THO: éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. Behandeling binnen 1-4 uur na de operatie starten met 1 capsule, daarna 28-35 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags. Na TKO of THO is bij patiënten met een matig verminderde nierfunctie (creatinineklaring 30-50 ml/min) en ouderen (> 75 jaar) de aanbevolen dosis 150 mg per dag, ingenomen als 2 capsules van 75 mg. Zolang geen hemostase is vastgesteld moet het begin van de behandeling bij TKO en THO worden uitgesteld. Begint de behandeling niet op de dag van de operatie, dan moet worden gestart met éénmaal daags 2 capsules. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen, ernstig verminderde nierfunctie (creatinineklaring < 30 ml/min), actieve, klinisch significante bloedingen, laesie of aandoening met significant risico op majeure bloedingen, gelijktijdige behandeling met andere anticoagulantia, verminderde werking van de lever of leveraandoeningen die naar verwachting invloed hebben op de overleving, gelijktijdige behandeling met systemische ketoconazol, ciclosporine, itraconazol, tacrolimus en dronedarone, kunsthartklep waarvoor antistollingsbehandeling vereist is. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen voor gebruik:** Voor de start van de behandeling met dabigatran dient de nierfunctie bepaald te worden door berekening van de creatinineklaring (m.b.v. de Cockgroft-Gaultmethode). Tijdens de behandeling dient de nierfunctie bepaald te worden in klinische situaties waarbij verwacht wordt dat de nierfunctie zal afnemen of verslechteren en tenminste eens per jaar bij patiënten ≥ 75 jaar of met nierinsufficiëntie. Bij patiënten met een verhoogde kans op bloedingen dient een dosis van 220 mg dabigatran, ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag, overwogen te worden voor de preventie van CVA of systemische embolie. Een stollingstest (dTT, ECT of aPTT) kan worden gebruikt om patiënten met verhoogde dabigatran concentraties te identificeren. Een INR-test is onbetrouwbaar bij patiënten die Pradaxa gebruiken. Patiënten die dabigatran etexilaat gebruiken, hebben, wanneer zij een operatie of invasieve procedure ondergaan, een verhoogd risico op bloedingen. Bij patiënten met verhoogde levercnzymen > 2 maal ULN, wordt dabigatran niet aanbevolen. Er is geen ervaring bij kinderen en adolescenten. Anesthesie via een postoperatieve inwendige epidurale katheter wordt niet aanbevolen. Na het verwijderen van de katheter moet ten minste twee uur gewacht worden met de eerste toediening van dabigatran. Niet gebruiken tijdens zwangerschap of borstvoeding. **Interacties met andere geneesmiddelen:** Er is geen of weinig ervaring met de volgende behandelingen die de kans op bloedingen, in combinatie met het gebruik van Pradaxa, kunnen verhogen: anticoagulantia zoals UFH, LMWH en heparinederivaten, trombolytische middelen, vitamine K-antagonisten, rivaroxaban of andere orale anticoagulantia en plaatjesaggregratieremmers zoals GPIIb/IIIa-receptorantagonisten, ticlopidine, prasugrel, ticagrelor, dextran en sulfinpyrazon. Zowel het gebruik van acetylsalicylzuur, clopidogrel, SSRI's, SNRI's, als chronisch gebruik van NSAID's verhoogden in de RE-LY-studie het risico op bloedingen bij zowel dabigatran als warfarine. Dabigatran wordt niet gemetaboliseerd door het cytochroom-P450-systeem en heeft geen effect *in vitro* op menselijke cytochroom-P450-enzymen. Dabigatran etexilaat is een substraat voor de effluxtransporter Pglycoproteïne. Proteaseremmers beïnvloeden Pglycoproteïne en gelijktijdige behandeling met dabigatran en deze middelen wordt daarom niet aanbevolen. Gelijktijdige toediening van P-glycoproteïne-inductoren (zoals rifampicine, sint-janskruid (Hypericum Perforatum), carbamazepine of fenytoïne) dient vermeden te worden. Preventie van CVA en systemische embolie: Nauwgezet medisch toezicht (met aandacht voor verschijnselen van bloeding of anemie) is vereist wanneer dabigatran gelijktijdig wordt toegediend met sterke Pglycoproteïneremmers (zoals amiodaron, verapamil, kinidine, ketoconazol en claritromycine), in het bijzonder bij patiënten met een licht tot matig verminderde nierfunctie. Bij patiënten die tegelijk dabigatran etexilaat en verapamil krijgen, dient de dosis dabigatran te worden verlaagd naar 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag. Gelijktijdige behandeling met protonpompremmers (PPI) leek de werkzaamheid van dabigatran niet te verminderen. De toediening van ranitidine samen met dabigatran had geen klinisch relevant effect op de mate waarin dabigatran werd geabsorbeerd. Preventie van VTE: Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en amiodaron, kinidine of verapamil gebruiken dient de dosering verlaagd te worden tot 150 mg dabigatran eenmaal daags. Bij patiënten met matige nierinsufficiëntie die gelijktijdig dabigatran en verapamil gebruiken dient een dosis van 75 mg dabigatran overwogen te worden. Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en claritromycine gebruiken dient nauwgezet klinisch toezicht te worden gehouden, in het bijzonder wat betreft het optreden van bloedingen, speciaal bij patiënten met milde tot matige nierinsufficiëntie. **Bijwerkingen:** De meest gemelde bijwerkingen zijn bloedingen. Ernstige bloedingen kunnen, ongeacht waar ze in het lichaam optreden, leiden tot invaliditeit, levensbedreigend zijn of zelfs een dodelijke afloop tot gevolg hebben. Indien ernstige bloedingen optreden moet de behandeling worden gestopt en de bron van de bloeding worden onderzocht. Er is geen antidotum voor dabigatran. Andere vaak voorkomende klachten zijn buikpijn, diarree, dyspepsie, misselijkheid en abnormale leverfunctie/leverfunctietest (minder dan 10%). Preventie van CVA en systemische embolie: Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 16,5% van de patiënten voor; ernstige bloedingen werden zelden gerapporteerd in het klinisch onderzoek (minder dan 3,5%). Dabigatran werd in de RELY studie gerelateerd aan een hogere incidentie van majeure gastro-intestinale bloedingen. De toediening van een protonpompremmer kan overwogen worden om een gastro-intestinale bloeding te voorkomen. Preventie van VTE: Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 14% van de patiënten voor; ernstige bloedingen (inclusief wondbloedingen) werden zelden gerapporteerd (minder dan 2%). **Verpakking:** Pradaxa 75 mg, 110 en 150 mg worden geleverd in aluminium blisterverpakkingen van 60 stuks. **Afleverstatus:** U.R. **Registratie:** EU/1/08/442/003, EU/1/08/442/007, EU/1/08/442/011. Registratiedatum 18 maart 2008 (VTE) en 4 augustus 2011 (CVA). **Vergoeding en prijzen:** Pradaxa wordt volledig vergoed binnen het GVS, mits voorgeschreven door een specialist. Voor prijzen, zie KNMP taxe. Voor volledige productinformatie is de 1B tekst op aanvraag beschikbaar. Boehringer Ingelheim bv., Comeniusstraat 6, 1817 MS Alkmaar. Tel. 0800-2255889. **Datum herziening van de tekst:** 24 januari 2013. **Referentie: 1.** Boehringer Ingelheim data on file.

MEDNET CONGRES 2013
DE DIGITALE DOKTER

Donderdag 10 oktober 2013 | Spant! Bussum

- Programma samengesteld door de redactie van Mednet
- Zowel plenaire voordrachten als verdiepende parallelsessies
- Praktisch en inspirerend, direct aan de slag!

Bestemd voor: huisartsen en andere medisch specialisten.

Bohn Stafleu van Loghum
Springer Media
BAANBREKEND. BETROUWBAAR.

Ga voor programma en inschrijven naar www.mednet.nl/congres

EEN PROFESSIONELE
WEBSITE VOOR UW PRAKTIJK
MET BSL PRAKTIJKINFO

- Eenvoudig en snel uw eigen website
- Met handige functionaliteiten die u ondersteunen bij de dagelijkse praktijkvoering
- Probeer een maand gratis alle mogelijkheden

Bohn Stafleu van Loghum
Springer Media
BAANBREKEND. BETROUWBAAR.

Meer informatie of een proefaccount? Ga naar www.bsl.nl/praktijkinfo

Ymte Groeneveld

IMPORT

Screenen op diabetes is niet zinvol

INLEIDING

Regelmatig klinkt de roep te screenen op diabetes. Dat is begrijpelijk. Diabetes bestaat meestal al een aantal jaren als de ziekte wordt ontdekt en sommige mensen hebben dan al diabetesgerelateerde afwijkingen. Onbehandelde diabetes gaat gepaard met ernstige complicaties op lange termijn. Vroeg ingezette glucoseverlagende behandeling vertraagt of voorkomt deze complicaties deels. Er zijn dus goede redenen om een gerandomiseerde trial uit te voeren om te zien wat een bevolkingsonderzoek op diabetes oplevert.[1]

ONDERZOEK

Design In de omgeving van Cambridge (Verenigd Koninkrijk) nodigden 27 huisartsenpraktijken alle mensen tussen de 40 en 69 jaar met een verhoogd risico op type 2 diabetes uit voor een stapsgewijze screening. Het verhoogde risico werd in het HIS via een gevalideerde scoringslijst vastgesteld aan de hand van leeftijd, geslacht, BMI, gebruik van antihypertensieve medicatie of corticosteroïden. In 5 controlepraktijken selecteerden de onderzoekers deze risicogroep ook in het HIS, maar deze patiënten en hun behandelaars werden niet geïnformeerd dat bij hen een verhoogd risico op diabetes was vastgesteld.

De risicogroep uit de 27 interventiepraktijken werd uitgenodigd en gescreend op diabetes. Indien diabetes werd vastgesteld, hing de behandeling af van de huisartsenpraktijk waarvan de patiënt deel uitmaakte. In 14 praktijken kregen deze nieuwe diabetespatiënten intensieve multifactoriële diabeteszorg (Intensive Treatment, IT). De nieuwe patiënten uit de andere 13 screeningspraktijken kregen alleen de binnen de National Health Service gebruikelijke diabeteszorg (Routine Care, RC). In een derde groep met 5 controlepraktijken gebeurde niets behalve de gebruikelijke zorg. De onderzoekers verzamelden de sterftecijfers van alle patiënten tussen de 40 en 69 jaar uit de IT-, de RC- en de controlepraktijken.

De primaire uitkomstmaat werd 'sterfte'. Verschil in sterfte is de ultieme resultante van alle voor- en nadelen van zo'n screeningsprogramma.

Uitkomst Na een mediane duur van 9,6 jaar maakten de onderzoekers de balans op. Aan de eerste screeningsfase deden 11.737 (73%) van de 16.047 uitgenodigde mensen met een hoog risico uit de 27 screeningspraktijken mee. In de 5 controlepraktijken werden 4137 mensen geselecteerd. Eén procent van alle deelnemers werd uit het oog verloren, gelijk verdeeld over alle groepen. Aangenomen werd dat zij allemaal in leven waren aan het eind van het onderzoek.

De eenmalige screening in de 27 screeningspraktijken leverde 466 nieuwe gevallen van diabetes op, 3% van de mensen met een verhoogd risico op diabetes.

De resultaten werden geanalyseerd op basis van 'intention to screen'. De mensen met een hoog risico die door hun huisarts als ongeschikt voor screening werden aangemerkt plus de weigeraars werden dus als gescreend beschouwd.

In de 27 screeningspraktijken overleden 1532 mensen en in de 5 controlepraktijken 377. De sterfte was in de screeningspraktijken 10,50 (95%-BI 9,99-11,04) per 1000 persoonsjaren, in de 5 controlepraktijken was de sterfte 9,89 (95%-BI 8,94-10,94) per 1000 persoonsjaren. Het relatieve risico was 1,06 (95%-BI 0,90-1,25). De doodsoorzaken werden gerapporteerd als 'all cause', onderverdeeld in cardiovasculair, kanker en overige. De verdeling van de sterfte over de verschillende doodsoorzaken was vrijwel gelijk in de interventiepraktijken en de controlepraktijken. Sterfte aan kanker kwam het meest voor.

Om voldoende deelnemers voor de behandeltrial (IT versus RC) te verkrijgen werd in een tweede ronde in nóg 27 praktijken gescreend en daarna gerandomiseerd naar RC of IT. Dit vergrootte de power van het hele screeningsonderzoek. De resultaten van deze tweede ronde waren niet significant anders dan de hierboven beschreven uitkomsten.

Samengevat: in dit grote Engelse bevolkingsonderzoek is in de loop van 9,6 jaar geen vermindering van sterfte in de bevolking opgetreden na een eenmalige screening op diabetes bij mensen met een verhoogd diabetesrisico.

INTERPRETATIE

In Engeland wordt huisartsgeneeskundige alertheid op het opsporen van chronische ziekten aangewakkerd door financiële prikkels in het Quality and Outcome Framework (QOF). Mogelijk was de sterfte in de controlepraktijken lager dan verwacht door de vroegtijdige opsporing en behandeling van risicofactoren, waaronder diabetes.

Ook in Nederland zijn er veel momenten waar de diagnose diabetes kan worden gesteld. Steeds meer mensen ondergaan een jaarcontrole volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement, de apotheek biedt periodiek glucosemeting aan en de Nederlandse Diabetes Federatie timmert aan de weg met 'Kijk op Diabetes'. Al met al begint dat steeds meer op screening te lijken. En als de huisarts bij de mensen met een verhoogd risico af en toe een bloedglucose laat prikken - zoals bij mensen met overgewicht, Hindoestanen, status na zwangerschapsdiabetes en anderen zoals de standaard adviseert - hebben we geen screeningsprogramma meer nodig. Het zou de sterfte niet verminderen. ■

LITERATUUR

1 Simmons RK, Echouffo-Tcheugui JB, Sharp SJ, Sargeant LA, Williams KM, Prevost AT, et al. Screening for type 2 diabetes and population mortality over 10 years (ADDITION-Cambridge): a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2012;380:1741-8.

Dr. Y. Groeneveld, huisarts in Eefde • Correspondentie: ymtegroeneveld@kpnmail.nl

IMP08_Groeneveld.indd 425 17-07-13 09:26

Selma Jonkers, Arie Knuistingh Neven

CATS

Behandeling van vaginale atrofie

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 Vrouwen in de menopauze zijn nogal eens seksueel minder actief. Postmenopauzale vrouwen hebben vaak last van seksuele klachten die van invloed zijn op hun kwaliteit van leven. De menopauze zorgt voor nogal wat veranderingen op sociaal, psychologisch en lichamelijk gebied. De prevalentie van seksuele klachten neemt toe met de leeftijd. Driekwart van de vrouwen boven de 60 jaar geeft aan dat ze niet meer seksueel actief zijn en moeite hebben met gemeenschap of dyspareunia hebben als gevolg van vulvovaginale atrofie. Deze aandoening ontstaat door daling van oestrogenen met meer dan 90%. Klinisch is er een mogelijkheid om (vaginale) oestrogeenpreparaten voor te schrijven. In een lage dosis zijn oestrogenen effectief bij dyspareunieklachten. Er zijn echter ook niet-hormonale behandelingen mogelijk, zoals glijmiddelen (onder andere KY-Jelly®) die alleen bij gemeenschap gebruikt worden en vaginale bevochtigingsmiddelen (onder andere Replens®) die gedurende langere tijd gebruikt moeten worden.[1] De vraag is of deze middelen ook effectief zijn om de seksuele klachten te verminderen die zijn ontstaan door vaginale atrofie. En in hoeverre is de effectiviteit vergelijkbaar is met lokale oestrogenen?

Zoekstructuur In PubMed en de Cochrane Library zochten we met de termen 'lubricants', 'estrogens', 'dyspareunie', 'postmenopause', 'atrophy' en 'moisturizers'. Om onze vraag te beantwoorden gebruiken we een recente systematische review over de effectiviteit van niet-hormonale lokale behandeling.[2]

Resultaten Sinha et al. verrichtten een systematische review met de zoektermen 'vaginal moisturizers' en 'vaginal lubricants'. Zij vonden tien artikelen waarin het gebruik van vaginale bevochtigers werd beoordeeld bij klachten ontstaan door vaginale atrofie (zoals dyspareunie). In vier artikelen werden bevochtigers vergeleken met lokale oestrogenen. Hieruit bleek dat zowel bevochtigers als oestrogenen significant effectiever zijn om de seksuele klachten ontstaan door vaginale atrofie te verminderen. Oestrogenen scoorden echter significant beter in drie onderzoeken. Gepoolde resultaten konden niet gepresenteerd worden. Van de tien artikelen gingen er zeven over glijmiddelen. Alle middelen, gebruikt tijdens seksuele gemeenschap, verminderden tijdelijk klachten als vaginale droogheid en dyspareunie. De onderzoekers vonden geen gecontroleerd onderzoek over dit onderwerp.

In deze review benadrukken de auteurs overigens dat regelmatige seksuele activiteit ook belangrijk is voor het behouden van een goede vaginale gezondheid.

Conclusie Vaginale bevochtigers zijn effectief om klachten ontstaan door vaginale atrofie te verminderen, zoals vaginale droogheid en dyspareunie. Lokale oestrogenen zijn echter effectiever. Glijmiddelen hebben slechts een tijdelijke effect op de klachten.

Betekenis Dyspareunie en vaginale droogheid door vaginale atrofie kunnen effectief behandeld worden met vaginale bevochtigingsmiddelen. De middelen moeten twee tot drie keer per week aangebracht worden, gedurende twaalf weken. Bij vrouwen die geen hormonen willen of mogen gebruiken (bijvoorbeeld na mammacarcinoom) zijn vaginale bevochtigingsmiddelen zeker eerste keus. De keuze van de middelen is beperkt. Replens® wordt het meest gebruikt en is verkrijgbaar in Nederland. ■

LITERATUUR

1 Tan O, Bradshaw K, Carr BR. Management of vulvovaginal atrophy-related sexual dysfunction in postmenopausal women: an up-to-date review. Menopause 2012;19:109-17.
2 Sinha A, Ewies AAA. Non-hormonal topical treatment of vulvovaginal atrophy: an up-to-date overview. Climacteric 2013;16:305-12.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: S. Jonkers, huisarts, kaderhuisarts ouderengeneeskunde; dr. A. Knuistingh Neven, huisarts-epidemioloog • Correspondentie: s.jonkers@casema.nl

CATS08.indd 426 17-07-13 09:26

Maayke Hiddema-Schilstra

PEARLS

Combinatiepil helpt bij acne

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coordinatie 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 pathofysiologie van acne vulgaris is nog niet volledig duidelijk, maar er zijn bewijzen dat een toegenomen talgproductie een rol speelt bij het ontstaan van acnelaesies. De talgproductie wordt sterk beïnvloed door androgene geslachtshormonen. Door onderdrukking van het luteïniserend hormoon heeft de combinatiepil een anti-androgene werking. Daarom wordt deze vaak voorgeschreven ter behandeling van acne bij vrouwen.

Klinische vraag Wat is de effectiviteit van de verschillende soorten combinatiepil voor de behandeling van acne bij vrouwen?

Conclusie auteurs De review omvat 31 onderzoeken met in totaal 12.579 deelnemers.[1] Alle onderzochte soorten combinatiepil zijn effectief in het verminderen van acnelaesies in het gezicht. Zo was het effect van levonorgestrel op de totale hoeveelheid acnelaesies vergeleken met placebo 10% minder laesies (95%-BI 3,5-16,5). Er is geen overtuigend bewijs dat de ene combinatiepil beter is dan een andere. Voor cyproteron vond men weliswaar twee oudere onderzoeken (1977 en 1986) die in vergelijking met levonorgestrel een gunstiger effect lieten zien, maar in vergelijking met desogestrel waren er weer tegenstrijdige resultaten. Al met al oordeelde men dat deze uitkomsten niet overtuigend genoeg zijn om een voorkeur voor cyproteron te rechtvaardigen.

Beperkingen De randomisatieprocedure is slechts bij elf onderzoeken beschreven. Om de ernst van acne te beoordelen, hebben de onderzoekers gebruikgemaakt van verschillende beoordelingsmethoden in plaats van een gestandaardiseerde methode. In de meeste onderzoeken zijn vrouwen gedurende zes behandelcycli gevolgd. Dit is voor een chronische aandoening als acne mogelijk te kort om een optimaal effect waar te nemen. Door de grote verschillen in typen progesteron, beoordelingsmethoden en uitkomstmaten kunnen slechts enkele onderzoeken worden gebruikt voor meta-analyses. De uitkomsten hiervan zijn daardoor gebaseerd op één of twee onderzoeken.

COMMENTAAR

Deze methodologisch correcte review kon putten uit een groot reservoir aan onderzoeken. Echter, door de grote verschillen in interventies (typen progesteron, oestrogeendosering, aantal behandelcycli) en verschillende uitkomstmaten voor het beoordelen van de mate van acne, konden slechts enkele onderzoeken worden gecombineerd in meta-analyses. Er zijn ook geen conclusies te trekken over het verschil in effectiviteit en bijwerkingen tussen de combinatiepil en andere acnebehandelingen.

In 18 van de 31 onderzoeken wordt een wash-outperiode (variërend van 2 weken tot 6 maanden) beschreven, waarin alle andere acnebehandelingen worden gestaakt alvorens te starten met een combinatiepil. In de praktijk zal een combinatiepil echter vaak als adjuvans worden voorgeschreven. De review vermeldt hierover niets, waardoor de conclusies de klinisch gangbare praktijk mogelijk niet reflecteren.

De conclusies dat orale anticonceptiva werkzaam zijn en dat cyproteron geen meerwaarde heeft, zijn in overeenstemming met de NHG-Standaard Acne uit 2007. Dit in tegenstelling tot de Richtlijn acneïforme dermatosen uit 2010 van de Nederlandse Vereniging van Dermatologie en Venereologie (NVDV). Deze richtlijn stelt dat orale anticonceptiva met cyproteron of chlormadinon de symptomen van acne meer lijken te verbeteren dan preparaten met levonorgestrel. Ethinylestradiol 0,035 milligram/cyproteron 2 milligram (Diane-35) wordt als eerste keuze aangegeven gezien de ruime ervaring met dit preparaat.

Dat de aanbevelingen van deze richtlijnen lijnrecht tegenover elkaar staan is opmerkelijk omdat de aanbevelingen zijn gebaseerd op dezelfde Cochrane-review. De richtlijnen delen overigens wel de algemene conclusie dat de combinatiepil kan worden ingezet als behandeling van acne bij vrouwen die tevens een anticonceptiewens hebben.

Maar misschien lost de actualiteit dit probleem al op. Het risico op veneuze trombose bij 'de dianepil' (cyproteron) is tweetot viermaal groter dan bij een combinatiepil van de tweede generatie. Recent is het voorschrijven van cyproteron terecht ter discussie gesteld. De Franse regering heeft onlangs de combinatiepil met cyproteronacetaat verboden. In Nederland heeft het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) samen met het Europees agentschap voor beoordeling geneesmiddelen (EMEA) een onderzoek ingesteld naar deze pil. Al met al is er dus geen plaats meer voor cyproteron bij de behandeling van acne.

Samenvattend komen de conclusies van de review overeen met de huidige NHG-Standaard. Voor de huisarts blijft de combinatiepil een goede keuze voor een effectieve behandeling van acne bij vrouwen die tevens een anticonceptiewens hebben. In de review komen geen duidelijke verschillen in effectiviteit van de diverse combinatiepillen naar voren. Welke combinatiepil wordt voorgeschreven, blijft een persoonlijke keuze van de arts, die moet letten op een zo gunstig mogelijk bijwerkingenprofiel. Een tweedegeneratiepil heeft dan ook sterk de voorkeur. ■

LITERATUUR

1 Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. Cochrane Database Syst Rev 2012, Issue 7. Art. No.: CD004425.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam: M. Hiddema-Schilsta, huisarts-in-opleiding • Correspondentie: m.schilstra@vumc.nl

PRLS08.indd 427 17-07-13 09:26

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Onjuist / 2. Onjuist

Een TIA (transient ischaemic attack) bestaat uit klachten van neurologische uitval die plotseling zijn ontstaan, maar die op het moment van presentatie aan de huisarts – telefonisch of op het spreekuur –alweer zijn verdwenen. Bevindt de verstoring van de bloedvoorziening zich in het stroomgebied van de arteria carotis interna, dan beschrijft de patiënt klachten als hemiparese, eenzijdige sensibiliteitsstoornis, afasie of amaurosis fugax. Bij een verstoring van de bloedvoorziening in het stroomgebied van de arteria basilaris komen klachten voor van parese die zich niet per se beperken tot een lichaamshelft, sensibiliteitsstoornis in linker of rechter lichaamshelft of beiderzijds, en een combinatie van vertigo, dysartrie, diplopie, dysfagie en ataxie. Op een solitair voorkomende hemianopsie of dysartrie kan geen onderscheid worden gemaakt tussen een stoornis in de cerebrale bloedvoorziening van de arteria basilaris of een van de carotiden.

Van Binsbergen JJ, Verhoeven S, Van Bentum STB, Schuling J, Beusmans GHMI, Pleumeekers HJCM, et al. NHG-Standaard TIA (eerste herziening). www.nhg.org.

3. Juist / 4. Juist / 5. juist

Aanvullend onderzoek naar kinkhoest wordt aanbevolen bij vermoeden van kinkhoest bij een patiënt in een gezin met niet-gevaccineerde of onvolledig gevaccineerde kinderen jonger dan 1 jaar en bij een gezin met een vrouw die > 34 weken zwanger is. De vorm van diagnostiek is bij volwassenen of kinderen ouder dan één jaar afhankelijk van de ziekteduur: bij hoesten korter dan drie weken is B. pertussis vaak nog aanwezig in de nasofarynx en heeft PCR de voorkeur; indien de PCR negatief is, wordt alsnog serologie ingezet. Bij hoesten langer dan drie weken heeft serologie de voorkeur. Als de van kinkhoest verdachte patiënt deel uitmaakt van een gezin met niet-gevaccineerde of onvolledig gevaccineerde kinderen of kinderen die op het punt staan geboren te worden, wordt in afwachting van de laboratoriumdiagnostiek alvast met behandeling en profylaxe gestart. Het hele gezin wordt behandeld met azitromycine gedurende drie dagen. Bij zuigelingen tot acht weken kan de eerste vaccinatie (die normaliter wordt gegeven als het kind twee maanden oud is) worden vervroegd; de eerste vaccinatie kan vanaf de leeftijd van vier weken worden gegeven.

Verheij ThJM, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP†, et al. NHG-Standaard Acuut hoesten (eerste herziening). www.nhg.org.

6. Juist / 7. Onjuist

Overweeg bij een diabeet met een klaring < 60 ml/min consultatie van een internist met nefrologische belangstelling of nefroloog, met het oog op eventuele aanvullende behandelingsmogelijkheden gericht op vermindering van anemie, mogelijke problemen in de bothuishouding, stringentere behandeling van de bloeddruk (streefwaarde < 130/80 mmHg) om verder nierfunctieverlies te voorkómen, en eventuele aanpassing van de medicatie. Vanwege de ongunstige prognose is het belang hiervan nog groter indien tevens macroalbuminurie bestaat. De noodzaak tot aanpassing van de dosering van medicatie bij verminderde nierfunctie verschilt van medicijn tot medicijn, maar kan al bij een eGFR < 50 noodzakelijk zijn.

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). www.nhg.org.

De Grauw WJC, Kaasjager HAH, Bilo HJG, Faber EF, Flikweert S†, Gaillard CAJM,et al. Landelijke Transmurale Afspraak Chronische nierschade. www.nhg.org.

8. Juist / 9. Juist / 10. Onjuist

Een verhoogd TSH met een verlaagd vrij T4 in het laboratoriumonderzoek wijst op hypothyreoïdie. In ruim 90% van de gevallen is de oorzaak van hypothyreoïdie een thyreoïditis van Hashimoto, waarbij levenslange substitutietherapie nodig is.

Thyreoïditis van Hashimoto is een chronische autoimmuunziekte van de schildklier waarbij autoantistoffen kunnen worden aangetoond (anti-TPO) die tegen thyroïdperoxidase zijn gericht. De huisarts bereidt de patiënt erop voor dat hij of zij waarschijnlijk levenslang substitutietherapie nodig heeft en besteedt de nodige aandacht aan het motiveren tot therapietrouw.

Wessels P, Van Rijswijk E, Boer AM, Van Lieshout J. NHG-Standaard Schildklieraandoeningen (eerste herziening). www.nhg.org.

H&W

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, Marjolein 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, Marijenkampen/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

mvw media voor vak & wetenschap
HOI 2013 KEURMERK

KTA08.indd 428 17-07-13 09:27

NHG

Groen

Is het een doel op zich om de patiënt toegang te geven tot het huisartsendossier? In diverse presentaties tijdens het WONCA-congres in Praag kwam aan de orde in hoeverre dit succesvol was gebleken. Een deel van de patiënten stelden het op prijs; huisartsen waren terughoudender. Maar in hoeverre het echt voldoet aan de vraag van de patiënt werd niet echt duidelijk. De legitimering kwam er vooral op neer dat inzage in het dossier een wettelijk recht is.

VAN DE VOORZITTER

Wij huisartsen houden al decennialang de gegevens over onze patiënten bij. Vroeger gebruikten we de groene kaart die – mits je een leesbaar handschrift had – in elk geval overzichtelijk was. Die kaart is niet voor niets vervangen door het elektronisch medisch dossier, dat veel meer mogelijkheden biedt. De NPCF berichtte onlangs over het persoonlijk gezondheidsdossier, waarmee de patiënt toegang zou krijgen tot alle medische dossiers die betrekking op hem hebben, met de mogelijkheid om zelf aantekeningen te maken en de gegevens van de zorgverlener aan te vullen. Genoemd argument is dat de gegevens immers van de patiënt zijn.

Het initiatief van de NPCF is op zich prima, maar ik denk dat je er met het simpelweg inpluggen in een medisch dossier niet bent. Problemen en behandelingen, lab- en meetgegevens moeten dan direct worden gekoppeld aan adequaat voorlichtingsmateriaal, zodat de patiënt het begrijpt en er iets mee kan.

Misschien is het goed om eens samen met de patiënt op papier te zetten wat die nodig heeft. Wie weet kan dit dan worden omgezet in een zinvolle *app*.

Rob Dijkstra

Gratis voor leden: instructiefilmpjes verrichtingen

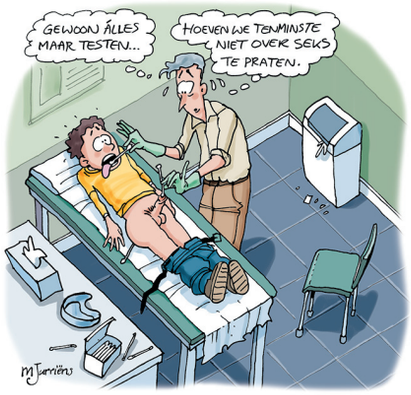
Op de NHG-website zijn vijftien instructiefilmpjes te zien over verrichtingen die de huisarts vaak verricht. Het gaat om:

- Excisie van een naevus
- Verwijderen van een atheroomcyste
- Verwijderen van een lipoom
- Verwijderen van een chalazion
- Verwijderen van een cervixpoliep
- Meten van de enkel-armindex
- Voetonderzoek bij diabetes mellitus
- Hand- en polsklachten
- Injectie bij carpaletunnelsyndroom
- Injectie bij De Quervain
- Injectie bij trigger finger
- Injectie in het kniegewricht
- Injectie schouder intra-articulair
- Injectie schouder subacromiaal
- Inbrengen van een hormoonspiraaltje

U vindt de filmpjes op www.nhg.org onder 'mijn e-producten' en naast de betreffende standaarden. U kunt ze uiteraard ook toevoegen op HAweb.nl. De filmpjes zijn door NHG-leden gratis te volgen; niet-leden betalen € 2,99 per filmpje. ■

De nieuwe jaargang van de PIN's

In september gaat de zeventiende jaargang in van de succesvolle serie NHG-Programma's voor Individuele Nascholing. Zoals gebruikelijk is het eerste nummer een speciale internet-PIN, ditmaal over seksueel overdraagbare aandoeningen. Ook het tweede nummer is een internet-PIN, namelijk over dementie. Deze beide PIN's zijn gratis toegankelijk voor alle huisartsen.



Onderwerpen jaargang 2013/2014

Het komende jaar verschijnen 'gewone' PIN's over: De overgang/Fractuurpreventie, Palliatieve zorg, Mictieklachten bij mannen, SOLK, Fouten en klachten.

Daarnaast verschijnen er internet-PIN's over: Seksueel overdraagbare aandoeningen, Dementie, Diabetes, Maagklachten, Atriumfibrilleren.

Abonnementsvormen en -kosten

Een abonnement op de digitale versies van de PIN's kost voor NHG-leden € 205,- en voor niet-leden € 255,-. Een abonnement op de papieren versies, inclusief ordnertje, kost voor NHG-leden € 220,- en voor niet-leden € 280,-. De internet-PIN's verschijnen uitsluitend digitaal. Elke PIN is voor twee punten geaccrediteerd.

Bel voor meer informatie 030-282 35 00 of stuur een e-mail naar pin@nhg.org. ■

Een ander logo, hetzelfde congres!

Met trots tonen we u het nieuwe logo van het komende NHG-Congres *Help, een spoedgeval!*, dat op 22 november plaatsvindt in het MECC te Maastricht. Meer informatie over het programma vindt u op www.nhgcongres.nl, maar we zullen u ook via deze kolommen op de hoogte houden van de belangrijkste – en leukste! – onderdelen van het congres. Via HAweb.nl kunt u zich vanaf 1 september voor het congres aanmelden; er is een interessante 'vroegboekkorting' voor snelle inschrijvers. ■

NHG_Nieuws08.indd 29 17-07-13 13:10

Terugblik op de NHG-Wetenschapsdag 2013:

Resultaten bekend, en dan...?

De Wetenschapsdag, die dit jaar werd medegeorganiseerd door het LUMC, ging in op de implementatie van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Hieronder leest u een korte impressie. Een uitgebreider verslag, waarin ook enkele voordrachten worden samengevat en dat is voorzien van vele foto's, kunt u lezen op www.nhg.org > nieuws.

Openingslezingen

Rob Dijkstra, NHG-bestuursvoorzitter, schetst hoe de resultaten van goed wetenschappelijk onderzoek – liefst uitgevoerd in de Nederlandse huisartsgeneeskundige setting – vaak hun weg vinden naar de richtlijnen. Het NHG ontwikkelt methoden en materialen om deze richtlijnen vervolgens ook in de praktijk te implementeren. Veel onderzoekers publiceren hun resultaten echter alleen in internationale tijdschriften. Dijkstra pleit er dan ook voor om zoveel mogelijk ook in Nederland te publiceren en altijd de implementatie van het eigen onderzoek in het achterhoofd te houden.

De tweede lezing verzorgt Sue Dopson, hoogleraar Organisational Behaviour in Oxford en gespecialiseerd in de veranderingsleer in de publieke en gezondheidssector. Ze stelt dat de geloofwaardigheid van *evidence* mede afhangt van de bron, dat er een hiërarchie in bestaat en dat verschillende mensen er met een andere blik naar kijken. Bovendien is kennis 'kleverig': verschillende beroepsgroepen wisselen hun informatie, *evidence* en onderzoeksresultaten niet uit.
Om veranderingen door te voeren zijn twee verschillende benaderingen nodig:

- gericht op de 'technische' kant (waaronder het vaststellen van doelen en taken, instrueren en motiveren, meten en monitoren);
- gericht op gedragsverandering (waaronder ideeën uitdragen en toekomstbeelden schetsen, conflicten managen, bemoedigen, coachen en uitdagen).

Voordrachten, postersessies, workshop en CAT's

Zoals altijd is de kracht van de Wetenschapsdag dat onderzoekers, aiossen en aiotho's steeds heel kort hun onderzoek samenvatten, waarna de zaal enkele minuten gelegenheid krijgt om daarover in discussie te gaan. Voor een deel wordt het onderzoek ook gepresenteerd aan de hand van posters, dus al even kort en bondig. Congresgangers doen dan ook in één dag heel veel kennis op van wat er gaande is in het huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek.
Ook kan een workshop worden bezocht over het congresthema: *Van onderzoek naar praktijk; een kijkje in de keuken van het NHG*. Hierin is aandacht voor theoretische concepten over gedragsverandering en implementatie, maar ook wordt interactief aan de slag gegaan met de vraag wat de onderzoeker zélf kan doen om zijn resultaten naar de praktijk te vertalen.
Tot slot zijn er de voordrachten van *critically appraised topics* (CAT's): door een jury geselecteerde onderzoeken die in aanmerking komen voor de Jan van Es-prijs.

Prijsuitreikingen

Uiteraard let de jury van de Jan van Es-prijs – onder meer – op de kwaliteit van het onderzoek en de huisartsgeneeskundige relevantie. Dit jaar werd in de beoordeling ook meegenomen het niveau van de discussie met het publiek en van de presentatie in het algemeen.
Sinds enkele jaren wordt er ook een publieksprijs toegekend bij de CAT's; het is wellicht niet verbazingwekkend dat deze wordt gewonnen door Merijn Godefroij die ook door de jury lof krijgt toegezwaaid voor zijn 'goede presentatie, humor en ontspannen discussie met het publiek.' Zijn onderzoek betrof: *Kort tongriepmpje klieven bij borstvoedingsproblemen?*
De Jan van Es-prijs zelf, bestaande uit een geldbedrag en een legpenning – wordt gewonnen door Anna Wegman met haar onderzoek: *Bij een nieuwe fractuur, bisfosfonaten pas na enige duur?* De jury roemt de kwaliteit van het onderzoek en de hoge huisartsgeneeskundige relevantie.

Anna Wegman neemt de Jan van Es-prijs in ontvangst

Ook wordt ditmaal weer de Telesphorusprijs uitgereikt voor de beste dissertatie van de hand van een huisarts uit de afgelopen twee jaar. Over de genomineerden en de overwegingen van de jury leest u een 'journaaltje' op pagina 369. Een interview met de prijswinnares – Marieke Perry – over haar promotieonderzoek is te vinden op pagina 420-1. (AS) ■

NHG-AGENDA 2013/2014 data

- **Startersdag** 5 oktober
- **NHG-Congres Help! Een spoedgeval** 22 november
- **Algemene Ledenvergadering** 12 december
- **Nieuwjaarssymposium kaderhuisartsen** 9 januari
- **Huisartsbeurs** 22 maart
- **Derde Nederlands Triage Congres** 10 april
- **Algemene Ledenvergadering** 5 juni

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

NHG_Nieuws08.indd 30 17-07-13 13:10

Beroepsverenigingen werken samen aan vergroting deskundigheid:

Dementie… en dan?

Het NHG, Verenso en V&VN willen met een pakket aan scholingsmaterialen de deskundigheid over dementie bij hun leden vergroten en de onderlinge samenwerking bevorderen. Ze sluiten daarmee aan bij de landelijke multimediale campagne DementieEnDan die op initiatief van documentairemaakter Ireen van Ditshuyzen plaatsvindt in de week van 20 tot 29 september.

Foto: Rabobank Foundation t.b.v. campagne DementieEnDan

Opname voor de Campagne DementieEnDan: Mary Ann van der Brug speelt piano voor studenten muziektherapie bij ArtEZ.

Compleet pakket

Samen met het campagneteam ontwikkelen de drie beroepsverenigingen filmmateriaal en scholing voor huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geriaters, praktijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen en casemanagers dementie om de zorg bij (een vermoeden van) dementie te verbeteren. Dit is vernieuwend omdat deze beroepsgroepen gemeenschappelijke trainingen in de eigen regio kunnen volgen. Ook de kaderopleidingen van huisartsen en specialisten zijn betrokken bij de ontwikkeling van het materiaal. In het pakket zal onder meer e-learning worden opgenomen en de informatie op Thuisarts.nl wordt gebaseerd op de gemaakte samenwerkingsafspraken. Achmea maakt het project financieel mogelijk. ■

Project Diagnose Technologie

De huisarts van de toekomst krijgt steeds vaker te maken met technologische innovaties. Bijvoorbeeld in e-healthtoepassingen of voorzieningen thuis of in de spreekkamer. In sommige regio's is nu al thuiszorg met behulp van beeldtelefoon gewoon. Technologische innovaties zijn noodzakelijk om de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg te waarborgen, vooral op het gebied van ouderenzorg, oncologie, cardiovasculaire aandoeningen, COPD en astma.

Innovatieagenda

Samenwerkingspartners Rabobank en Bebright hielden eerder al de succesvolle toekomstverkenningen *Diagnose 2025* en *Diagnose Diabetes*. Nu zetten ze een beweging in gang met zorgprofessionals, patiëntenorganisaties en bedrijven die zich betrokken voelen bij de Nederlandse gezondheidszorg. Er wordt een innovatieagenda ontwikkeld om samen na te denken en te anticiperen op de toekomst. Het NHG is actief betrokken bij de thema's ouderenzorg, hart- en vaatziekten en kanker, en – via CAHAG – bij COPD en astma.

Wie doet wat?

Experts uit verschillende vakgebieden kwamen de eerste helft van dit jaar enkele malen bijeen, hetgeen resulteerde in een uitwisseling van relevante informatie, nieuwe oplossingen en inzichten en soms consensus. De waarde van technologische toepassingen werd ingeschat op basis van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. De enthousiaste discussies gingen soms tijdens de pauzes nog door!
Het resultaat van de expertbijeenkomsten is nader geconcretiseerd in klankbordgroepen met een gevarieerde samenstelling. Aan de orde kwam welke technologische toepassingen worden verwacht, welke uitdagingen die met zich meebrengen en wie aan die uitdagingen op welke manier het hoofd moeten bieden.

Congres Diagnose Technologie

De 'innovatieagenda' wordt in boekvorm op 20 september aan minister Schippers aangeboden tijdens het congres Diagnose Technologie. Centraal staan dan de vragen:

- Welke trends en ontwikkelingen zijn er rond ouderenzorg, COPD en astma, hart- en vaatziekten en kanker?
- Welke technologieën spelen daarop in?
- Hoe kunnen we het potentieel van die technologieën versterken door innovatie en ondernemerschap?

Kortom, een uitgelezen kans om u op de technologische ontwikkelingen voor te bereiden! U vindt hierover meer informatie op www.diagnosetechnologie.nl.

Heeft u vragen over een van deze projecten? U kunt ze stellen aan projectleidster Linda Tolsma (l.tolsma@nhg.org). ■

NHG_Nieuws08.indd 31 17-07-13 13:10

&NHG

Interview met Marike de Meij:

‘Huisartsen moeten zich actief profileren willen ze een rol krijgen in de jeugdzorg’

Marike de Meij is huisarts in Amsterdam en sinds 2009 lid van de NHG-Verenigingsraad. Bij het NHG is zij verder betrokken bij de formulering van het Standpunt *Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk*. In een interview vertelt De Meij over de recentelijk gehouden beleidsmiddag van de Verenigingsraad over de rol van de huisarts in de jeugdzorg.

Je werkt als huisarts in een bijzondere constructie?
‘Ja, ik werk met vier andere huisartsen in een praktijk die is verbonden aan het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis in Amsterdam en die is gesitueerd ín het ziekenhuis. We hebben daar een eigen vooringang, maar de achterdeur leidt het ziekenhuis in. Ook zijn we als personeel in dienst van het ziekenhuis. Mede vanwege mijn ervaring met de korte lijnen die wij in deze constructie met het ziekenhuis hebben, ben ik nu lid van de programmacommissie van het NHG-Congres 2014, dat over de samenwerking van huisartsen met anderen zal gaan.’

Heeft de Verenigingsraad vaker beleidsmiddagen?
‘In principe wordt elk jaar een beleidsmiddag georganiseerd, toegespitst op een specifiek thema dat dan uitgebreid wordt besproken. Daarbij worden ook altijd mensen uitgenodigd van buiten de Verenigingsraad, die iets met het onderwerp te maken hebben. Dit jaar waren dat bijvoorbeeld drie huisartsen die zich veel met de jeugdzorg bezighouden, maar ook iemand vanuit VWS om toe te lichten hoe de nieuwe wetgeving er zal uitzien, en iemand van de Vereniging Nederlandse Gemeenten.’

Wat zijn de belangrijkste veranderingen in de nieuwe wetgeving?
‘De zorg is nu heel erg versnipperd en de hoop is dat dit zal verbeteren als alle jeugdzorg wordt ondergebracht bij de gemeenten. Die moeten volgens plan zorg gaan dragen voor de verdeling van de financiën, bijvoorbeeld naar de consultatiebureaus, de Bureaus Jeugdzorg, de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de jeugd-GGZ. Dat laatste is een belangrijke verandering, want hiermee zijn de gemeenten dus niet alleen verantwoordelijk voor instellingen maar ook voor de gezondheidszorg zelf. Nathalie Jonkers van VWS gaf een toelichting op de achterliggende ideeën van de nieuwe wet en ging in op de kansen die deze biedt. Maar dat was allemaal heel schematisch en toegespitst op alleen de financiële kant van het verhaal.’

Vond je de verhalen van de uitgenodigde huisartsen interessanter?
‘Zeker! Zo vertelde Anneke Kramer hoe Utrechtse huisartsen proberen invloed te krijgen bij de gemeente, waar ze ook de vergaderingen over de jeugdzorg bijwonen. Volgens haar is de rol van de huisarts in de jeugdzorg niet vanzelfsprekend. Bureaus Jeugdzorg mogen bijvoorbeeld vanwege de privacy-wetgeving de huisarts niet vertellen wat er met een specifiek kind gaande is, maar zij vindt dat de huisarts bij uitstek degene moet zijn die zicht op het kind houdt. Kramer stelde dat als wij als huisarts iets willen op dit terrein, een proactieve houding nodig is. Dan is het belangrijk dat huisartsen goed op de hoogte zijn van wat er gaande is. En misschien moet een NHG- of LHV-werkgroep zich hiermee gaan bezighouden.
Dick Walstock vertelde over het Eureka-project in Enschede. Het achterliggende idee is dat de huisarts – naast bijvoorbeeld de school, ouders of sportvereniging – fungeert als een van de “vindplaatsen” van kinderen met problemen. Als huisarts kun je bijvoorbeeld signaleren dat een kind buitensporig druk is in de spreekkamer, of tussen de wal en het schip dreigt te raken bij scheidingsproblematiek. Ze proberen in Enschede samen met een praktijkondersteuner jeugd-GGZ te bekijken of het gedrag van een kind “pluis” is of niet en of ze zelf de begeleiding kunnen oppakken of dat het kind moet worden verwezen naar de jeugdpsychiatrie. In elk geval is belangrijk dat het kind op de juiste plek terechtkomt.’

Kwamen er nog meer aspecten aan de orde?
‘Marjolein Berger vertelde dat in Groningsonderzoek is bekeken hoeveel kinderen de huisarts nu eigenlijk te zien krijgt. Zij stelde dat er niet veel over de zorg voor kinderen is te vinden in de huisartsgeneeskundige richtlijnen. Wij pakken die zorg aan op basis van onze ervaring, of vanuit onze kennis omdat we zelf ouder zijn. Ook Berger denkt dat er kansen liggen voor huisartsen in de nieuwe wetgeving, maar dan moeten we er wel voor zorgen dat de hiaten in onze kennis worden opgevuld.’

Wat was het belangrijkste leerpunt voor jezelf van deze middag?
‘Ik vond het vooral interessant me te realiseren dat wij huisartsen onszelf heel belangrijk vinden op vele terreinen van de jeugdgezondheidszorg, maar dat we door andere partijen vaak niet of nauwelijks worden gezien. En dat is ook zo bij de oncologische en palliatieve zorg. We zullen onszelf dus veel actiever moeten neerzetten, zeker nu deze nieuwe wetgeving eraan komt. Want alleen dan zullen we echt actief kunnen gaan meedraaien in de jeugdzorg.’ (AS) ■

Colofon

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

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.

NHG_Nieuws08.indd 32 17-07-13 13:10