

## Cholesterolverlaging door PCSK9-remmers

Griepvaccinatie

Subarachnoïdale bloeding bij meerdere dagen hoofdpijn

NHG-Behandelrichtlijn over waterpokken bij risicogroepen

# Acht miljoen

Het was een hete zomer. Bij de ouderen in mijn praktijk lag uitdroging op de loer. Dronken ze wel genoeg? Zouden ze misschien moeten stoppen met plastabletten? Ik vroeg me af wat bruikbare criteria zijn om de diagnose dehydratie correct te stellen.

Heet hebben de onderhandelaars het bij het voor de zomer gesloten hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg vast ook gehad tijdens hun verhitte discussies. Maar ze zijn eruit gekomen, met een mooi resultaat. Om de ambities te realiseren en pijnpunten op te lossen, komt er in vier jaar tijd 471 miljoen extra bij. Het goede nieuws is bovendien dat hiervan acht miljoen gaat naar een betere, wetenschappelijke onderbouwing van ons vak, te weten de vragen beantwoorden die zijn beschreven in de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. Denk daarbij behalve aan criteria voor dehydratie bij ouderen bijvoorbeeld ook aan de effectiefste behandeling van cystitis bij kinderen en mannen, en aan verbetering van de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen.

De onderzoeksagenda kwam het afgelopen jaar tot stand met actieve betrokkenheid van huisarts-onderzoekers, beroepsverenigingen, patiëntenorganisatie en onderzoeksfondsen. De agenda bevat bijna 800 onderzoeksvragen waarvan er ruim 200 zijn geprioriteerd. Het beantwoorden van een onderzoeksvraag kost naar schatting € 50.000 tot € 150.000, afhankelijk van de complexiteit van de vraag, gemiddeld zo'n € 100.000. Met twee miljoen per jaar kunnen we in vier jaar tijd dus

tachtig vragen beantwoorden, bijna de helft van de geprioriteerde vragen. Zo blijven we ook investeren in onderzoekscapaciteit en expertise van onze huisartsgeneeskundige vakgroepen, die tot de absolute wereldtop behoren. Een absolute must. Door als huisartsenpraktijk aan dat onderzoek mee te doen, investeert u mee.

Het is goed dat alle partijen aan de onderhandelingsstafel zich dit hebben gerealiseerd. Niet alleen meer tijd voor de patiënt, maar ook voor onderzoek dat er toe doet voor uw werk in de spreekkamer. *Huisarts en Wetenschap* gaat deze resultaten publiceren en we zullen u voor een volgende hete zomer zeker bruikbare criteria geven om de diagnose dehydratie te stellen. ■

Ivo Smeele

Met acht miljoen  
kunnen we bijna de helft  
van de vragen  
uit de onderzoeksagenda  
beantwoorden





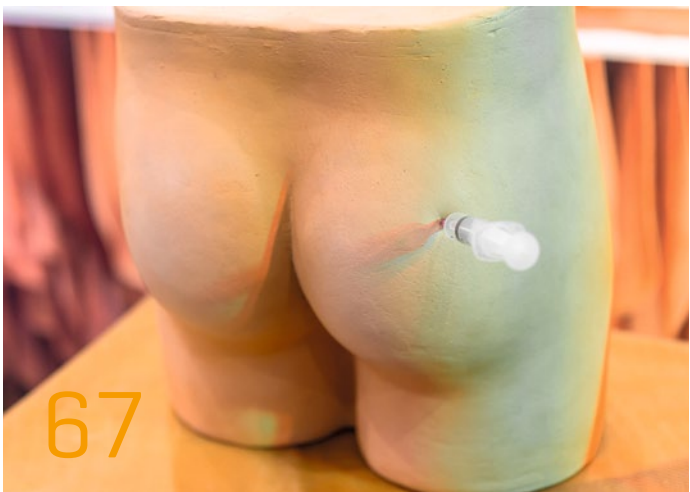


Wetenschap

- 14 **Diagnostiek van zeldzame ziekten**  
Ouders van kinderen met een zeldzame aandoening ervaren veel stress en angst in het diagnostische traject. De huisarts heeft ook dan een centrale rol. Hij kan ouders ondersteunen door te luisteren, te informeren en waar nodig bij te sturen.
- 18 **Cholesterolverlaging door PCSK9-remmers**  
PCSK9-remmers vormen een nieuwe generatie cholesterolverlagende middelen voor patiënten met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten. De kosten zijn echter hoog.
- 24 **Hartrevalidatie in de toekomst thuis?**  
Hartrevalidatie gebeurt meestal in een instelling. De methode is effectief, maar de deelname valt tegen. Gestructureerde thuisrevalidatie met een zelfhulpboek en gezondheidszorgmedewerker is mogelijk even effectief.
- 26 **Existentieel lijden als indicatie voor palliatieve sedatie**  
Er is meer duidelijkheid nodig over toepassing van continue palliatieve sedatie bij de indicatie existentieel lijden.
- 30 **Psychiater Jim van Os over de rol van de huisarts**  
“Huisartsen moeten zich bewust worden van de enorme invloed die ze kunnen uitoefenen in het psychisch domein.”
- 34 **Als het functioneren tekortschiet**  
Huisartsen zijn oververtegenwoordigd in tuchtzaken. Zij maken vaak onvoldoende gebruik van de bestaande mogelijkheden om te reflecteren op hun eigen functioneren en op dat van collega's.

Praktijk

- 41 **Somatische zorg voor jongeren met een eetstoornis**  
Eetstoornissen bij jongeren komen weinig voor, maar kunnen een gevaarlijk somatisch beloop hebben. Soms is een ziekenhuisopname nodig.
- 44 **Weefseldonatie in de eerste lijn**  
Donatie is zelden onderwerp van gesprek bij de huisarts. Daardoor wordt de donatiewens niet nageleefd, worden potentiële donoren gemist en blijven er wachtlijsten bestaan.
- 48 **Een wielrenner met tintelende handen**  
Veel mensen slikken vitaminesupplementen zonder dat de huisarts dit weet. Meer vitaminen innemen is echter niet altijd beter.
- 50 ***Mycoplasma genitalium*, een nieuwe soa?**  
*Mycoplasma genitalium*-infectie is een soa. Behandeling is in elk geval nodig bij symptomatische patiënten en hun seksuele partner(s).
- 53 **Uw diagnose**
- 54 **Subarachnoïdale bloeding bij dagenlange hoofdpijn**  
Het is niet alleen belangrijk de ontstaanswijze van hoofdpijn goed uit te vragen, maar ook de mate van pijn te beoordelen, zelfs als die al langer bestaat en de patiënt al eerder is beoordeeld.
- 57 **Ecg-casus ‘Een acuut probleem’**
- 58 **Kennistoets**  
Zeldzame aandoeningen.



Nieuws

- 6 Groot risico op toevalsbevindingen bij beeldvorming
- 7 Slachtoffers seksueel misbruik vaak sterker
- 7 Vervievvoudigen ICS heeft gering effect bij astma
- 8 Griepvaccinatie bij kanker en bij COPD
- 9 Patiënten over statines en therapietrouw
- 10 Hepatitis B-voorlichting Marokkaanse Nederlanders
- 12 Palliatieve zorg voor daklozen
- 12 Koelen bij sporten
- 61 Eerste evaluatie bij slangenbeet door huisarts?
- 62 Griepvaccinatie: bewijs voor bescherming, beperkte studies van goede kwaliteit
- 64 Onvoldoende bewijs voor fyto-oestrogenen
- 67 Onderzoek naar injecties in de bil bij knieartrose
- 68 Een uitgesteld antibioticarecept bij luchtweginfecties
- 69 Boeken

NHG

- 59 Herziene NHG-Behandelrichtlijn over preventie en behandeling van waterpokken bij risicogroepen
- 71 Wijkzorg
- 71 Soa's en hiv op Thuisarts.nl
- 72 Huisartsen helpen huisartsen met praktijkorganisatie
- 74 ‘Welzijn op Recept geeft ons ademruimte’



- Ook Nederlandse huisartsen schrijven vaker opioïden voor
- Slecht slapen in het ziekenhuis
- Mobieltje verbetert therapietrouw niet

# Groot risico op toevallsbevindingen bij beeldvorming

Daan Backes

Door de toegenomen beschikbaarheid en verbeterde resolutie is het aantal toevallsbevindingen bij beeldvorming sterk toegenomen. Dat blijkt uit een meta-analyse waarin de auteurs de prevalentie en behandeling van toevallsbevindingen bij beeldvorming nagingen. Deze toevallsbevindingen komen zeer vaak voor (tot 45%) en kunnen leiden tot angst, overdiagnostiek en overbehandeling door onzekerheden over de noodzaak en mogelijkheden voor behandeling.

De onderzoekers includeerden 20 systematische literatuuronderzoeken met in totaal 240 onderzoeken en 627.073 patiënten. In sommige onderzoeken werden ook patiënten meegenomen met een voorgeschiedenis van kanker of bij wie artsen een sterk vermoeden hadden van kanker. Er was geen literatuuronderzoek beschikbaar waarin het aantal toevallsbevindingen bij röntgenfoto's of echografie werd beschreven. De prevalentie van toevallsbevindingen was het hoogst bij een CT-thorax (45%; 95%-BI 36 tot 55), gevolgd door CT-abdomen/CT-colonoscopie (38%; 95%-BI 21 tot 57) en cardiale MRI (34%; 95%-BI 22 tot 46) [tabel]. De prevalentie

van toevallsbevindingen was het laagst bij PET of PET/CT van het gehele lichaam (2%; 95%-BI 2 tot 4). Het percentage toevallsbevindingen dat maligne was, varieerde sterk per orgaan. Het hoogste percentage maligne toevallsbevindingen kwam voor bij de borsten (42%), schildklier (28%), eierstokken (28%) en nieren (25%). Het laagste percentage maligne toevallsbevindingen kwam voor bij de hersenen (0%), bijnier (0%) en speekselklier (5%). Er was geen systematisch literatuuroverzicht beschikbaar waarin het aantal toevallsbevindingen in de lever, alvleesklier, longen en milt afzonderlijk werd beschreven. Dit onderzoek laat het grote risico zien op toevallsbevindingen bij moderne, beeldvormende diagnostiek. Het merendeel van deze toevallsbevindingen is benigne van aard, maar kan wel leiden tot angst, verminderde kwaliteit van



Toevallsbevindingen komen vaak voor bij beeldvorming. Foto: Shutterstock

leven, en verdere (invasieve) diagnostiek, behandeling, complicaties en kosten. Deze toevallsbevindingen kunnen meer schade opleveren dan gezondheidswinst. Conform de Eed van Hippocrates ‘Ik zal aan de patiënt geen schade doen’ moeten artsen zich bewust zijn van het risico en dit bespreken met hun patiënt voordat zij diagnostiek inzetten. Dit geldt des te meer bij counseling voor ‘preventieve diagnostiek’, zoals whole-body MRI/CT zonder indicatie. ■

O’Sullivan JW, et al. Prevalence and outcomes of incidental imaging findings: umbrella review. BMJ 2018;361:k2387.

| Beeldvormende diagnostiek | Orgaan met toevallsbevinding       | Prevalentie toevallsbevinding [%, 95%-BI] |             |
|---------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|
| MRI wervelkolom           | Wervelkolom                        | 22                                        | [19 tot 26] |
| Cardiale MRI              | Ander dan hart                     | 34                                        | [22 tot 46] |
| CT thorax                 | Thorax, abdomen, wervelkolom, hart | 45                                        | [36 tot 55] |
| CT coloscopie             | Ander dan colon                    | 38                                        | [21 tot 57] |
| MRI hersenen              | Hersenen                           | 22                                        | [14 tot 31] |
| Whole-body PET, PET/CT    | Schildklier, colon                 | 2                                         | [1 tot 4]   |

| Orgaan met toevallsbevinding | Proportie maligne toevallsbevindingen [%, 95%-BI] |                |
|------------------------------|---------------------------------------------------|----------------|
| Bijnier                      | 0,0007                                            | [0 tot 0,5]    |
| Eierstokken                  | 28                                                | [11 tot 48]    |
| Hersenen                     | 0                                                 | [0 tot 0,0001] |
| Borsten                      | 42                                                | [31 tot 54]    |
| Ander dan colon              | 14                                                | [4 tot 28]     |
| Nieren                       | 25                                                | [16 tot 34]    |
| Schildklier                  | 28                                                | [20 tot 37]    |
| Colon                        | 17                                                | [12 tot 21]    |
| Speekselklier                | 5                                                 | [2 tot 10]     |
| Prostaat                     | 11                                                | [1 tot 28]     |

# Slachtoffers seksueel misbruik sterker dan gedacht

Nadine Rasenberg

Volwassenen die als kind slachtoffer waren van seksueel misbruik maken op latere leeftijd vaak gebruik van de ggz. Recent onderzoek laat zien dat driekwart tevreden is over de behandeling en dat dit samenhangt met de aandacht die de patiënten kregen bij de verwerking. Ook kunnen zij vaak meer aan dan hulpverleners denken. Patiënten met ernstiger problematiek zijn echter minder tevreden.

Een eerdere evaluatie van de behandeling van volwassenen met een misbruikverleden (periode 1996 tot 2003) leidde tot de conclusie dat de behandeling van ernstig getraumatiseerde slachtoffers tekortschoot. In de periode erna werden hulpverleners bewuster van het proces en kwam er meer aandacht voor evidence-based behandelingen. In een nieuwe evaluatie over de periode van 2007 tot 2017 ondervroegen onderzoekers 216 volwassenen met een verleden van seksueel misbruik naar hun ervaringen met de ggz. Zij worven de deelne-

mers via internetfora en ggz-instellingen. Driekwart van hen gaf de behandeling een voldoende (gemiddeld 6,8). Mensen met ernstiger problematiek en met verschillende behandelaars waren minder tevreden. De tevredenheid werd positief beïnvloed door een goede behandelrelatie, aandacht voor zelfbescherming en door behandelingen die waren gericht op verwerking. De meest getraumatiseerde patiënten



Mensen met een misbruikverleden kunnen vaak meer aan dan hulpverleners denken.

Foto: iStock

zijn dus nog steeds het minst tevreden over de behandeling en een minderheid van hen vond de behandeling zelf ook traumatisch. Hoewel er met name voor deze groep meer aandacht kwam, blijft behandeling moeilijk. Opvallend is verder dat de respondenten ook meldden dat behandelaars er soms ten onrechte van uitgingen dat zij het verwerken van de traumatische ervaringen niet aan zouden kunnen. Ondanks de hoge belasting van de behandeling en de gemiddelde behandelduur van 4,5 jaar kunnen hulpverleners dus minder hui-verig zijn voor de belastbaarheid van de meeste slachtoffers van seksueel misbruik. Een minderheid ervaart de behandeling als traumatisch. ■

Brederveld JD, et al. Seksueel-misbruik-slachtoffers: hoe vergaat het hen in de ggz? Tevredenheid van cliënten met een misbruikgeschiedenis over hun behandeling in de ggz. Tijdschrift voor Psychotherapie 2018;4:210-27.

## Vervievvoudigen ICS heeft gering effect bij astma

Iris Ketel, Niels van der Steen

Astmapatiënten die in het voorgaande jaar een exacerbatie hadden, kunnen een nieuwe exacerbatie uitstellen door bij toename van klachten hun inhalatiecorticosteroïden (ICS) tijdelijk te vervievvoudigen. Dat concluderen Britse onderzoekers in een grootschalig onderzoek bij astmapatiënten in de eerste lijn. De risicoreductie is echter klein en er zijn vaker orofaryngeale bijwerkingen.

De onderzoekers volgden tussen 2013 en 2017 een groep van bijna 2000 astmapatiënten die in het jaar daarvoor ten minste een exacerbatie hadden doorgemaakt. De helft van hen vervievvoudigde de ICS gedurende maximaal

twee weken bij toename van astma-klachten, de andere helft gebruikte slechts hun rescue-medicatie. De follow-up bedroeg een jaar. Uitkomstmaten waren de tijd tot een eerste exacerbatie en het aantal exacerbaties. De vervievvoudigers konden door dit beleid een exacerbatie uitstellen (HR 0,81; 95%-BI 0,71 tot 0,92), kregen minder vaak prednison voorgeschreven (33% versus 40%) en legden minder doktersbezoeken af (41% versus 47%). In deze groep was het aantal ernstige exacerbaties (een prednisonkuur of niet gepland doktersbezoek) 45%, in de groep zonder verhoging van de ICS was dat 52%. Deze risicodaling van 7% betekent dat 15 patiënten een viervoudi-

ge dosis nodig hebben om een ernstige exacerbatie te voorkomen. De dosisverhoging had bovendien als nadeel dat er meer bijwerkingen waren, voornamelijk orale candidiasis (41 versus 10 patiënten). De geringe risicoreductie maakt dat de klinische betekenis voor het toepassen van een vervievvoudiging van de ICS beperkte waarde heeft voor de eerste lijn. Die conclusie ligt in het verlengde van de NHG-Standaard Astma bij volwassenen die het vervievvoudigen van de dosis ICS slechts als overweging noemt bij niet-ernstige astma-exacerbaties. ■

McKeever T, et al, Quadrupling inhaled glucocorticoid dose to abort asthma exacerbations. N Engl J Med 2018;378:902-10.



# Griepvaccinatie bij kanker heeft voordeel van de twijfel

Bèr Pleumeekers

Patiënten met een maligniteit die chemotherapie of immunosuppressiva krijgen, hebben een grotere kans om aan de gevolgen van een ‘griepje’ te overlijden. Vaccinatie met het influenzavaccin lijkt de kans op griep en de daarbijhorende complicaties te verminderen. ‘Lijkt’, want het bewijs voor effectiviteit is allesbehalve zeker. Dat blijkt uit een recente Cochrane-review.

De auteurs deden een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van griepvaccinatie bij patiënten met kanker die vanwege de aard van de kanker of de behandeling een verminderde weerstand hadden. Zij selecteerden patiënten met hematologische maligniteiten, na een beenmergtransplantatie of met solide tumoren die chemotherapie of immunosuppressiva kregen. In totaal vonden zij elf onderzoeken: vijf RCT’s en zes observationele onderzoeken. Bij de RCT’s was er geen statistisch significant verschil wat betreft mortaliteit, bij de observationele onderzoeken varieerde de mortaliteit van 12% tot 44% minder sterfte na vaccinatie. In een RCT en een observationeel onderzoek werden significant minder in-

fluenza-infecties aangetoond. Een andere RCT liet minder ziekenhuisopnames zien na vaccinatie, maar geen observationeel onderzoek kon dit aantonen. Wat pneumonie betreft, was de situatie net omgekeerd. Levensbedreigende complicaties werden niet gemeld. De NHG/SNPG Handleiding Griepvaccinatie adviseert om patiënten met kanker een griepvaccinatie te geven. De belangrijkste overwegingen hierbij zijn de aanwezigheid van antistoffen bij gevaccineerden en het ontbreken van levensbedreigende bijwerkingen. Uit

deze Cochrane-review blijkt dat influenzavaccinatie bij kankerpatiënten een licht voordeel heeft ten opzichte van niet vaccineren. Het gaat hier echter om een beperkt aantal onderzoeken die bovendien van relatief beperkte kwaliteit zijn. Vaccineren heeft dus het voordeel van de twijfel. ■

Bitterman R, et al. Influenza vaccines in immunosuppressed adults with cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2:CD008983.  
Vrieze HA, et al. NHG/SNPG-Handleiding Griepvaccinatie. Herziening 2017. [www.nhg.org](http://www.nhg.org).



Of de grieprik bij kankerpatiënten effectief is, is niet zeker.

Foto: Margot Scheerder

## Griepvaccinatie bij COPD vermindert late exacerbaties

Lidewij Broekhuizen

**COPD is een indicatie voor griepvaccinatie, maar wat is het effect daarvan? Beschikbare trials laten zien dat griepvaccinatie late, griepgerelateerde COPD-exacerbaties vermindert. Bewijs voor het effect op sterfte ontbreekt echter, zo blijkt uit een recente Cochrane-review.**

De auteurs hebben de beschikbare vergelijkende onderzoeken samengevat. Zij vonden zes trials met COPD-patiënten (2469 deelnemers) en nog vijf trials met 4281 oudere of kwetsbare patiënten van wie een deel COPD had. Onderzocht waren intramusculaire en intranasale vaccinaties. De trials werden uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten of Thailand en waren minstens tien jaar oud.

Vergeleken met placebo verminderde intramusculaire vaccinatie bij COPD het aantal ‘late’ exacerbaties (na drie weken of later) gerelateerd aan het griepvirus (gemiddeld verschil -0,37; 95%-BI -0,64 tot -0,11). Dit werd gemeten in twee onderzoeken (180 deelnemers) en het bewijs is daarom zwak. Lokale bijwerkingen – met name zwelling en roodheid van de injectieplaats – kwamen meer voor bij griep-

# Patiënten over statines en therapietrouw

Loes Wouters

De motieven van patiënten om statines te gebruiken, hebben veel invloed op therapietrouw. Om inzicht te krijgen in die motieven voerden Australische onderzoekers een systematisch literatuuronderzoek uit. Daaruit bleek dat vertrouwen in preventie en integratie in het dagelijks leven de belangrijkste redenen zijn om statines te blijven gebruiken. Het idee ‘ziek’ te zijn, levenslang medicatie te moeten gebruiken, onzekerheid over de werking, bijwerkingen en kosten kunnen de therapietrouw belemmeren. Artsen kunnen hierop inspelen als zij statines voorschrijven.

De onderzoekers deden een systematisch literatuuronderzoek om meer grip te krijgen op de motieven van patiënten om statines al dan niet te blijven gebruiken. Zij vonden 32 kwalitatieve onderzoeken met in totaal 888 patiënten, afkomstig uit 8 landen. Zij beoordeelden de onderzoeken volgens de COREQ-criteria en deelden deze in naar aspecten die de therapietrouw bevorderen of belemmeren. Twee bevorderende aspecten waren vertrouwen in preventie en integratie in het dagelijks leven. Vijf belemmerende aspecten waren twijfels over nut, wantrouwen, angst voor bijwerkingen, het idee ‘ziek’ te zijn en



Vertrouwen in preventie en integratie in het dagelijks leven zijn de belangrijkste redenen om statines te blijven gebruiken.

Foto: Shutterstock

kosten. Verder bleken oudere patiënten met secundaire preventie en een familiale voorgeschiedenis meer te neigen naar aspecten die de therapietrouw bevorderen. Sinds de invoering van primaire preventie krijgt ongeveer 40% van de volwassenen in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten het advies een

statine te gebruiken. Een deel van deze patiënten gebruikt echter geen statine of stopt. De therapietrouw bij statines is twee jaar na de start 57% bij primaire preventie en 76% bij secundaire preventie. Therapietrouw is echter essentieel. Per verlaging van 1 mmol/L LDL-cholesterol wordt het risico op grote cardiovasculaire events met 22% gereduceerd. Dit percentage is een gemiddelde voor secundaire en primaire preventie, de individuele risicoreductie is moeilijk te voorspellen. De NHG-Standaard CVRM adviseert voor primaire en secundaire preventie simvastatine 40 mg per dag met een LDL-cholesterolstreefwaarde van ≤ 2,5mmol/L. Om de therapietrouw te verbeteren, is het belangrijk een goede uitleg te geven over doel, werkingsmechanisme en bijwerkingen en ook de aspecten te belichten die therapietrouw kunnen bevorderen of belemmeren. ■

Ju A, et al. Patient beliefs and attitudes to taking statins: systematic review of qualitative studies. *Br J Gen Pract* 2018;68:e408-e419.



Verderop in dit nummer nog meer nieuws over griepvaccinatie [zie pagina 62]

Kopsaftis Z, et al. P. Influenza vaccine for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Cochrane Database Syst Rev* 2018;6:CD002733. Doi: 10.1002/14651858.CD002733.pub3.

vaccinatie dan bij placebo, maar de bijwerkingen waren mild. Er was geen bewijs voor het optreden van meer vroege exacerbaties als gevolg van vaccinatie. Voor vergelijking met sterfte waren de trials te klein. Het had geen effect een intranasale vaccinatie toe te voegen aan een intramusculaire vaccinatie. Deze resultaten komen overeen met observationele onderzoeken. Kortom, intramusculaire griepvaccinatie vermindert het aantal griepgerelateerde exacerbaties, maar voor het effect op sterfte bestaat nog geen bewijs. ■



# Hepatitis B-voorlichting voor Marokkaanse Nederlanders

Hanneke Borgdorff

Chronische hepatitis B (HBV)-infectie komt relatief veel voor bij de eerste-generatie-immigranten uit Marokko. Daarom adviseert de Gezondheidsraad huisartsen deze groep een HBV-test aan te bieden. Recent onderzoek laat zien dat ongeveer de helft van de eerste generatie Marokkaanse Nederlanders zich zou willen laten testen. Belemmerende factoren hangen onder andere samen met een gebrek aan juiste informatie over HBV.

De onderzoekers rekruteerden de Marokkaanse Nederlanders (n = 379) online via sociale netwerkplatforms, offline op plaatsen waar veel mensen uit de Marokkaans-Nederlandse gemeenschap samenkomen en via via. De deelnemers vulden

een vragenlijst in met onder andere twee testscenario's: of ze zelf zouden vragen om een HBV-test bij de huisarts en of ze zouden meedoen aan HBV-screening (à 70 euro per test). De onderzoekers vroegen tweede- en derdegeneratiemigranten te antwoorden zoals ze dachten dat hun ouders of grootouders zouden antwoorden. Van de deelnemers was 51% eerstegeneratiemigrant. Van hen zou 43% geen test willen vragen aan de huisarts en 47% niet willen meedoen aan (betaalde) screening. Mensen die positief stonden tegenover een HBV-test gaven vaker aan dat ze overtuigd waren dat het testresultaat duidelijkheid zou geven, chronische HBV asymptomatisch kan zijn, je niet voor alles op Allah kunt vertrouwen, ze zich

in staat achtten zelf te beslissen en ze het moeilijk vonden hun risico op HBV in te schatten. Een beperking van het onderzoek is dat niet werd onderzocht wie er meedoen aan HBV-tests. Toch geeft dit onderzoek inzicht. Zo kunnen we in het gesprek aandacht besteden aan: een HBV-test geeft zekerheid, de infectie kan asymptomatisch verlopen en het persoonlijk risico op infectie is moeilijk in te schatten, omdat infectie vaak via verticale transmissie plaatsvindt. ■

Hamdiui N, et al. Hepatitis B in Moroccan-Dutch: a quantitative study into determinants of screening participation. BMC Med 2018;16:47.



De helft van de eerste generatie Marokkaanse Nederlanders zou zich willen laten testen op hepatitis B.

Foto: Hollandse Hoogte

# Palliatieve zorg voor daklozen

Loes Wouters

Daklozen hebben vaak last van complexe en chronische comorbiditeit, waardoor ze gemiddeld jong overlijden. Zij hebben echter weinig toegang tot palliatieve zorg. Daklozen zien levenseindezorg vaak niet als prioriteit en drugsverslaving verhindert adequate zorg. Daarnaast hebben veel daklozen weinig ziekte-inzicht en een beperkt sociaal netwerk. Investeren in een vertrouwensrelatie met de dakloze kan helpen de behandelbarrières te doorbreken. Dat blijkt uit een onderzoek van het VUmc.

Om inzicht te krijgen in de zorgen, behoeften en voorkeuren van daklozen op het gebied van palliatieve zorg voerden onderzoekers van het VUmc een systematisch literatuuronderzoek uit. Zij zochten ook naar barrières en aanbevelingen voor het geven van palliatieve zorg. In totaal selecteerden zij vijftien kwalitatieve en acht kwantitatieve onderzoeken. Deze waren evenredig verdeeld over daklozen en zorgverleners. Het merendeel van de onderzoeken kwam uit de Verenigde Staten en Canada.

Veel daklozen gaven aan bang te zijn voor de

dood. Ze waren vooral bang voor een nare, eenzame, anonieme dood. Ze hadden vaak geen goede ervaring met hulpverleners en weinig vertrouwen in goede zorg in de laatste levensfase. Bijna alle daklozen gaven aan dat ze een volledig reanimatie en behandelbeleid wensen.

Zorgverleners gaven aan dat hulpverlening moeilijk is, omdat daklozen palliatieve zorg niet als prioriteit zien en pas in een late fase om hulp vragen. Het plannen en nakomen van zorgafspraken verloopt vaak moeizaam. Verder staat drugsverslaving een goede behandeling in de weg, ook doordat ziekenhuizen een zerotolerancebeleid hanteren.

Voorals huisartsen in binnensteden en in de buurt van maatschappelijke opvangvoorzieningen zien geregeld dakloze patiënten in hun praktijk. Op basis van dit literatuuronderzoek adviseren de auteurs



Daklozen zien levenseindezorg vaak niet als prioriteit. Foto: Hollandse Hoogte

te investeren in een vertrouwensrelatie om de interactie te verbeteren. Een open niet-oordelende houding helpt, waarbij de huisarts de behoefte aan vrijheid van de dakloze respecteert. Geef pragmatische en laagdrempelige behandeladviezen. Betrek familie alleen bij de behandeling op verzoek van de dakloze. ■

Klopt HT, et al. Palliative care for homeless people: a systematic review of the concerns, care needs and preferences, and the barriers and facilitators for providing palliative care. BMC Palliat Care 2018;17:67.

## Koelen bij sporten

Daan Backes

Een toenemende lichaamskerntemperatuur bij sporten kan een negatieve invloed hebben op sportprestaties en kan leiden tot oververhitting. Koelingstechnieken voor, tijdens en na inspanning kunnen stijging van de lichaamskerntemperatuur beperken en daarmee sportprestaties bevorderen. Een combinatie van koelmethode blijkt het best te werken.

De auteurs van deze review bekeken onderzoeken met verschillende koeltechnieken, inspanningsprotocollen, type

inspanning en omgevingsfactoren (temperatuur, vochtigheid). Zij berekenden vervolgens welke koeltechniek het meest effect had. De verbetering van sportprestaties werd uitgedrukt in een percentage. Koeling voor inspanning gaf een verbetering van 5,7% op sportprestaties. De effectiefste koelmethode voorafgaand aan inspanning was een combinatie van verschillende koelmethode, gevolgd door onderdompeling in koud water, innamen van koud water of ijsdrank, en koelpacks. Koelen tijdens inspanning gaf een gemiddelde verbetering van 9,3%, waarbij innamen van koud water of ijsdrank, een ijs- of koelvest, en koud water of wind in het gezicht het effectiefst waren. Koelen na inspanning zoals

onderdompeling in koud water (5 tot 15 °C) verminderde spierpijn, maar gaf geen verbetering van de sportprestaties. De sportprestatiewaarden verbeterden wel bij cryotherapie na inspanning (korte periodes van 2 tot 4 minuten in koude (-110 tot -195 °C) en droge lucht. Koelen bij sporten blijkt een positieve invloed te hebben op sportprestaties en herstel na inspanning. Met deze hete sportzomer nuttige conclusies voor het verbeteren van de sportprestaties van uzelf en uw patiënten. ■

Bongers CCWG, et al. Cooling interventions for athletes: an overview of effectiveness, physiological mechanisms, and practical considerations. Temperature 2017;4:60-78.



Een literatuuronderzoek naar de ervaringen van ouders

# Diagnostiek van zeldzame ziekten

Marianne Nijhuis, Manna Alma

- Inleiding

Methode

Resultaten

Conclusie
- Zeldzame aandoeningen komen niet weinig voor. Naar schatting leven er in Nederland ongeveer een miljoen mensen met een zeldzame aandoening, van wie een groot deel kinderen. Het diagnostische traject kan erg lang duren en is voor de ouders vaak frustrerend. Het onderzoek naar hun ervaringen in dit traject bleef tot nu toe steeds beperkt tot de afzonderlijke aandoeningen, maar vermoedelijk zijn de ervaringen bij veel zeldzame ziekten hetzelfde. Ons onderzoeksdoel was de ervaringen van ouders met het diagnostische traject van zo veel mogelijk zeldzame aandoeningen in kaart te brengen en daaruit gemeenschappelijke thema's te destilleren.

Kwalitatieve systematische review van de beschikbare literatuur, waarin de resultatensecties van relevante artikelen thematisch werden geanalyseerd.

Uit de analyse kwamen vijf thema's naar voren: [1] eerste signalen; [2] beleving van de ouders; [3] rol van de arts; [4] informatie en support; [5] het krijgen van de diagnose. Het diagnostische traject bij kind met een zeldzame aandoening is voor de ouders een periode van crisis, emotioneel trauma en vaak onnodige vertraging. Daarbij worden hun angst en zorgen nog versterkt doordat artsen hen ten onrechte geruststellen of hen niet serieus nemen.

De huisarts kan ook bij zeldzame ziekten een centrale rol innemen als bewaker van het diagnostische proces, en ouders ondersteunen door te luisteren, te informeren en waar nodig bij te sturen.

**INLEIDING**

Zeldzame aandoeningen komen, anders dan men zou denken, niet weinig voor. In Nederland leven ongeveer een miljoen mensen met een zeldzame aandoening; per normpraktijk is dat 100 tot 150 patiënten, onder wie veel kinderen.<sup>1-4</sup> Tussen de eerste verschijnselen en de definitieve diagnose kan een lange periode liggen, soms meer dan dertig jaar.<sup>5-7</sup> Voor de ouders is dat een stressvol, frustrerend en soms traumatisch traject.<sup>8-12</sup> In dit onderzoek hebben we de beschikbare literatuur verzameld over de ervaringen van ouders met het diagnostische traject van verschillende zeldzame aandoeningen, en geprobeerd daaruit enige gemeenschappelijke thema's te destilleren. Het zou erg goed zijn als huisartsen enig inzicht hadden in deze materie, omdat zij in de zorg voor de betrokken kinderen vaak de spin in het web zijn en de ouders wellicht steun en informatie kunnen bieden in deze periode.

**METHODE**

**Opzet, zoekstrategie en inclusie**

Dit onderzoek is opgezet als een systematische review waarin de resultaten van kwalitatieve onderzoeken thematisch zijn geanalyseerd.<sup>13</sup> In de databases van PubMed, CINAHL, AMED, PsychInfo en SocIndex is gezocht met een combinatie van de MESH-termen 'rare diseases', 'diagnosis', 'perspective', 'parents'

en 'qualitative research', en varianten daarop (de exacte zoekstrategie kan worden opgevraagd bij de auteurs). In totaal zijn 1019 publicaties gevonden. Beide auteurs screenden onafhankelijk van elkaar de titels en abstracts, met als inclusiecriteria: (a) beschrijving van ervaringen met het diagnosetraject van een zeldzame aandoening;

**WAT IS BEKEND?**

- Er zijn naar schatting een miljoen Nederlanders met een zeldzame aandoening, meer dan honderd in iedere standaardpraktijk.
- Het diagnostische traject bij een zeldzame aandoening kan jarenlang duren.

**WAT IS NIEUW?**

- Ouders van kinderen met een zeldzame aandoening ervaren veel stress en angst in het diagnostische traject.
- Veel ouders denken dat de diagnose sneller gesteld zou zijn als artsen hen eerder serieus genomen hadden.
- Volgens ouders hebben veel artsen onvoldoende kennis van zeldzame ziekten.



Ouders van een kind met een zeldzame aandoening moeten vaak zelf op zoek naar informatie.

Foto: Shutterstock

(b) beschrijving primair vanuit het perspectief van de ouders; (c) kwalitatieve benadering van zowel de dataverzameling als de data-analyse. Hierna bleven 131 artikelen over, waarvan de volledige tekst werd gescreeend. Uiteindelijk zijn 22 artikelen geïnccludeerd in de review. In de Nederlandstalige grijze literatuur werd één onderzoeksrapport gevonden dat aan de criteria voldeed, zodat in totaal 23 publicaties zijn geïnccludeerd.

**Analyse**

Aan de hand van thematische inhoudsanalyse zijn uit de resultatensecties van deze 23 publicaties gemeenschappelijke thema's gedestilleerd. Hierbij zijn de resultatensecties constant met elkaar vergeleken op verschillen en overeenkomsten.<sup>15</sup>

**RESULTATEN**

De [online tabel] geeft een overzicht van doel en methode van de 23 geïnccludeerde onderzoeken. De onderzoeken betroffen uiteenlopende aandoeningen zoals ziekte van Duchenne, spinale musculaire atrofie en stofwisselingsziekten. De meest toegepaste onderzoeksmethoden waren interviews en focusgroepen. In vrijwel alle onderzoeken is een thematische inhoudsanalyse uitgevoerd. Uit onze thematische analyse kwamen vijf thema's naar voren: eerste signalen; beleving van de ouders; rol van de zorgprofessional; informatie en support; en het krijgen van de diagnose.

**Eerste signalen**

Uit meerdere onderzoeken blijkt dat ouders of omgeving vaak het gevoel hadden dat er iets niet klopte en zich afvroegen of

een bepaald verschijnsel wel paste bij een normaal ontwikkelingspatroon.<sup>8,16-18,30</sup>

*'Je weet instinctief dat er iets aan de hand is ... Ik heb al twee andere ... Het feit dat hij al begon te proberen te rollen en het hoofd op te tillen en te ondersteunen en dit daarna niet meer kon, was een sterke aanwijzing.'* (Vader van een kind met spinale spieratrofie type I)<sup>18</sup>

Ouders probeerden zichzelf gerust te stellen of ontkenden hun gevoel dat er iets niet klopte.<sup>8</sup> Ouders bij wie de ziekte in de familie voorkwam, waren alerter en soms ook afwachtender omdat ze het gevoel hadden dat ze 'controle hadden over het diagnostische proces'.<sup>19</sup> Op een gegeven moment schakelden de ouders professionele hulp in. Vaak was de aanleiding een bepaalde gebeurtenis, zoals een val of opmerking over de ontwikkeling van het kind.<sup>8,16,19</sup>

*'Ik herinner me dat ik gefrustreerd was ... ik dacht gewoon ... ben ik gek of behandel ik dit kind niet goed? ... totdat ik op een dag dacht: "genoeg is genoeg".'* (Moeder van een kind met de ziekte van Duchenne)<sup>16</sup>

**Beleving van de ouders**

Ouders omschreven het diagnostische proces als een lange, kronkelende weg, een crisisperiode en een emotioneel trauma.<sup>8,12,20,21</sup> In de meeste onderzoeken beschreven de ouders

diagnostische vertraging, in een aantal onderzoeken leidde dat tot gevoelens van frustratie.<sup>8-12,16,18,19,22-28,30</sup>

*‘Het was echt heel frustrerend en eng. Ik vroeg me af of er iets mis met me was dat ik dacht dat er iets mis met hem was, snap je?’ (Moeder van een kind met spinale spieratrofie type II)<sup>8</sup>*

Daarnaast beschreven ouders angsten en zorgen, waaronder angst om hun kind te verliezen, angst voor diagnoses die de arts zou kunnen noemen, zorgen wanneer hun kind wordt meegenomen naar een spoedkamer, zorgen over mogelijk schadelijke diagnostische onderzoeken en zorgen om de toekomst.<sup>8-11,16,19,22,24,29,30</sup>

**Rol van de arts**  
De opstelling van de arts beïnvloedde de gevoelens van de ouders. In de onderzoeken sprak men over ‘zorgprofessionals’ in het algemeen; de huisarts werd alleen in de Nederlandse publicatie benoemd.<sup>30</sup> Deze rol bleef meestal beperkt tot het doorverwijzen van het kind op basis van klinische symptomen, bloedsuitslagen of een niet-pluisgevoel.<sup>30</sup> Ouders gaven aan dat erkenning van hun zorgen belangrijk was; zij prefereerden compassie boven een al te snelle diagnose.<sup>28</sup> In verschillende onderzoeken echter voelden de ouders zich niet serieus genomen (ook niet door de huisarts); ze werden gezien als overbezorgd.<sup>8-12,18-21,24,29,30</sup> Dit leidde tot angst, machteloosheid en frustratie, of tot het gevoel geen goede ouder te zijn.<sup>11,20,30</sup> Dat de arts de ouder niet serieus nam, bleek uit opmerkingen als: ‘Uw zoon is gek’, of zelfs uit verdenkingen van kindermishandeling.<sup>9,23,28</sup>

Je weet instinctief dat er iets aan de hand is

*‘Hij wierp haar [de dochter] een blik toe, glimlachte en zei: “Zij is op het hoofd geslagen.” Ik zei iets verontwaardigds als: “Wat bedoel je? Natuurlijk is ze niet op het hoofd geslagen!”’ (Moeder van een kind met delayed subaponeurotic fluid collection, een aandoening die leidt tot zwellingen onder de hoofdhuid)<sup>9</sup>*

In verschillende onderzoeken gaven ouders aan dat artsen hen ten onrechte hadden gerustgesteld.<sup>8,16,24,30</sup>  
*‘Ik nam haar mee naar een tiental verschillende artsen en ze bleven verschillende dingen zeggen: “Het komt wel goed, ze ontwikkelt zich gewoon trager” of: “Ze heeft een onrijp zenuwstelsel” waaraan ze de tremor toeschreven.’ (Moeder van een kind met spinale spieratrofie type II)<sup>8</sup>*

Enkele auteurs omschrijven dit gevoel van ‘niet serieus genomen worden’ als een meningsverschil tussen ouders en artsen over de ‘normale’ ontwikkeling van een kind. Verschillende ouders vonden dat de arts onvoldoende kennis had over de ‘normale ontwikkeling’.<sup>18,19,27</sup> Uit meerdere onderzoeken bleek dat ouders een gebrek aan kennis en awareness bij zorgprofessionals ervoeren en dit beschouwden als een belangrijke reden voor diagnostische vertraging.<sup>8,9,18,22,27,28</sup> Ouders waardeerden het wanneer een arts erkende dat hij of zij bepaalde kennis miste en hen doorverwees naar een andere arts.<sup>30</sup>

*‘Het is niet erg om te zeggen dat je de expertise ..., wat bij ons dus wel gebeurd is, er is gewoon heel duidelijk gezegd van: we hebben de expertise niet, je gaat verder.’ (Moeder van een kind met limb-girdle spierdystrofie)<sup>30</sup>*

**Informatie en support**  
Uit verschillende onderzoeken bleek dat ouders vonden dat zij voor én na de diagnose te weinig informatie kregen.<sup>8,22,23,24</sup> Ouders moesten daar vaak zelf naar op zoek; vaak was de website van de patiëntenorganisatie hun enige informatiebron.<sup>8,9,18,25</sup> Uit één onderzoek kwam naar voren dat ouders behoefte hadden aan geschreven informatie.<sup>8</sup> Verschillende ouders gaven te kennen dat hun zorgverleners onvoldoende kennis hadden over zeldzame aandoeningen om hen te kunnen informeren, zodat zij zelf de zorgprofessional moesten informeren over de aandoening van hun kind – een geval van protoprofessionalisering.<sup>18,19,27</sup>

**Het krijgen van de diagnose**  
Het krijgen van een diagnose betekende voor ouders een ‘enorme opluchting’, het langverwachte antwoord op de vraag wat er met hun kind aan de hand was.<sup>11,17,30,31</sup> Ook geschoktheid en ongeloof werden door ouders beschreven.<sup>8,20</sup> De manier waarop ouders reageerden op het krijgen van een diagnose werd mede bepaald door de ervaringen in het voorafgaande diagnosetraject.<sup>11,17,31,32</sup> Er waren ouders die aangaven dat ze een schuldgevoel hadden omdat ze naar hun gevoel de situatie van hun kind niet voldoende hadden bepleit en niet genoeg hadden aangedrongen of omdat ze de trage ontwikkeling van hun kind aan luiheid hadden toegeschreven.<sup>19,24</sup> Verschillende ouders hadden het gevoel dat de diagnose eerder gesteld had kunnen worden.<sup>8,11,19,26,30</sup> Voor ouders was het belangrijk dat er een diagnose was, het zorgde ervoor dat zij zich konden richten op het omgaan met de aandoening en dat de juiste behandeling kon starten.<sup>8-12,16,23,25,26,29,30,33</sup> Ook op hun kinderen had het effect: zij gingen zich ontwikkelen en beter presteren.

*‘Die (revalidatiearts) heeft haar amitriptyline voorgeschreven voor de hoofdpijn. Ze stond er heel slecht voor op school, ze had vier of vijf onvoldoendes. En ze krijgt een lichtere dosering*

*dan voor de hoofdpijn en ze is ineens de beste van de klas, ze haalt alles op, ze gaat heel goed over, ze haalde alleen nog maar achten en negens en ik had echt zoiets van, wat is er met dit kind gebeurd?’ (Moeder van een kind met het syndroom van Ehlers-Danlos)<sup>30</sup>*

*‘Wat wel bijzonder was, was dat ze meteen na de operatie, toen lag ze nog op de ic, kon ze ineens praten. Wat ze daarvoor eigenlijk niet of nauwelijks kon. Ineens kwamen er echt zinnen, met tien, twaalf woorden kwamen eruit. En eh, dat is heel apart.’ (Moeder van een kind met een wigschedel)<sup>30</sup>*

Ouders gaven daarnaast aan dat het krijgen van een diagnose hun emotionele stress deed afnemen en dat hen in staat stelde een betere reproductieve keuze te maken.<sup>11,26</sup> Er waren echter ook ouders die aangaven dat een eerdere diagnose hen zou hebben beroofd van een periode zonder zorgen.<sup>19,30</sup>

**BESCHOUWING**  
Ouders van een kind met een zeldzame aandoening hebben vaak al een gevoel dat er iets mis is wanneer ze daar voor het eerst mee naar een arts gaan. Het diagnosetraject dat dan volgt is een periode vol stress, angst en zorgen, die nog kunnen worden versterkt als de arts hen ten onrechte geruststelt of hen niet serieus neemt. Als ze de definitieve diagnose krijgen, is dat vaak een enorme opluchting; ze kunnen de zoektocht loslaten en zich gaan richten op het omgaan met de aandoening. Doorheen dit hele traject, zelfs ook nog na de diagnose, ervaren veel ouders een groot tekort aan informatie.

**De rol van de huisarts**  
In de hier besproken onderzoeken is de rol van de huisarts nauwelijks beschreven. Wellicht komt dat doordat deze in de betreffende landen een andere rol heeft dan in Nederland. Toch laat ons onderzoek diverse conclusies toe die ook op de huisarts van toepassing zijn. Eén daarvan is dat het belangrijk is gedurende het hele traject de ouders serieus te nemen en hun zorgen te erkennen.<sup>8-12,18-21,24,28-30</sup> Een andere conclusie is dat de kennis van en de awareness over zeldzame aandoeningen vaak nog tekortschieten.<sup>8,18,27</sup> Nog niet zo lang geleden is in dit blad beschreven hoe huisartsen de diagnostiek van zeldzame aandoeningen kunnen verbeteren.<sup>35</sup> Als belangrijke elementen werden genoemd het vergroten van de eigen awareness, luisteren naar de ouders, herkennen van het niet-pluisgevoel en alert zijn op het plus-teken (de combinatie van een bekende aandoening met een niet-passend symptoom). Er zijn specifieke zoekmachines die de huisarts sneller op het spoor zetten van een zeldzame aandoening, en men zou in een verwijsbrief expliciet de mogelijkheid kunnen benoemen dat er een zeldzame aandoening in het spel is.<sup>35</sup> Binnenkort verschijnt een e-learningmodule die huisartsen helpt zich te bekwamen in deze tools. Ook kan de huisarts de vaak zeer gebrekkige informatievoor-

ziening tijdens en na het diagnostische traject aanvullen door ouders te wijzen op relevante, betrouwbare websites en door hen te voorzien van schriftelijk informatiemateriaal. En niet op de laatste plaats kan de huisarts ouders ondersteuning bieden, ook na doorverwijzing naar de tweede lijn.

**Beperkingen van het onderzoek**  
Voor zover wij weten is dit het eerste overzicht van onderzoeken naar ervaringen van ouders van kinderen met een zeldzame aandoening met het diagnosetraject. Ons onderzoek had echter enige beperkingen. Ten eerste hebben we alleen kwalitatieve onderzoeken geïnccludeerd, omdat deze meer diepte-

Opmerkingen als: ‘Uw zoon is gek’, of zelfs verdenkingen van kindermishandeling

informatie geven over de ervaringen van ouders. Kwantitatieve onderzoeken, bijvoorbeeld door middel van een survey, hebben we buiten beschouwing gelaten. Ten tweede konden we niet beschikken over de volledige tekst van alle artikelen die we op basis van titel en abstract hadden geïnccludeerd, hoewel we de auteurs meerdere malen hebben benaderd. We konden deze publicaties niet meenemen in onze analyse.

**CONCLUSIE**  
Het diagnostische traject van kinderen met een zeldzame aandoening is voor de ouders een periode vol stress, angst en zorgen. De huisarts kan enige verlichting brengen door die zorgen te erkennen en de ouders het gevoel te geven dat er naar hen wordt geluisterd. Dit zou zelfs kunnen helpen het diagnostische proces te versnellen. ■

- LITERATUUR**
1. Schieppati A, Henter JL, Daina E, Aperia A. Why rare diseases are an important medical and social issue. Lancet 2008; 371:2039-41.
  2. Zeldzame ziekten. Bilthoven: RIVM, 2017. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/zeldzame-aandoeningen/cijfers-context/prevalentie#!node-prevalentie-zeldzame-aandoeningen-naar-leeftijd>.
  3. Nationaal Plan Zeldzame Ziekten (NPZZ). Den Haag: ZonMw, 2013.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org)

Nijhuis MG, Alma MA. Diagnostiek van zeldzame ziekten: een literatuuronderzoek naar de ervaringen van ouders. Huisarts Wet 2018;61(9):14-7. DOI:10.1007/s12445-018-0243-8. VSOP, Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties, Soest [tot 1 december 2017]: M.G. Nijhuis, jeugdarts, beleidsmedewerker [thans werkzaam bij Sofia Zorg, Soest], marianne@sofiazorg.nl. UMC Groningen, afdeling Toegepast Gezondheidsonderzoek: dr. M.A. Alma, senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: dit literatuuroverzicht maakt deel uit van het project Vroegsignalering, gefinancierd door het Innovatiefonds Zorgverzekeraars [dossiernummer 2938].



# Cholesterolverlaging door PCSK9-remmers

Anke Lambooi

**PCSK9-remmers vormen een nieuwe generatie cholesterolverlagende middelen voor patiënten met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten. Alirocumab en evolocumab verlagen het LDL-cholesterol met gemiddeld 50% meer dan placebo, en werken ook bij mensen die geen statines verdragen. Ze verlagen eveneens de kans op myocardinfarct, beroerte en cardiovasculaire sterfte bij deze hoogrisicopatiënten, maar de absolute risicoreductie is vrij bescheiden en de totale mortaliteit is vergelijkbaar met placebo. Over de veiligheid en de effectiviteit bij langdurig gebruik weten we weinig. Mede gezien de hoge kosten en de subcutane toediening lijkt de plaats van de PCSK9-remmers in de dagelijkse praktijk op dit moment dan ook bescheiden.**

In 2016 kwamen er in Nederland twee nieuwe middelen beschikbaar die het LDL-cholesterol verlagen: de PCSK9-remmers alirocumab (Praluent®) en evolocumab (Repatha®). Nog datzelfde jaar telde Nederland drieduizend gebruikers.<sup>1</sup> PCSK9-remmers verlagen het LDL-cholesterol, maar verlagen ze ook de kans op hart- en vaatziekten? En tegen welke prijs?

## EEN NIEUWE GENERATIE MEDICIJNEN

PCSK9-remmers zijn monoklonale antilichamen die zijn gericht tegen het eiwit PCSK9. Dat eiwit bindt zich aan LDL-receptoren in de lever en stimuleert daardoor de absorptie en afbraak van deze receptoren. PCSK9-remmers blokkeren dit eiwit en voorkomen daarmee de afbraak van LDL-receptoren, zodat de lever meer LDL-deeltjes opneemt uit de bloedsomloop en de concentratie LDL-cholesterol in het bloed daalt.<sup>2</sup> PCSK9-remmers zijn alleen als subcutane injectie beschikbaar. De patiënten moeten zichzelf elke twee of vier weken een injectie toedienen met een kant-en-klare wegwerpspuit of -pen.

## Indicatie

PCSK9-remmers zijn bedoeld voor patiënten met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten, die hun streefwaarden voor het LDL-cholesterol niet halen. Dit zijn patiënten met familiale hypercholesterolemie of patiënten die al een cardiovasculair event hebben doorgemaakt. De patiënt moet al een statine gebruiken in de maximaal verdraagbare dosering, en moet daarnaast ook ezetimib gebruiken. Alleen wanneer een patiënt drie verschillende statines niet verdraagt, ook niet in

lage doseringen, is statinegebruik geen vereiste om voor een PCSK9-remmer in aanmerking te komen.<sup>2</sup>

## Effect op LDL-cholesterol

In diverse onderzoeken is gebleken dat PCSK9-remmers de concentratie LDL-cholesterol in het bloed met 54% meer verlagen dan placebo en met 30% meer dan ezetimib.<sup>3</sup> Daarbij lijkt het niet uit te maken welke andere lipidenverlagende middelen de deelnemers al gebruikten. Het effect van de PCSK9-remmers komt boven op een bestaande verlaging van het LDL-cholesterol door bijvoorbeeld statines. Patiënten kunnen zo zeer lage LDL-cholesterolspiegels halen. Bovendien zijn PCSK9-remmers ook effectief bij patiënten die geen statines verdragen: bij hen daalde het LDL-cholesterol even sterk als bij patiënten die wel een statine gebruikten.<sup>4,5</sup> Naast hun effect op het LDL-cholesterol hebben PCSK9-remmers ook effect op andere lipiden. Ze verlagen de concentratie triglyceriden, apolipoproteïne B en lipoproteïne(a), en verhogen het HDL-cholesterol.<sup>3</sup>

## EFFECT OP HART- EN VAATZIEKTEN

Onderzoeken met statines hebben een verband laten zien tussen de mate van LDL-daling en een verlaging van het risico op hart- en vaatziekten.<sup>6,7</sup> Een belangrijke vraag is in hoeverre de extra verlaging van het LDL-cholesterol door PCSK9-rem-

## DE KERN

- PCSK9-remmers [alirocumab en evolocumab] verlagen het LDL-cholesterol sterk, onafhankelijk van andere cholesterolverlagende middelen.
- Om één geval van myocardinfarct, beroerte of cardiovasculaire sterfte te voorkomen, moeten 74 hoogrisicopatiënten twee jaar lang evolocumab gebruiken.
- Om één geval van myocardinfarct, instabiele angina pectoris, beroerte of cardiovasculaire sterfte te voorkomen, moeten 53 hoogrisicopatiënten bijna drie jaar lang alirocumab gebruiken.
- De kosten van een PCSK9-remmer bedragen ongeveer 6000 euro per patiënt per jaar, ten opzichte van 10 tot 50 euro voor een statine.

mers zich ook vertaalt in een daling van het aantal patiënten met een hart- en vaatziekte. Voor alirocumab en evolocumab is dit onderzocht in placebogecontroleerde onderzoeken bij patiënten met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten.

## Effect van evolocumab op hart- en vaatziekten

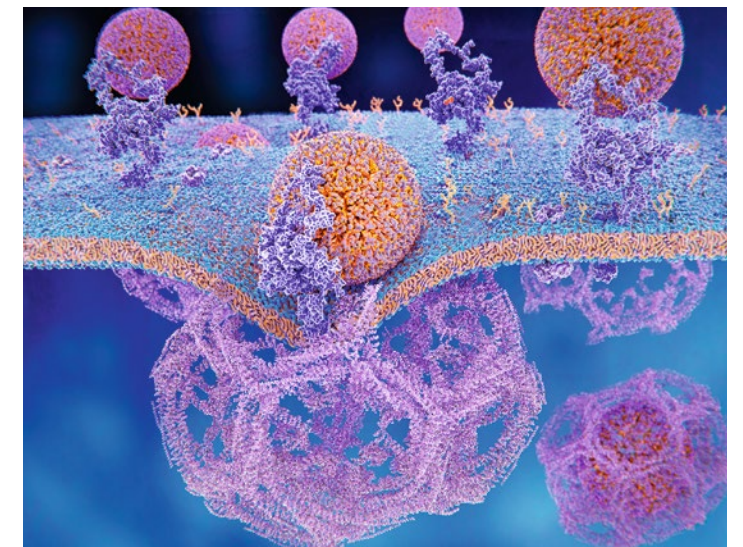
Aan het FOURIER-onderzoek deden 27.564 patiënten mee van 40 tot 85 jaar, die placebo of evolocumab gingen gebruiken. Alle deelnemers hadden een atherosclerotische aandoening, namelijk myocardinfarct, niet-hemorragische beroerte of symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden, en aanvullende risicofactoren voor hart- en vaatziekten zoals diabetes mellitus of roken. Bij aanvang van het onderzoek was hun LDL-cholesterolspiegel hoger dan 1,8 mmol/l terwijl ze al een statine gebruikten (equivalent aan atorvastatine 20 mg of meer) en eventueel ezetimib. De deelnemers bleven hun medicatie tijdens het onderzoek gebruiken.<sup>8</sup> De mediane follow-up bedroeg 26 maanden.

Het primaire eindpunt van het onderzoek was een samengestelde uitkomstmaat, bestaande uit cardiovasculaire sterfte, myocardinfarct, beroerte, ziekenhuisopname voor instabiele angina pectoris en coronaire revascularisatie. Zo'n primair eindpunt deed zich voor bij 11,3% van de deelnemers in de placebogroep versus 9,8% in de evolocumabgroep. Dit verschil was significant ( $p < 0,001$ ).

Het belangrijkste secundaire eindpunt was eveneens een samengestelde uitkomstmaat, bestaande uit cardiovasculaire sterfte, myocardinfarct en beroerte. Ook hier had evolocumab een significant betere uitkomst dan placebo. De auteurs berekenden voor dit eindpunt een number needed to treat (NNT) van 74: er moeten 74 patiënten twee jaar lang met evolocumab worden behandeld om één secundair eindpunt te voorkomen. Er was geen verschil in mortaliteit tussen beide groepen.<sup>8</sup> Vanwege de relatief korte duur van het onderzoek blijft onduidelijk hoe veilig en effectief evolocumab op de langere termijn is. Verder valt op dat de hazardratio in Europa duidelijk minder in het voordeel van evolocumab uitviel dan in andere delen van de wereld. Binnen de placebogroep lag de incidentie van de eindpunten in Europa lager dan in bijvoorbeeld Noord-Amerika. Mogelijk hadden in Europa meer patiënten al een lage LDL-cholesterolspiegel en had de verdere verlaging door evolocumab daardoor minder effect. Het is dus de vraag in hoeverre de resultaten van het FOURIER-onderzoek representatief zijn voor Nederland.

## Effect van alirocumab op hart- en vaatziekten

Ook voor alirocumab is het effect op hart- en vaatziekten onderzocht. Het ODESSEY-OUTCOMES-onderzoek includeerde patiënten die in het voorgaande jaar een acuut coronair syndroom hadden doorgemaakt en bij wie de LDL-cholesterolspiegel hoger was dan 1,8 mmol/l ondanks optimale behandeling met lipidenverlagende middelen. Deelnemers moesten een statine gebruiken in de hoogste dosering die ze verdroegen.<sup>9</sup> Ook hier was het primaire eindpunt een samengestelde uit-



LDL-receptoren op een celmembran.

Foto: Getty images

komstmaat, bestaande uit cardiovasculaire sterfte, myocardinfarct, beroerte en ziekenhuisopname voor instabiele angina pectoris. Dit primaire eindpunt kwam voor bij 11,1% in de placebogroep en 9,5% in de alirocumabgroep, een significant verschil ( $p = 0,0003$ ). Het NNT voor dit eindpunt was 53 patiënten gedurende 34 maanden. De cardiovasculaire sterfte was vergelijkbaar in de alirocumab- en de placebogroep, maar de totale sterfte was lager in de alirocumabgroep. De onderzoekers gaven zelf al aan dat dit resultaat geen zekerheid geeft, maar alleen kan leiden tot verdere hypothesevermijning. Voor het onderzoek begon, hadden zij vastgesteld in welke volgorde de eindpunten getoetst zouden worden. Wanneer een eindpunt geen significant verschil liet zien, waren de resultaten van alle volgende eindpunten alleen indicatief. Cardiovasculaire sterfte kwam in deze volgorde vóór de totale sterfte.<sup>10</sup>

De kosten bedragen ongeveer 6000 euro per patiënt per jaar

## BIJWERKINGEN EN VEILIGHEID

De meest voorkomende bijwerkingen in de kortlopende registratieonderzoeken waren reacties op de injectieplaats en luchtwegklachten.<sup>2</sup> De registratieautoriteiten hebben de fabrikanten opgedragen extra onderzoek te doen naar mogelijke effecten op de cognitie, op het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2 en op cataract.

Er is veel discussie gevoerd over een al dan niet bestaande invloed van statines op de cognitie.<sup>11,12</sup> Cholesterol is een belangrijke bouwstof voor de celmembranen van zenuwweefsel en speelt een belangrijke rol bij de vorming van synapsen. Omdat lipoproteïnen met cholesterol de bloed-hersenbarrière niet kunnen passeren, maken de hersenen zelf cholesterol aan. Middelen die de aanmaak van cholesterol remmen en de

bloed-hersenbarrière wél passeren, zouden de cholesterol-synthese in het brein kunnen belemmeren.<sup>13</sup> Bij een deel van de deelnemers aan het FOURIER-onderzoek zijn voor en tijdens de interventie cognitieve tests uitgevoerd. Deze lieten geen verschil zien tussen placebo en evolocumab. In beide groepen was de achteruitgang ten opzichte van de aanvangsmeting klein, maar de mediane follow-up was slechts 19 maanden en de tests maten slechts een klein aantal cognitieve vaardigheden.<sup>14</sup> In een meta-analyse van veertien onderzoeken bleek dat deelnemers die alirocumab gebruikten ongeveer evenveel cognitieve bijwerkingen meldde als deelnemers die placebo of ezetimib gebruikten.<sup>15</sup> In al deze onderzoeken was de follow-up echter kort.

## PCSK9-remmers zijn bedoeld voor hoogrisicopatiënten

Statinegebruik is ook in verband gebracht met het ontwikkelen van diabetes mellitus type 2. Dit verband lijkt sterker bij een lagere waarde voor het LDL-cholesterol.<sup>16</sup> Bovendien is bekend dat mensen bij wie het PCSK9-eiwit is uitgeschakeld door een genetische afwijking vaker diabetes ontwikkelen dan mensen zonder die afwijking, al weet men niet welk mechanisme hierachter zit.<sup>17</sup> Dit was aanleiding voor extra onderzoek naar het ontwikkelen van diabetes mellitus bij mensen die een PCSK9-remmer gebruiken, maar tot nu toe is er geen significant verschil gevonden met placebo of ezetimib.<sup>8,18,19</sup> Patiënten die met alirocumab of evolocumab een zeer laag LDL-cholesterol haalden, hadden een verhoogd risico op cataract, ook bij een relatief korte behandelduur. Bij patiënten die alirocumab gebruikten, kwam cataract voor bij 2,5% van degenen met een LDL-cholesterol < 0,65 mmol/l en bij 0,8% van degenen met een LDL-cholesterol ≥ 0,65 mmol/l. De absolute aantallen waren echter laag.<sup>20</sup> Gebruikers van evolocumab met een LDL-cholesterol < 0,5 mmol/l hadden een oddsratio voor cataract van 1,54 (95%-BI 1,03 tot 2,31) ten opzichte van gebruikers met een LDL-cholesterol ≥ 2,6 mmol/l. Voor andere LDL-cholesterolwaarden was het verschil niet significant.<sup>21</sup>

### KOSTENEFFECTIVITEIT

De kosten van een PCSK9-remmer bedragen ongeveer 6000 euro per patiënt per jaar.<sup>22</sup> De exacte kosten zijn niet bekend, want PCSK9-remmers maken onderdeel uit van de prijsarrangementen tussen het ministerie van VWS en de fabrikanten.<sup>23</sup> Ter vergelijking: een statine kost ongeveer 10 tot 50 euro per patiënt per jaar.<sup>22</sup> PCSK9-remmers worden alleen onder voor-

waarden vergoed; het voorschrijven is voorbehouden aan een cardioloog of vasculair internist.<sup>24</sup> Op basis van de uitkomstenonderzoeken en de officiële prijzen kan een schatting worden gemaakt van de kosten die het voorkomen van één myocardinfarct, beroerte of cardiovasculair overlijden met zich meebrengt. Het FOURIER-onderzoek wees uit dat 74 mensen gedurende twee jaar evolocumab moesten gebruiken naast een statine om één complicatie te voorkomen.<sup>8</sup> Dit zou 888.000 euro kosten. In het ODYSSEY-OUTCOMES-onderzoek moesten 53 mensen gedurende drie jaar alirocumab gebruiken naast een statine om één complicatie te voorkomen.<sup>10</sup> Dit zou 954.000 euro kosten.

### BESCHOUWING

PCSK9-remmers zijn effectieve verlagers van het LDL-cholesterol. Ze verlagen ook de kans op hart- en vaatziekten, maar de numbers needed to treat zijn hoog. Om te voorkomen dat één hoogrisicopatiënt een hart- en vaatziekte krijgt, moeten tientallen hoogrisicopatiënten behandeld worden. Bij patiënten met een lager risico op hart- en vaatziekten zal dat getal naar verwachting nog veel hoger zijn en navenant hogere kosten met zich meebrengen. Daarbij is over de effectiviteit en veiligheid op langere termijn van deze nieuwe generatie middelen nog weinig bekend. Voorlopig is enige terughoudendheid dus zeker op zijn plaats. De rol van de huisarts blijft – mede vanwege de regels voor vergoeding – voorlopig beperkt tot het monitoren van de bijwerkingen van deze middelen. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement heeft nog geen plaatsbepaling gegeven. Wel worden de PCSK9-remmers besproken in tweedelijns richtlijnen. ■

### LITERATUUR

1. GIP-databank. [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl), geraadpleegd 1 april 2018.
2. Farmacotherapeutisch Kompas. [www.fkzin.nl](http://www.fkzin.nl), geraadpleegd 1 juni 2018.
3. Schmidt AF, Pearce LS, Wilkins JT, Overington JP, Hingorani AD, Casas JP. PCSK9 monoclonal antibodies for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4:CD011748.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Lambooi AC. Cholesterolverlaging door PCSK9-remmers. *Huisarts Wet* 2018;61(9):18-20. DOI:10.1007/s12445-018-0256-3. Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht: A.C. Lambooi, apotheker. Correspondentie: [a.lambooi@medicijngebruik.nl](mailto:a.lambooi@medicijngebruik.nl). Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur is werkzaam bij het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM). Het IVM ontvangt subsidie van het ministerie van VWS voor het project 'Medicijnbalans', dat tot doel heeft objectieve informatie te verschaffen aan zorgverleners over nieuwe geneesmiddelen.

# H&W

*Kijkt u elke maand uit naar de nieuwe H&W? En beslist u graag mee over de inhoud?*  
*Solliciteer dan op onze vacature.*

Per 1 januari 2019 zoeken wij een

## Redactielid Huisarts en Wetenschap

### WIE ZOEKEN WIJ?

Bij voorkeur een praktiserend huisarts die vlot kan schrijven, beschikt over een creatieve en kritische geest en een voor H&W relevant netwerk. Het is handig om ervaring te hebben met het beoordelen en publiceren van wetenschappelijke literatuur en/of het geven van onderwijs. Daarnaast is het prettig om affiniteit te hebben met implementatie en nascholing. Wij geven de voorkeur aan sollicitanten die gepromoveerd zijn en/of een aanstelling hebben bij een wetenschappelijke instelling.

### WAT VRAGEN WIJ?

Enthousiasme en bereidheid om – tegen vergoeding – vier uur per week met H&W bezig te zijn. Taken: kopij lezen en beoordelen, auteurs begeleiden, journaals en andere stukken schrijven, auteurs werven, ideeën spuien over de inhoud en samenstelling van H&W.

### WAT BIEDEN WIJ?

Een levendige, gezellige club van acht huisartsen en onderzoekers die elke maand samenkomt om kopij te bespreken en om te bedenken welke onderwerpen er in H&W moeten komen. Zij werken nauw samen met een vierkoppige, professionele bureauredactie.

### MEER WETEN?

Voor nadere inlichtingen over de functie kunt u zich op dinsdag, donderdag en vrijdag wenden tot dr. Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W via [i.smeele@nhg.org](mailto:i.smeele@nhg.org) of 030-2823500 of 06-17068540.

### BELANGSTELLING?

Mail uw sollicitatie met CV en motivatie vóór 22 oktober 2018 naar dr. Ivo Smeele, hoofdredacteur, via [redactie@nhg.org](mailto:redactie@nhg.org). ■





# Hartrevalidatie in de toekomst thuis?

Ans Tiessen

**Hartrevalidatie gebeurt in Nederland in principe in een multidisciplinair, poliklinisch programma. De methode is effectief, maar de deelname valt tegen. De conclusie uit een onlangs gepubliceerde cochranereview is dat gestructureerde thuisrevalidatie met ondersteuning van een zelfhulpboek en een gezondheidszorgmedewerker even effectief kan zijn als revalidatie in een instelling. Of dit ook voor Nederland geldt, is niet onderzocht. Het kan een optie zijn voor uitvallers.**

Hart- en vaatziekten kostten in Nederland in 2015 863.100 gezonde levensjaren: 517.000 door slechte gezondheid en 346.100 door vroegtijdig overlijden.<sup>1</sup> In Nederland doorloopt de patiënt na een cardiaal *event* in de regel een poliklinisch revalidatieprogramma met oefentherapie en psychische en educatieve interventies.<sup>2-4</sup> Na deelname aan Nederlandse hartrevalidatie is het overlijdensrisico tot vier jaar na afloop 35% lager, maar slechts een minderheid van de patiënten volgt een revalidatieprogramma.<sup>5</sup> Vooral vrouwen, ouderen en mensen uit een lagere sociaal-economische klasse (SES) starten minder vaak.<sup>5-7</sup> Ook de uitval is aanzienlijk: 20% van de deelnemers haakt voortijdig af, vooral patiënten met diabetes, rokers of patiënten met een eerder doorgemaakt myocardinfarct. In het Verenigd Koninkrijk biedt het Heart Manual Programme een alternatief voor poliklinische hartrevalidatie: revalidatie in de woonomgeving met ondersteuning van een zelfhulpboek en een gezondheidszorgmedewerker.<sup>8</sup>

revalidatieprogramma's in bijvoorbeeld poliklinieken, fysiotherapiecentra of sportcentra. Van de in totaal 23 programma's bevatten er zes alleen een fysieke component. De reviewers vonden na maximaal twaalf maanden follow-up geen verschil tussen de beide behandelarmen voor wat betreft de totale mortaliteit (relatief risico (RR) 1,19; 95%-BI 0,65 tot 2,16), inspanningsvermogen (gestandaardiseerd gemiddeld verschil -0,13; 95%-BI -0,28 tot 0,02) of gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven (geen kwantificering mogelijk). In de thuisrevalidatiearm voltooiden iets meer deelnemers het hele programma dan in de poliklinische-revalidatiearm (RR 1,04; 95%-BI 1,00 tot 1,08). De kwaliteit van het bewijs was echter zeer laag (mortaliteit) tot hooguit middelmatig (kwaliteit van leven). De reviewers vonden geen aanwijzingen dat een van beide vormen van hartrevalidatie kosteneffectiever was dan de andere. Ze concludeerden dat beide opties gelijkwaardig zijn en dat patiënten dus wat te kiezen hebben.

## RELATIEF LAAG GEZONDHEIDSRISICO DEELNEMERS

Of beide opties, zeker in de Nederlandse situatie, echt gelijkwaardig zijn, is de vraag. In de review valt op dat het gezondheidsrisico voor de meeste deelnemers relatief laag was en dat slechts drie van de 23 onderzoeken uitkomsten hadden na meer dan twaalf maanden. De cijfers over mortaliteit zijn daarom weinig informatief – uit een eerdere cochranereview bleek dat hartrevalidatie bij laagrisicopatiënten de eerste twaalf maanden wel effect heeft op ziekenhuisopnames, maar niet op de mortaliteit.<sup>10</sup> De geïncludeerde onderzoeken waren bovendien heterogeen: de interventies verschilden zozeer wat betreft inhoud, intensiteit en begeleiding, dat de resultaten lastig te vergelijken zijn. Daarbij was slechts 19% van de deelnemers vrouw en hadden de reviewers maar één Nederlands onderzoek geïncludeerd, een beweeginterventie met een follow-up van niet meer dan twaalf weken.<sup>11</sup> De gangbare Nederlandse manier van hartrevalidatie is poliklinisch en multidisciplinair.<sup>3,4</sup> Dit geeft mogelijk betere resultaten dan de instellingen die onderzocht zijn in de review, waarvan zes onderzoeken zich alleen op het fysieke aspect richtten. Alvorens onze aanpak van hartrevalidatie te veranderen, zouden we daarom moeten weten wat de deelnamepercentages en effecten zijn in de groepen die voor Nederland relevant zijn om te vergelijken: thuisbehandeling, een multidisciplinaire aanpak dichtbij huis, bijvoorbeeld met training in een lokaal fysiotherapiecentrum, en programma's in een ziekenhuis of revalidatie-instelling. Het Britse thuisprogramma bestaat al 25 jaar en is ingebed in



Gestructureerde thuisrevalidatie lijkt even effectief als revalidatie in een instelling.

Foto: iStock

het nationale gezondheidszorgsysteem.<sup>8</sup> De verpleegkundigen en fysiotherapeuten die de patiënten begeleiden, krijgen een training van twee dagen. Afgeleide thuisprogramma's worden al uitgebreid buiten het Verenigd Koninkrijk gebruikt. Voor Nederland bieden de goede uitkomsten van de thuisprogramma's wellicht al mogelijkheden voor mensen die afhaken bij gangbare programma's. Bij gebrek aan onderzoeken met patiënten met een hoog risico lijkt het beter om deze groep voorlopig te blijven motiveren deel te nemen aan een (poli) klinisch opgezet revalidatieprogramma. ■

## LITERATUUR

1. Buddeke J, Van Dis I, Visseren FLJ, Vaartjes I, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2017, cijfers over leefstijl, risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Hartstichting; 2017. p. 7-44.
2. Rutten FH, Bakx JC, Bruins Slot MH, Van Casteren BC, Derks CJT, Rambharose VR, et al. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55:564-70.
3. Multidisciplinaire richtlijn Hartrevalidatie 2011. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, 2011.
4. Ter Hoeve N, Janssen V, Kraaijenhagen RA, Van den Berg-Emons RJ. Hartrevalidatie in beweging. Nederlands Tijdschrift voor Revalidatie 2015;6:288-90.
5. De Vries H, Kemps HM, Van Engen-Verheul MM, Kraaijenhagen RA, Peek N. Cardiac rehabilitation and survival in a large representative community cohort of Dutch patients. Eur Heart J 2015;36:1519-28.
6. Sunamura M, Ter Hoeve N, Geleijnse ML, Steenaard RV, Van den Berg-Emons HJ, Boersma H, et al. Cardiac rehabilitation

in patients who underwent primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction: determinants of programme participation and completion. Neth Heart J 2017;25:618-28.

7. Van Engen-Verheul M, De Vries H, Kemps H, Kraaijenhagen R, De Keizer N, Peek N. Cardiac rehabilitation uptake and its determinants in the Netherlands. Eur J Prev Cardiol 2013;20:349-56.
8. The heart manual. Edinburgh: NHS Lothian, 2018. www.the-heartmanual.com.
9. Anderson L, Sharp GA, Norton RJ, Dalal H, Dean SG, Jolly K, et al. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev 2017;6:CD007130.
10. Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev 2014;(12):CD011273. DOI: 10.1002/14651858.CD011273.pub2.
11. Kraal JJ, Peek N, Van den Akker-Van Marle ME, Kemps HM. Effects of home-based training with telemonitoring guidance in low to moderate risk patients entering cardiac rehabilitation: short-term results of the FIT@Home study. Eur J Prev Cardiol 2014;21:26-31.

Tiessen AH. Hartrevalidatie in de toekomst thuis? Huisarts Wet 2018;61(9):24-5. DOI:10.1007/s12445-018-0221-1. Huisartsenpraktijk J. de Waard, Kollum: dr. A.H. Tiessen, huisarts en docent/coach aan de Rijksuniversiteit Groningen, a.h.tiessen@hotmail.com. Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.



# Existentieel lijden als indicatie voor palliatieve sedatie

Rogier van Deijck, Carel Veldhoven, Jeroen Hasselaar, Stans Verhagen, Kris Visser, Raymond Koopmans

**Behalve bij refractaire symptomen als pijn, dyspneu en delier passen artsen palliatieve sedatie ook toe bij niet-lichamelijke refractaire symptomen als existentieel lijden. Maar is dat wel de geëigende interventie bij deze indicatie? Wat zeggen de richtlijnen hierover? En wordt deze interventie bij existentieel lijden niet te snel als een verkapt euthanasiemiddel ingezet? Er is meer duidelijkheid nodig over toepassing van continue palliatieve sedatie bij de indicatie existentieel lijden.**

Pijn, dyspneu en delier zijn de meest voorkomende refractaire symptomen die aanleiding geven tot het inzetten van palliatieve sedatie.<sup>1</sup> Daarnaast kunnen ook niet-lichamelijke symptomen als existentieel lijden refractair worden. Over de toepassing van continue palliatieve sedatie bij existentieel lijden blijft discussie bestaan.<sup>2,3</sup> Wat verstaan we eigenlijk onder existentieel lijden? Hoe vaak vindt continue palliatieve sedatie voor deze vorm van lijden plaats? Hoe verhoudt existentieel lijden als refractair symptoom zich tot refractaire lichamelijke klachten? En is continue palliatieve sedatie de geëigende interventie in het geval van refractair existentieel lijden? Met dit artikel willen wij meer inzicht geven in existentieel lijden als indicatie voor de toepassing van continue palliatieve sedatie en hoe hierover gedacht wordt.

## EXISTENTIEEL LIJDEN

Tot op heden ontbreekt voor existentieel lijden een internationaal geaccepteerde definitie.<sup>4</sup> Volgens de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie heeft existentieel lijden betrekking op door de patiënt ervaren zinloosheid c.q. leegheid van het bestaan.<sup>5</sup> Een literatuuronderzoek naar de toepassing van palliatieve sedatie voor existentieel lijden laat zien dat de gebruikte definities een gezamenlijk thema hebben: het verlies van persoonlijke betekenis en een ultieme wens antwoord te vinden op vragen als: ‘Waarom ik?’, ‘Waarom ben ik hier?’ en ‘Wat is de zin van het leven?’<sup>6</sup> Binnen het conceptuele filosofische kader van Murata wordt existentieel lijden gedefinieerd als pijn die wordt veroorzaakt door het verdwijnen van het zijn en de persoonlijke betekenis.<sup>7</sup> Volgens de National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) ontstaat existentieel lijden door een verlies van betekenis, doel en hoop met betrekking tot het leven.<sup>8</sup> We hebben één patiëntgebonden onderzoek gevonden

dat een definitie geeft van existentieel lijden en dat omschrijft het als onder andere de aanwezigheid van gevoelens van zinloosheid, het niet-waardig zijn, het tot last zijn voor anderen, afhankelijkheid, doodsangst en gebrek aan sociale steun.<sup>9</sup>

## EXISTENTIEEL LIJDEN ALS ONDERDEEL VAN PALLIATIEVE ZORG

Bij palliatieve zorg gaat het om een integrale benadering, waarin naast behandeling van fysieke klachten vragen van de patiënt over psychosociale en spirituele aspecten, en aandacht en emotionele ondersteuning voor de naasten een vaste plek hebben.<sup>10</sup> De zorg voor patiënten in de laatste levensfase richt zich dan ook niet alleen op somatische problemen, maar is gebaseerd op een holistische benadering door professionele

### DE KERN

- Existentieel lijden kunnen we omschrijven als ‘lijden dat ontstaat wanneer de zin van het leven verloren is gegaan’.
- In de dagelijkse praktijk vindt continue palliatieve sedatie geregeld bij refractair existentieel lijden plaats. Dit lijden is dan onderdeel van een refractair toestandsbeeld met klachten in meerdere dimensies.
- Bij een refractair toestandsbeeld verergert existentieel lijden mogelijk de aanwezige lichamelijke klachten en vermindert het de veerkracht van de patiënt, zonder dat het existentieel lijden zelf doorslaggevend is bij de indicatiestelling van continue palliatieve sedatie.
- Consulteer in de periode voorafgaand aan de toepassing van continue palliatieve sedatie deskundigen op het gebied van existentiële vraagstukken en dat van palliatieve zorg wanneer existentieel lijden het belangrijkste symptoom is binnen een refractair toestandsbeeld. Overweeg een rustperiode met behulp van intermitterende sedatie.
- Voorkom bij patiënten met een levensverwachting van meer dan twee weken dat continue palliatieve sedatie bij existentieel lijden als sluiproute voor euthanasie wordt toegepast.



Continue palliatieve sedatie vindt in de dagelijkse praktijk geregeld plaats.

Foto: Sorrowing Old Man ('At Eternity's Gate') - Van Gogh, 1890

hulpverleners, waarin ruime aandacht is voor psychosociale problemen en existentieel lijden. Palliatieve zorg moeten we zien als een continuüm van zorg, met aandacht voor alle bovengenoemde dimensies, die start op het moment van de diagnose en eindigt bij de zorg voor de naasten na het overlijden van de patiënt.<sup>11</sup> Tegen het einde van dit continuüm van zorg kan palliatieve sedatie plaatsvinden als medische interventie bij refractaire symptomen.<sup>12,13</sup>

## PALLIATIEVE SEDATIE

De KNMG stelt dat het bij palliatieve sedatie om normaal medisch handelen gaat en heeft een landelijke richtlijn opgesteld voor de indicatiestelling, de randvoorwaarden, het besluitvormingsproces en de uitvoering.<sup>5</sup> Volgens deze richtlijn is palliatieve sedatie ‘het opzettelijk verlagen van het bewustzijn van een patiënt in de laatste levensfase’.<sup>5</sup> De indicatie voor palliatieve sedatie vormt het bestaan van een of meer onbehandelbare ziekteverschijnselen (refractaire symptomen), die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt. Een symptoom is of wordt refractair als geen van de con-

ventionele behandelingen (voldoende snel) effectief is en/of als deze behandelingen gepaard gaan met onaanvaardbare bijwerkingen.<sup>5,14-16</sup>

Palliatieve sedatie omvat twee verschillende typen interventies: kortdurende of intermitterende palliatieve sedatie en continue sedatie tot aan het moment van overlijden. Beide interventies worden toegepast vanwege refractaire symptomen, met het verschil dat continue palliatieve sedatie alleen mag worden toegepast bij patiënten met een geschatte levensverwachting van minder dan twee weken.<sup>5</sup> Bij deze levensverwachting zal continue palliatieve sedatie het moment van overlijden niet beïnvloeden.<sup>5</sup>

## RICHTLIJNEN VOOR PALLIATIEVE SEDATIE BIJ EXISTENTIEEL LIJDEN

Existentieel lijden kan op elk moment in de palliatieve fase ontstaan, maar heeft anders dan lichamelijke klachten vaak een niet-progressief beloop en kan fluctueren.<sup>14,17</sup> Bovendien komt het vaak voor dat existentieel lijden niet resulteert in een refractair symptoom wanneer de patiënt over voldoende aan-



passingsvermogen en goede copingvaardigheden beschikt.<sup>14,17</sup> Ten slotte is het voor artsen moeilijk om te bepalen of existentieel lijden daadwerkelijk refractair is en om dit lijden te onderscheiden van andere aandoeningen, zoals depressie.<sup>14,17,18</sup> De American Medical Association (AMA) stelt dan ook dat existentieel lijden beter behandeld kan worden met andere interventies dan continue palliatieve sedatie,<sup>19</sup> ook al ontbreekt een duidelijke omschrijving van die interventies.<sup>14,17</sup> De KNMG-richtlijn stelt dat existentieel lijden net als pijn wel onderdeel kan uitmaken van refractaire symptomen die leiden tot ondraaglijk lijden van de patiënt.<sup>5</sup> De richtlijn beschrijft deze categorie als ‘patiënten die al veel achter de rug hebben en die als het ware naar continue sedatie zijn ‘toegegroeid’. Deze patiënten zijn vaak ernstig ziek en verzwakt, staan dicht bij de dood en hebben meerdere, vaak ernstige lichamelijke klachten. Het lichaam van de patiënt is letterlijk en figuurlijk aan het einde en vaak is alles al gezegd. Onder deze omstandigheden kunnen patiënten aangeven de laatste dagen van hun leven niet meer te willen meemaken en vragen om continu gesedeerd te worden.<sup>5</sup> Naast de voorwaarden voor de toepassing van continue palliatieve sedatie die ook gelden voor andere indicaties, namelijk informed consent en een levensverwachting van maximaal twee weken, stelt de richtlijn voor de indicatie refractair existentieel lijden nog extra voorwaarden. Ten eerste moeten zorgverleners in de periode voorafgaand aan het ontstaan van refractair existentieel lijden via communicatie of spirituele ondersteuning geprobeerd hebben het lijden te verminderen. Bij het beoordelen van existentieel lijden is medische deskundigheid niet voldoende, maar moet consultatie plaatsvinden met een deskundige op het terrein van zingevingsproblematiek, zoals een geestelijk verzorger, en eventueel een deskundige op het gebied van psychosociale problematiek, bijvoorbeeld een psycholoog. Daarnaast stelt de KNMG-richtlijn dat het niet

## Is continue palliatieve sedatie de geëigende interventie in het geval van refractair existentieel lijden?

mag gaan om geïsoleerd refractair existentieel lijden, maar dat er sprake moet zijn van een combinatie met andere (lichamelijke) refractaire symptomen.<sup>5</sup> De richtlijn geeft aan dat het in de praktijk vaak een (niet-lineaire) optelsom van verschillende dimensies van een symptoom en/of van verschillende symptomen is, die leidt tot een voor de patiënt ondraaglijk lijden.<sup>5</sup> Andere aspecten zijn daarbij mede bepalend, bijvoorbeeld de opvatting van de patiënt over een goed sterfbed en de draagkracht van de patiënt. Verschillende symptomen en diverse contextuele aspecten kunnen in combinatie met elkaar voorkomen. In zo’n situatie kan het dan medisch-technisch mogelijk zijn om een bepaald symptoom te bestrijden, terwijl dat vanwege andere symptomen zinloos is. Dit lijkt zeker het

geval bij existentieel lijden. De aanwezigheid van lichamelijke klachten kan gerelateerd zijn aan existentieel lijden en/of existentieel lijden verergeren, en omgekeerd, wat uiteindelijk kan resulteren in een refractair toestandsbeeld.<sup>20-22</sup> Ook andere internationale richtlijnen en artikelen over palliatieve sedatie stellen dat existentieel lijden refractair kan worden en dat continue palliatieve sedatie in die gevallen mag plaatsvinden.<sup>8,14-16,23,24</sup> Naast de voorwaarden die de KNMG-richtlijn bij de indicatie van refractair existentieel lijden omschrijft, geven sommige internationale richtlijnen aan dat voorafgaand aan een continue palliatieve sedatie voor dit lijden intermitterende sedatie moet plaatsvinden.<sup>8,14</sup> Intermitterende sedatie kan in sommige gevallen een time-out creëren, waardoor het existentieel lijden vermindert en zorgverleners de tijd krijgen om andere interventies te doen.

### EXISTENTIEEL LIJDEN ALS INDICATIE VOOR PALLIATIEVE SEDATIE

In Nederlands onderzoek onder huisartsen, medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde varieert de frequentie van de toepassing van palliatieve sedatie voor de indicatie van existentieel lijden van 7,0 tot 26,4%,<sup>25-28</sup> waarbij de frequentie van deze indicatie is toegenomen na de implementatie van de KNMG-richtlijn.<sup>26</sup> Een relatief kort geleden gepubliceerd buitenlands onderzoek, verricht onder patiënten in Oostenrijkse palliatieve units, beschrijft een hoger percentage: bij 32% van de palliatieve sedaties toegepast in de laatste twee weken van het leven is existentieel lijden bij deze patiënten de indicatie.<sup>29</sup> Nederlandse onderzoeken laten ook zien dat er naast het refractair existentieel lijden meestal ook andere lichamelijke refractaire symptomen aanwezig waren.<sup>25,27,28</sup> In dit refractair toestandsbeeld was existentieel lijden slechts in 7% van de gevallen het belangrijkste symptoom voor het toepassen van continue palliatieve sedatie.<sup>27</sup> De meeste onderzoeken beschrijven niet welke interventies voor het verminderen van existentieel lijden voorafgaand aan het toepassen van palliatieve sedatie zijn ingezet om te voorkomen dat continue palliatieve sedatie noodzakelijk wordt.<sup>25-27</sup> Onderzoek onder specialisten ouderengeneeskunde laat zien dat intermitterende sedatie en raadpleging van een consulent palliatieve zorg en/of een geestelijk verzorger maar in beperkte mate plaatsvonden voordat men tot continue palliatieve sedatie overging. Dat gebeurde in respectievelijk 40,2%, 8,4% en 4,8% van de gevallen.<sup>28</sup>

### CONTINUE PALLIATIEVE SEDATIE EN EUTHANASIE

Onderzoek onder specialisten ouderengeneeskunde laat zien dat 17% van de patiënten met kanker een euthanasieverzoek had gedaan voordat ze palliatieve sedatie kregen.<sup>28</sup> De wettelijke kaders voor het inzetten van continue palliatieve sedatie verschillen van die van de toepassing van euthanasie. Continue palliatieve sedatie valt onder normaal medisch handelen, terwijl het bij euthanasie om buitengewoon medisch handelen gaat.<sup>5</sup> Daarnaast verschilt de ernst van het existentieel lijden bij het gebruik van continue palliatieve sedatie van

die bij de toepassing van euthanasie. Bij continue palliatieve sedatie maakt dit lijden in principe deel uit van een refractair toestandsbeeld, waarbij lichamelijke symptomen als pijn de belangrijkste reden zijn voor het verzoek voor sedatie.<sup>30</sup> Bij een euthanasiewens draagt existentieel lijden in sterke mate bij aan het ervaren van de ondraaglijkheid van het lijden in het kader van deze wens.<sup>30,31</sup> In deze situatie lijdt een patiënt door het existentieel lijden aan het leven, waardoor het lijden en ook het leven ondraaglijk en uitzichtloos worden, en een doodswens kan ontstaan.<sup>32,33</sup> Toch suggereren sommigen dat zorgverleners zo op een hellend vlak terechtkomen: de toepassing van continue palliatieve sedatie kan de noodzaak van euthanasie en het inwilligen van een euthanasieverzoek wegnemen.<sup>4</sup> Continue palliatieve sedatie kan zo ook worden toegepast bij patiënten die existentieel lijden en een levensverwachting hebben die *langer* is dan twee weken.<sup>4</sup> Dan kan het toepassen van continue palliatieve sedatie een sluproute worden voor euthanasie. In dergelijke complexe situaties is een vroegtijdige consultatie van een palliatief team een noodzakelijke voorwaarde voor de uiteindelijke besluitvoering. Bij patiënten in de laatste twee weken van het leven kan zich de situatie voordoen dat er zowel is voldaan aan de voorwaarden voor continue palliatieve sedatie, als aan die voor euthanasie. In die gevallen is het van belang zorgvuldig na te gaan wat de wensen van de patiënt zijn met betrekking tot het levenseinde en op welke manier hij of zij wil dat er een einde komt aan het ondraaglijk lijden: door het bewustzijn te verlagen tot het moment van overlijden of door bij bewustzijn te blijven tot het moment van een door de patiënt gewenste levensbeëindiging.<sup>5</sup>

### CONCLUSIE

Tot op heden ontbreekt een uniforme en geaccepteerde definitie van existentieel lijden. Op grond van de in de literatuur gehanteerde definities lijkt existentieel lijden gedefinieerd te kunnen worden als ‘lijden dat ontstaat wanneer de zin van het leven verloren is gegaan’. Nederlandse onderzoeken laten zien dat continue palliatieve sedatie in de dagelijkse praktijk geregeld plaatsvindt vanwege de indicatie existentieel lijden. Dit lijden maakt dan meestal deel uit van een complex van symptomen, wat in overeenstemming is met de aanbevelingen uit de KNMG-richtlijn uit 2009. Als artsen continue palliatieve sedatie toepassen met existentieel lijden als belangrijkste indicatie, dienen ze in de periode voorafgaand aan de toepassing van continue palliatieve sedatie deskundigen op het gebied van existentiële vraagstukken en palliatieve zorg te raadplegen. Zorgverleners kunnen bovendien overwegen om een rustperiode in te lassen door toepassing van intermitterende sedatie. Euthanasie en continue palliatieve sedatie verschillen onderling wat betreft wettelijke kaders, medisch handelen en de mate waarin existentieel lijden op de voorgrond staat. Toch kunnen zorgverleners zich op een hellend vlak begeven, vooral bij patiënten met existentieel lijden en een levensverwachting van meer dan twee weken. Bij deze patiënten is ter

ondersteuning van de uiteindelijke besluitvoering een vroegtijdige consultatie met een palliatief team noodzakelijk. Er is verder onderzoek nodig naar de toepassing van continue palliatieve sedatie bij de indicatie existentieel lijden, waarbij de volgende vragen aan de orde moeten komen: hoe vaak komt existentieel lijden voor als enige indicatie voor continue palliatieve sedatie en wat is de relatie tussen existentieel lijden en de andere aanwezige (lichamelijke) refractaire symptomen? Wat verstaat de behandelend arts onder de indicatie existen-

## Existentieel lijden als indicatie voor continue palliatieve sedatie is onderdeel van een refractair toestandsbeeld

tiel lijden? Welke behandelingen zijn voorafgegaan aan de toepassing van continue palliatieve sedatie, door wie zijn deze ingezet en welk effect hebben ze? Wat zijn redenen om bij een eerder euthanasieverzoek het existentieel lijden uiteindelijk te bestrijden met continue palliatieve sedatie? Met behulp van de resultaten van dergelijk onderzoek kan de praktijk van palliatieve sedatie verder worden verbeterd en kunnen de resultaten gebruikt worden bij een herziening van de KNMG-richtlijn Palliatieve sedatie, om zo meer duidelijkheid te verschaffen over de indicatie existentieel lijden. ■

### LITERATUUR

1. Beller EM, Van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. Cochrane Database Syst Rev 2015 Jan 2;1:CD010206. DOI: 10.1002/14651858.CD010206.pub2.
2. Berger JT. Rethinking guidelines for the use of palliative sedation. Hastings Cent Rep 2010;40:32-8.
3. Papavasiliou EE, Payne S, Brearley S; EUROIMPACT. Current debates on end-of-life sedation: an international expert elicitation study. Support Care Cancer 2014;22:2141-9. DOI: 10.1007/s00520-014-2200-9.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Van Deijck RHPD, Veldhoven CMM, Hasselaar JGJ, Verhagen SCAHH-VM, Vissers KCP, Koopmans RTCM. Existentieel lijden als indicatie voor palliatieve sedatie. Huisarts Wet 2018;61(9):26-9. DOI:10.1007/s12445-018-0253-6. De Zorggroep, Hospice de Ark, Roermond: dr. R.H.P.D. van Deijck, specialist ouderengeneeskunde, [rogier.van.deijck@dezorggroep.nl](mailto:rogier.van.deijck@dezorggroep.nl). Huisartsenpraktijk Berg en Dal, Berg en Dal: drs. ir. C.M.M. Veldhoven, kaderhuisarts palliatieve zorg. Radboudumc, afdeling Anesthesiologie, Pijn en Palliatieve Geneeskunde, Nijmegen: dr. J.G.J. Hasselaar, wetenschappelijk onderzoeker; dr. S.C.A.H.H.V.M. Verhagen, internist-oncoloog; prof. dr. K.C.P. Vissers, anesthesioloog, pijnspecialist, consulent palliatieve zorg; ir. C.M.M. Veldhoven, huisarts. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: prof. dr. R.T.C.M. Koopmans, specialist ouderengeneeskunde, tevens werkzaam bij De Waalboog, Joachim en Anna, Nijmegen. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.





‘We weten allemaal dat er overbehandeling is van lichte problematiek en onderbehandeling van zwaardere vormen van psychisch lijden’

Foto: Margot Scheerder

# Psychiater Jim van Os: “Huisartsen moeten zich bewust worden van de enorme invloed die ze kunnen uitoefenen in het psychisch domein”

Tanja Veenstra, Joop Dopper

**Patiënten met psychische problemen vormen voor veel huisartsen een uitdaging, ook al hebben de meesten een praktijkondersteuner-GGZ in dienst. Hoogleraar psychiatrie Jim van Os, keynotespreker tijdens het NHG-congres in november, heeft vooruitstrevende ideeën over de ggz. Met een centrale rol voor de huisarts en de praktijkondersteuner. Heel ingewikkeld hoeft het niet te zijn. Sterker nog, voor het ‘Extended Primary Care Model’ dat Van Os voor ogen staat heeft de huisarts de belangrijkste vaardigheden al in huis. Maar: “Jullie zijn nog onbewust bekwaam.”**

***Wat bracht je op het idee dat het anders moet met de ggz?***

“De wetenschap, en ervaringen met psychisch lijden in de familie. Ook het feit dat ik in verschillende landen ben opgeleid opende mij al snel de ogen: psychiatrie blijkt behoorlijk cultureel bepaald te zijn. In Frankrijk en Engeland kijken ze bijvoorbeeld heel verschillend naar het concept schizofrenie, inclusief afwijkende patiënt-

groepen en grote verschillen in behandeling. Dat relateert natuurlijk enorm. Daarbij komt dat we allemaal weten dat er overbehandeling is van lichte problematiek en onderbehandeling van zwaardere vormen van psychisch lijden, terwijl er 7 miljard euro omgaat in de ggz. Dat moet toch anders kunnen? De hedendaagse internationale wetenschap is voor mij een belangrijke ‘voedingsbron’. Door de inbreng van platforms als *Critical Neuroscience*, *Open Science* en *Science in Transition* komt alles steeds meer op zijn kop te staan. Want in hoeverre is het wetenschappelijk verantwoord om psychisch lijden samen te vatten in 300 diagnoses? Wat zeggen die over de zorgbehoefte? Over de prognose? Over de symptomen en ervaringen van mensen? Als je dat heel droog wetenschappelijk analyseert luiden de antwoorden: niets, niet veel en bitter weinig.”

***De wetenschappelijke basis van de ggz is dus onbetrouwbaar?***

“Ja, en die is aan het wankelen gebracht doordat ervaringsdeskundigen en academici, ook van buiten de psychiatrie, er vragen over begonnen te stellen. Ik ben het eens met wetenschappers als Trudy Dehue en Christien Brinkgreve, die vinden dat psychiatrische diagnoses contraproductief werken. Je helpt mensen niet door ze hun ervaring af te pakken, die terug te geven als een geleerd woord en te zeggen: ‘Jij hebt daar geen verstand van, maar ik wel’. We moeten ons losmaken van dat gammele kennisbolwerk, om opnieuw met verwondering te kijken naar de persoon tegenover ons en aandacht te hebben voor zijn verhaal. Want achter elke stoornis, achter alle psychisch lijden schuilt een verhaal.”

Jim van Os is psychiater, hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie en Publieke GGZ en voorzitter van de divisie Hersenen bij UMC Utrecht. Hij staat [inter]nationaal bekend om zijn vernieuwende ideeën over de psychiatrie. In zijn boek *De DSM-5 voorbij!* [2014] bekritiseerde hij het diagnosesdenken en de pseudowetenschappelijke basis daaronder. In 2015 zette hij samen met anderen [onder anderen Wilma Boevink en Philippe Delespaul] een beweging op die veel bijval krijgt uit het veld: de ‘Nieuwe GGZ’, met bijbehorende website: [PsychoseNet.nl](http://PsychoseNet.nl). Begin 2016 verscheen het boek *Goede GGZ!*, waarvan hij coauteur is.



### Hoe zit het dan met evidence based werken in de ggz?

“Anders dan somatische klachten, met veelal concreet meetbare uitkomsten, zijn psychische klachten subjectief en dus niet meetbaar. Effecten worden ten onrechte aan medicijnen en therapie toegeschreven, terwijl ze in werkelijkheid vooral te maken hebben met de omstandigheden waarbinnen die zijn voorgescreven. Telkens blijkt dat de context van *randomised controlled trials* (RCT’s) de uitkomsten in belangrijke mate mede bepaalt, niet zozeer de onderzochte interventies zelf. Het maakt met andere woorden eigenlijk niet zoveel uit wát je doet: cognitieve gedragstherapie, antidepressiva voorschrijven, schematherapie of welke behandeling dan ook, het gaat vooral om de manier waarop je dat doet. Evidence based werken in de ggz is daarom een illusie, een visie waarmee ook de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) onlangs kwam. Ondanks al deze bevindingen en signalen gaat 90 procent van de opleidingen in de psychiatrie en de psychologie nog steeds over technische vaardigheden; het ‘hoe’ komt nauwelijks aan bod.”

### Waar gaat dat ‘hoe’ dan over?

“Over hoe goed je als hulpverlener problemen verheldert, positieve verwachtingen oproept, mensen motiveert en ze helpt met het kanaliseren van emotionele expressie. Over het creëren van een warme en accepterende sfeer, over empathie en je vermogen om samen te werken met de patiënt. Maar je moet ook de confrontatie durven aangaan. Want bij psychisch lijden gaat het er uiteindelijk om dat je mensen op een veran-

koudwatervrees, dus is het toch weer een naslagwerk voor hokjesdenkers geworden, zonder betrouwbare wetenschappelijke basis. Ik vind echt dat we af moeten van dat etiketteren van patiënten. Je kunt beter persoonsgericht werken, uitgaan van wat je ziet. Bekijk klachten liever vanuit een bredere syndromale, sociale en narratieve duiding. Dat is ook realistisch, want patiënten hebben nu eenmaal symptomen die dwars door elkaar heen lopen: iemand kan angstig zijn en paranoïde, een beetje SOLK hebben en ook nog licht autistisch zijn. Dat is zelfs heel normaal: zo zijn mensen. Je moet gewoon nagaan aan welke zorgbehoefte je überhaupt iets kunt doen en daarmee beginnen, samen met het lokale netwerk dat je hierbij nodig hebt.”

### Hoe past medicatie daarin?

“Medicatie is een zoektocht. Ik denk dat we er veel voorzigtiger mee moeten omgaan. Langdurig gebruik – vooral van antipsychotica – is af te raden, want wat je in wezen doet is het beloningssysteem platleggen. Dat lost op termijn niets op en kan zelfs averechts werken. Een kleine minderheid vertoont weliswaar een indrukwekkende respons op medicatie, maar we kunnen niet voorspellen voor wie dat geldt en met welk middel. Ik zie medicatie daarom hoogstens als onderdeel van de behandeling. Waarbij je meteen duidelijk maakt dat stoppen problematisch kan zijn. Schrijf in geen geval beruchte middelen als paroxetine of venlafaxine voor en trap sowieso niet in het model: ‘Je mist een stofje in je hersenen en ik ga je beter maken met een pil.’ Er zijn tal van medicamenteuze en/of geestverruimende middelen die een crisissituatie kunnen verlichten, maar het echte werk moeten mensen toch zelf doen: het verbeteren van hun weerbaarheid, hoe lastig en vervelend dat ook is.”

### In het boek Goede GGZ!, waarvan je mede-auteur bent, staat een nieuwe diagnostische aanpak beschreven: is dat model ook bruikbaar voor de huisarts?

“Zeker. Je kunt eenvoudig beginnen met de vier belangrijkste vragen: 1) Wat is er met je gebeurd? 2) Wat is je kwetsbaarheid en wat is je kracht? 3) Waar wil je naartoe? en 4) Wat heb je nodig? Dat is wat je wilt weten als medicus practicus, want aan die zorgbehoefte ga je iets doen. Al met al denk ik dat het *Extended Primary Care*-model, zoals voorgesteld door de World Health Organization (WHO), de toekomst is voor de ggz. Denk aan een regio met 15.000 inwoners, waar 5 huisartsengroepen, 50 professionals uit de ggz en 50 ervaringswerkers heel direct met elkaar samenwerken, met actieve gebruikmaking en ontginning van het netwerk aan bronnen in de wijk. De groep ervaringswerkers bestaat uit mensen die psychisch lijden te boven zijn gekomen en anderen helpen hetzelfde te bereiken. Rond zo’n model creëer je een community voor mensen met ernstig psychisch lijden, een plek waar oog is voor hun problemen en waar die ook geaccepteerd worden. Waar het niet meteen gaat om behandelen, maar waar ze gewoon kunnen zijn, in contact met anderen die vergelijkbare problemen hebben.”

## ‘Bij psychisch lijden gaat het er uiteindelijk om dat je mensen op een veranderingstraject krijgt, waar ze vaak ambivalent tegenover staan’

deringstraject krijgt, waar ze vaak ambivalent tegenover staan. Het mooie is dat iedere huisarts zich dit eigen kan maken, want die is al specialist in het ‘hoe’. Door het scala aan interactieve vaardigheden en niet-specifieke interventies waarover huisartsen beschikken, zijn ze zelfs al bijna psychotherapeut. Alleen zijn ze zich daar niet van bewust en denken ze meestal: een psychiater of psycholoog kan dit vast beter, laat die het maar oplossen. Nu de ggz verschuift naar de eerste lijn, moet dat patroon veranderen. Iets wat psychiaters en psychologen overigens van pas kan komen bij een nieuwe, consulterende samenwerking met huisartsen.”

### Wat is voor jou de betekenis van de DSM-5 en wat moet de huisarts daarvan weten?

“Ik ben destijds gevraagd om daaraan mee te werken, vanwege mijn kritische opvattingen over het huidige diagnosedenken. Helaas had de redactie op het laatste moment

### Gebeurt dit in Nederland al?

“In Eindhoven is een grote zorggroep (PoZoB) zoiets aan het opzetten. Een goed voorbeeld van zo’n community – naar Amerikaans model – is het Enik Recovery College in Utrecht. Een initiatief van de gemeente, die daar heel wat geld in steekt. Het idee is dat mensen die last hebben van chronisch psychisch lijden een opleiding nodig hebben. Om te leren leven met hun psychische problemen en beperkingen. Enik biedt verschillende cursussen en bijeenkomsten aan, zoals herstelwerkgroepen, ‘stemhoordersgroepen’, *retreats* en WRAP-groepen (*Wellness Recovery Action Plan*). Die laatste zijn speciaal voor mensen die als het ware uitbehandeld zijn in de ggz, onder de antipsychotica zitten, zichzelf hebben afgeschreven en misschien euthanasievragen hebben. De groepen staan geheel onder leiding van ervaringswerkers (*peer support*). Zij proberen de deelnemers te verleiden ondanks alles over zichzelf na te denken als iemand met mogelijkheden en doelen die het leven zinvol maken. Dat klinkt eenvoudig, maar dat is het bepaald niet. Toch lukt het in Utrecht. Veel patiënten zijn ontzettend blij dat ze zonder veel poespas kunnen doorstromen naar zo’n groep. Zo pak je psychisch lijden meteen bij de bron aan, vanuit de vraag: hoe krijg je mensen zover dat ze willen veranderen? Hun verhaal speelt daarbij een centrale rol. Ze moeten dat zien te incorporeren in hun bestaan en hun leven daaromheen organiseren, zo goed en zo kwaad als het gaat.”

### In Goede GGZ! komt de functie van ervaringsdeskundige als een van de vier rollen van de hulpverlener aan de orde. Hoe zet je die in als huisarts?

“Dat is ooit mooi samengevat door Awee Prins, een filosoof die vaak voor *Medisch Contact* schrijft. Het is het verschil tussen je witte jas aan hebben en onsterfelijk zijn in de spreekkamer, en die jas uittrekken. Dan krijg je een situatie van twee sterfelijke mensen bij elkaar. Zoals onze sterfelijkheid eigenlijk voor niemand een geheim is, zo is onze psychische kwetsbaarheid dat evenmin. Iedereen maakt pijnlijke dingen mee, iedereen is bezig met herstelprocessen en weerbaarheidsbevordering. Patiënten voelen het als je je daarvan bewust bent. Een veelgehoorde klacht in de psychiatrie is dat behandelaars zich totaal onkwetsbaar opstellen. Daardoor voelen patiënten zich

niet gehoord en blijft herstel uit. Je hoeft niet meteen je eigen ervaringen te delen. Het is vooral een kwestie van uitstraling: de manier waarop je praat en kijkt. In plaats van het vergaren van technische kennis om iemand in een hokje te plaatsen, stel je je gewoon open vanuit je eigen ervaring. Het gaat om ‘presentie’ in plaats van de aloude maximale betrokkenheid met behoud van distantie.”

### Tot slot: wat kunnen huisartsen nu al doen om beter met ggz-patiënten om te gaan?

“Je kunt om te beginnen heel eenvoudig uitzoeken wat er aan informatie online beschikbaar is voor patiënten: enorm veel. Verder is het cruciaal dat je je eigen lokale netwerk creëert, met het wijkteam, herstelcoaches, fysiotherapeuten, psychologengroepen, het FACT-team (*Flexible Assertive Community Treatment*), vrouwengroepen, openbare geestelijke gezondheidszorg, gemeente, scholen enzovoort. Dat

## ‘Creëer voor jezelf een mini-ggz zonder bureaucratie. Zo maak je het makkelijker’

vereist een tijdsinvestering, maar die verdient zich over de jaren ruim terug. Je kunt tenslotte niet alles zelf doen en hebt je eigen kring nodig om patiënten vooruit te helpen. Denk aan klachten als SOLK, persoonlijkheidsproblematiek, verslaving en chronische posttraumatische stress. Verdiep je in wat psychische klachten nou precies zijn en maak dat voor jezelf helder. Ga met de poh-ggz aan de slag met niet-specifieke interventies en werk aan bewustwording van het belang van de behandelrelatie. Zoek vooral ook een ‘buddy’ in de ggz: een psychiater of psycholoog die laagdrempelig beschikbaar is voor telefonisch overleg. Misschien ga je maandelijks met elkaar om de tafel, of je ziet incidenteel samen een patiënt. Creëer voor jezelf een mini-ggz zonder bureaucratie. Zo maak je het niet moeilijker, maar juist makkelijker.” ■



# Als het functioneren tekortschiet

Jan-Willem Weenink

**Huisartsen zijn oververtegenwoordigd in tuchtzaken. Het wordt ook steeds belangrijker dat je kunt aantonen dat je je vak op een verantwoorde manier uitoefent, maar huisartsen maken vaak onvoldoende gebruik van de bestaande mogelijkheden om te reflecteren op hun eigen functioneren en op dat van collega's.**

Huisartsen moeten steeds vaker kunnen aantonen dat ze voldoen aan normen en standaarden en dat ze hun vak op een verantwoorde manier uitoefenen. Dat gaat de meesten goed af, maar niet iedereen. De afgelopen jaren is onderzocht hoe Nederlandse zorgverleners, waaronder huisartsen, omgaan met verminderd functioneren van henzelf of van collega's. En hoe huisartsen het doen in vergelijking met andere BIG-geregistreerde beroepsgroepen en met buitenlandse collega's.

## VERANTWOORD FUNCTIONEREN

Om verantwoord te kunnen functioneren moet men weten wat daaronder verstaan wordt.<sup>1</sup> Daartoe dienen kwaliteitskaders en gedragsregels. De KNMG heeft deze beschreven in het Kwaliteitskader medische zorg (2012), en daarin ook aangegeven wat er van artsen verwacht mag worden op het gebied van kwaliteitsbevordering en verantwoording. De Federatie Medisch Specialisten heeft in het visiedocument Optimaal functioneren (2013) uitgangspunten vastgelegd voor het continu verbeteren van het eigen functioneren. Voor huisartsen is er op dit moment geen vergelijkbaar document. Beroepsgroepen zoals tandartsen en verloskundigen kennen kwaliteitsregisters van beroepsbeoefenaars. Het

### DE KERN

- Minder dan de helft van de huisartsen gebruikt de beschikbare instrumenten om het eigen functioneren te evalueren.
- Huisartsen ervaren onvoldoende ondersteuning in het omgaan met collega's die minder goed functioneren.
- Er zou aandacht moeten zijn voor emotionele ondersteuning tijdens en na een tuchtzak. Op lokaal niveau zijn zulke initiatieven er al.
- Er is al een steunpunt voor artsen met een verslaving; een steunpunt voor functioneringsproblemen in bredere zin zou wenselijk zijn.



Huisartsen weten niet altijd hoe om te gaan met een collega die disfunctioneert

Foto: iStock

doel hiervan is dat de zorgverlener kan laten zien dat hij/zij niet alleen bevoegd maar ook bekwaam is om het beroep uit te oefenen.

## INZICHT IN HET EIGEN FUNCTIONEREN

Om verantwoord te kunnen functioneren is het van belang inzicht te hebben in het eigen functioneren.<sup>2</sup> Bij zorgverleners die minder goed functioneren, ontbreekt dat inzicht vaak. Sommigen onttrekken zich ook aan hun professionele omgeving en gaan bijvoorbeeld feedback van collega's uit de weg.<sup>3</sup> Huisartsen hebben de mogelijkheid om met collega's te reflecteren op het eigen functioneren, tijdens de opleiding zijn er bijvoorbeeld terugkomdagen en daarna zijn er intervisiebijeenkomsten. Maar lang niet alle huisartsen lijken zich bewust te zijn van het belang daarvan. Toen wij dit in 2013 en 2015 onderzochten, bleek nog geen 50% van de huisartsen daadwerkelijk methodes of instrumenten te gebruiken om het eigen functioneren te evalueren.<sup>4</sup> Ter vergelijking: het gemiddelde voor alle BIG-geregistreerde beroepsgroepen lag tussen de 60 en 65%. Nu visitatie verplicht is om voor herregistratie in aanmerking te komen (brief van 5 oktober 2016 van de RGS), zal dit percentage ook onder huisartsen toenemen. Belangrijk is wel dat ze de feedback op hun functioneren ook daadwerkelijk gebruiken voor reflectie en professionele ontwikkeling.

## DE COLLEGA DIE VERMINDERD FUNCTIONEERT

Collega's hebben een belangrijke rol bij het tijdig signaleren en bespreekbaar maken van verminderd functioneren. Dat is niet eenvoudig. In ons onderzoek gaf ongeveer twee derde van de huisartsen aan dat ze wisten hoe te handelen bij vermeend disfunctioneren van een collega-huisarts in de eigen praktijk. Als het een collega buiten de eigen praktijk betrof, was dat een stuk minder: ongeveer een derde. Van degenen die daadwerkelijk te maken hadden gehad met een disfunctionerende collega, had ongeveer twee derde actie ondernomen, vooral door hun vermoeden te bespreken met die collega of met andere collega's. De huisartsen die geen actie hadden ondernomen, gaven als belangrijkste reden dat het disfunctioneren niet bewezen kon worden.<sup>4</sup>

De LHV ondersteunt huisartsen met onder andere een modelprotocol [kader 1], maar niet alle huisartsen zijn daarmee bekend of gebruiken het. Van de huisartsen die wij ondervroegen, gaf slechts een derde aan dat ze steun vonden bij een protocol van de beroepsgroep en meldde iets meer dan de helft dat ze ondersteuning kregen vanuit de eigen praktijk. Ze gaven wel aan dat er in de opleiding meer aandacht voor dit soort situaties zou moeten zijn en dat ze behoefte hadden aan een plek om vermeend disfunctioneren te kunnen melden, zoals bijvoorbeeld apothekers die hebben.<sup>4</sup>

## DE IMPACT VAN EEN TUCHTZAAK

In vergelijking met andere BIG-geregistreerde zorgverleners zijn artsen in het algemeen, maar huisartsen in het bijzonder,

oververtegenwoordigd in tuchtzaken. In 2016 betrof ongeveer een vijfde van alle afgehandelde klachten de huisartsgeneeskunde.<sup>5</sup> Als een klacht gegrond wordt bevonden, krijgt de aangeklaagde in beginsel een maatregel opgelegd. Het tuchtrecht heeft als doel de kwaliteit van de beroepsbeoefening te bevorderen en te bewaken. Dat werkt op het niveau van de beroepsgroep, door het bewustzijn over normen te vergroten, en op het niveau van de aangeklaagde zorgverlener, door een correctieve maatregel. Of een tuchtzak dat laatste

Een steunpunt voor functioneringsproblemen kan toegevoegde waarde hebben

doel ook altijd bereikt, is maar de vraag. Zorgverleners zeiden dat ze na een maatregel defensiever te werk gingen uit angst voor toekomstige klachten. Zij meden bijvoorbeeld risicovolle patiënten of vroegen uit voorzichtigheid vaker aanvullend onderzoek aan. Slechts een op de zes zorgverleners gaf aan zich te kunnen vinden in de maatregel.<sup>6</sup>

Een tuchtzak kan ook een behoorlijke persoonlijke impact hebben: zorgverleners rapporteerden gevoelens van ellende en onzekerheid tijdens en na de tuchtzak.<sup>7</sup> De vaak lange duur van het tuchtproces draagt daaraan bij. In het Verenigd Koninkrijk biedt de beroepsvereniging steun aan artsen van wie het functioneren onderzocht wordt en ook in Noorwegen kunnen artsen in tijden van spanning emotionele ondersteuning krijgen vanuit de beroepsvereniging. Nederland kent zulke ondersteuning niet op landelijk niveau, maar wel zijn er sinds enkele jaren lokale initiatieven om huisartsen bij traumatische gebeurtenissen – waaronder tuchtklachten – peer-support te geven [kader 2].

## HERSTEL BIJ EEN FUNCTIONERINGSPROBLEEM

Landelijk is er in Nederland nog weinig aandacht voor zorgverleners met een functioneringsprobleem. ABS-artsen (project KNMG) geeft vertrouwelijke hulp aan artsen die kampen met problematisch middelengebruik [kader 3]. Soortgelijke hulpprogramma's in het buitenland lijken positieve effecten te hebben, maar in Nederland zijn ze nog niet onderzocht. Of zulke steun ook bij andere cognitieve of fysieke problemen effect sorteert, is niet zeker, maar er is wel behoefte aan.<sup>9,10</sup> Er zijn in ons land gespecialiseerde instellingen die bredere tweedelijns psychotherapeutische zorg bieden aan zorgprofessionals, maar ze zijn klein en niet makkelijk te vinden. Er zijn dus wel voorbeelden te vinden van instellingen die steun bieden bij specifieke problemen in het functioneren, maar functioneringsproblemen zijn vaak het gevolg van een samenstel van factoren. Je kunt je afvragen of er niet een steunpunt voor huisartsen zou moeten komen met een bredere focus, zoals de Monitor Mondzorg in brede zin tandartsen steunt die in de problemen komen, onafhankelijk van wat eraan ten grondslag



# Somatische zorg voor jongeren met een eetstoornis

Emma Horton, Lilian van Geelkerken

**Eetstoornissen bij jongeren komen weinig voor, maar kunnen een gevaarlijk somatisch beloop hebben. U als huisarts kunt een vitale rol spelen bij het inschatten van de somatische conditie van een patiënt. Daarbij mogen anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek niet ontbreken, zeker als u moet beoordelen of een ziekenhuisopname nodig is.**

Anorexia nervosa en boulimia nervosa zijn de meest voorkomende eetstoornissen en hebben de hoogste mortaliteit van alle psychiatrische ziektebeelden. Per tien jaar overlijdt 5% van de patiënten met anorexia nervosa en 2% van de patiënten met boulimia nervosa. In beide groepen overlijdt 20% door suïcide; de overige 80% sterft aan de gevolgen van het gebrek aan voeding en somatische complicaties.<sup>1</sup> In een huisartsenpraktijk van circa 2100 patiënten hebben gemiddeld 20 patiënten een eetstoornis. Deze patiënten zullen zich niet zo snel melden met eetproblemen, maar wel met specifieke klachten, zoals maag-darmklachten, het uitblijven van menstruatie en vermoeidheid.<sup>1</sup> Bij anorexia nervosa is er

## CASUS

Een 14-jarige vwo-scholiere komt op het spreekuur. Sinds een half jaar valt ze af – ze heeft nu een gewicht van 41,9 kg ( $\leq -2$  SD G/L), terwijl zij eerder 58 kg (0 SD G/L) woog. Zij is 172 cm lang en heeft een BMI van 14,2 kg/m<sup>2</sup> (ernstig ondergewicht). De patiënte is haar calorische inname een half jaar geleden steeds meer gaan beperken en zit nu op slechts 500 kcal per dag. Thuis doet ze geregeld spieroefeningen.

sprake van een beperking van de energie-inname, een laag gewicht en een verstoord lichaamsbeeld. Er zijn twee typen: het restrictieve en het purgerende. Patiënten met boulimia nervosa hebben recidiverende eetbuien, kampen met controleverlies tijdens een eetbui en vertonen purgeergedrag om gewichtstoename tegen te gaan. Net als bij anorexia nervosa kunnen patiënten met boulimia nervosa hun calorische inname compenseren met excessief bewegen en sporten. Eetstoornissen komen vaker voor bij meisjes dan bij jongens. De belangrijkste risicogroep zijn vrouwen tussen 12 en 25 jaar. Vaak is er sprake van onderdiagnostiek en onderbehandeling



Jongeren met een eetstoornis kunnen ernstige somatische problemen hebben.

Foto: iStock

## KADER 2: HET BOT-BUDDYTEAM

De Trauma Nazorg Groep, een landelijke organisatie die voor bedrijven en instellingen zogeheten bedrijfsopvangteams (BOT) opzet, startte enkele jaren geleden het BOT-buddyteam op huisartsenposten in Noord-Brabant. In dit team zitten huisartsen en verpleegkundigen die extra begeleiding kunnen geven na ernstige incidenten tijdens een dienst op de hap en ook bij de klachten- of tuchtrechtprocedure die daar soms op volgt. Een van de teamleden, een gepensioneerd huisarts, vertelt over zijn ervaringen. ‘Ik heb zelf twee huisartsen begeleid bij een tuchtzaak. Eén huisarts had een goed vangnet waarvan hij veel steun kreeg, maar toch vond hij het zelf onverwacht prettig dat ik hem vergezelde naar de zitting van het tuchtcollege. Op zo’n moment ben je toch een ruggeleuning voor iemand. Er is niet altijd intensieve hulp nodig, maar het is goed als iemand kan signaleren of de situatie niet ontspoord. Maar ik heb ook een paar keer meegemaakt dat alle hulp werd afgehouden. Dat zit diepgeworteld in artsen: dat je aan de ene kant als arts geen fouten mag maken, maar óók dat je geen hulp zoekt. Hulp accepteren voelt als een soort zwaktebod.’

*Overgenomen uit Paauw 2017.<sup>9</sup>*

ligt of hoe ze tot uiting komen. Tandartsen kunnen zichzelf bij de monitor melden, maar ook collega’s of patiënten kunnen er hun zorgen kwijt over het functioneren van een tandarts.

## CONCLUSIE

Vanuit de beroepsgroep lijkt er voldoende gelegenheid te zijn om te reflecteren op het eigen functioneren. Huisartsen weten echter niet altijd waar ze naartoe kunnen met een signaal van vermeend disfunctioneren en zijn niet altijd op de hoogte van de bestaande protocollen. In de opleiding zou meer aan de orde kunnen komen hoe om te gaan met een collega die mogelijk disfunctioneert. Daarnaast is er behoefte aan een plek om zulke signalen te melden en zou er meer aandacht moeten komen voor ondersteuning bij tuchtklachten. Er zijn al lokale initiatieven; de vraag is of dit ook landelijk moet worden opgepakt. Een belangrijk laatste punt is ondersteuning bij mogelijke functioneringsproblemen: het is in ieders belang dat die tijdig worden aangepakt. Nederland heeft al een landelijk steunpunt voor verslaafde artsen; een steunpunt voor bredere functioneringsproblemen, zoals dat al bestaat voor tandartsen, zou toegevoegde waarde kunnen hebben. ■

## KADER 3: DE VERSLAAFDE HUISARTS

Een huisarts had zoveel last van de stijgende werkdruk dat ze zich buiten werktijd begon te verdoven met medicijnen. Wie wil weten hoe de verslaving begon, zou kunnen beginnen bij het moment dat een ex-gedetineerde patiënt haar vastgreep in zijn flat op de vierde etage en zei dat hij haar uit het raam zou gooien. Of bij de doodsbetredingen door patiënten die hun zin niet kregen. Of bij het feit dat ze ’s avonds om half twaalf thuiskwam, stijf van de adrenaline nadat ze om elf uur nog iemand had staan reanimeren, en merkte dat ze niet meer kon ontspannen. Pillen werden haar ontspanning: temazepam. Eerst af en toe, maar gaandeweg in hogere doseringen. Later nam ze haar toevlucht tot morfine. Ze wist haar verslaving verborgen te houden voor haar man en kinderen. Het viel hun wel op dat ze zo afwezig oogde, maar dat kwam waarschijnlijk omdat ze het erg druk had, dachten ze. Haar apotheker rook echter onraad en confronteerde haar ermee dat ze veel meer medicatie voorschreef dan andere huisartsen. Een collega deed vervolgens melding bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Sindsdien heeft ze niet meer als huisarts gewerkt. Ze gaat nu meedoen aan het vijfjarenplan van de KNMG voor (ex-)verslaafde dokters. Daarin staan artsen vijf jaar onder controle van een bedrijfsarts en worden ze regelmatig getest op middelengebruik. ‘Mijn grootste angst is dat ik niet meer terug aan de slag mag als huisarts’, zegt ze.

*Overgenomen uit Witteman 2016.<sup>11</sup>*

## LITERATUUR

1. Weenink JW, Kool RB, Hesselink G, Bartels RH, Westert GP. Prevention of and dealing with poor performance: an interview study about how professional associations aim to support healthcare professionals. *Int J Qual Health Care* 2017;29:838-44.
2. Brown N, McAvoy P, Joffe M. Defining insight: a challenge that matters. *Clin Teach* 2014;11:170-3.
3. Holden JD, Cox SJ, Hargreaves S. Avoiding isolation and gaining insight. *BMJ Careers*, 16 Feb 2012.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Weenink JW. Als het functioneren tekortschiet. *Huisarts Wet* 2018;61(9):34-6. DOI: 10.1007/s12445-018-0231-z. Erasmus School of Health Policy & Management, Rotterdam: dr. J.W. Weenink, universitair docent, [weenink@eshpm.eur.nl](mailto:weenink@eshpm.eur.nl). Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Jan-Willem Weenink is op maandag 16 april 2018 gepromoveerd aan de Radboud Universiteit Nijmegen op het proefschrift *Back on track: addressing poor performance of healthcare professionals*.

Tabel 1

Aanbevolen aanvullend onderzoek

| Laboratorium                                                                                                                                   | ECG                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bloedbeeld, natrium, kalium, chloor, calcium, fosfaat, magnesium, ureum, creatine, capillair bloedgas, ASAT, ALAT en GGT, glucose, vitamine B1 | Bij hartfrequentie < 50 vanwege een hogere kans op ritmestoornissen [QTc-verlenging en/of QT-dispersie], en bij braken en elektrolytentekorten (T-topafwijkingen) |

DE KERN

- Eetstoornissen bij jongeren kunnen een gevaarlijk somatisch beloop hebben.
- Bepaalde onderdelen van het lichamelijk en aanvullend onderzoek mogen niet ontbreken bij het beoordelen van de somatische toestand van een patiënt.
- Patiënten die voldoen aan de criteria voor een ziekenhuisopname, moeten verwezen worden. Parallel aan dit proces kunnen zij ook verwezen worden naar een gespecialiseerd centrum voor eetstoornissen.

omdat zorgverleners of ouders een eetstoornis niet of te laat herkennen.<sup>1</sup>

ANAMNESE EN LICHAAMELIJK ONDERZOEK

Sluit bij onverklaard gewichtsverlies een somatische oorzaak van de klachten uit – onverklaard afvallen kan passen bij een scala aan ziektebeelden. Maak bij een eetstoornis onderscheid tussen anorexia nervosa en boulimia nervosa.

Vergeet niet aan een eetstoornis te denken bij onverklaard gewichtsverlies bij jongeren

Bij verdenking op een eetstoornis zal een gerichte anamnese bijdragen aan de diagnose. Vraag naar het eetpatroon, braken, de menstruatie, het lichaamsbeeld van de patiënt, het gebruik van laxantia en diuretica, en de hoeveelheid bewegen op een dag. Daarnaast kunt u vragen naar stemmingsklachten, angsten, de belastbaarheid van de patiënt en andere psychiatrische klachten. Ook is het goed om te vragen naar suïcidaliteit. De sociale anamnese kan andere problemen aan het licht brengen die binnen het gezin of bij andere dagelijkse activiteiten spelen. Lichamelijk onderzoek is noodzakelijk om de conditie van de patiënt te beoordelen en om te kunnen inschatten of een ziekenhuisopname noodzakelijk is. Het onderzoek richt zich op de kenmerken van zowel een restrictieve als een purgerende eetstoornis.

VERVOLG CASUS

Uit de anamnese blijkt dat de scholiere niet braakt of laxeert en 3,5 liter vocht per dag drinkt. Na het eten heeft ze buikpijn en eenmaal per week heeft ze last van harde ontlasting. Ze heeft het vaak koud en haar menstruatie is vier maanden geleden gestopt. Ze doet het op school bovengemiddeld goed en is perfectionistisch ingesteld. Ze heeft steeds vaker stemmingswisselingen, waarbij ze vaker somber dan vrolijk is. Haar ouders zijn betrokken, maar weten niet goed hoe ze moeten omgaan met haar weigering om meer te eten. Bij het lichamelijk onderzoek is er bij de patiënte sprake van een lage lichaamstemperatuur (35,5 °C oraal), een lage bloeddruk (96/54 mmHg, p10) en een forse bradycardie in rust (31/min).

Meet de vitale parameters bloeddruk en pols (zowel liggend als zittend), naast de lichaamstemperatuur, het gewicht en de lengte. Het is van belang de vitale functies te vervolgen, zeker als er sprake is van gewichtsverlies, braken en onvoldoende vochtinname. Andere lichamelijke verschijnselen kunnen zijn: lanugobeharing ten gevolge van ondergewicht, wondjes en littekens op de knokkels door zelf opgewekt braken (*Russell's sign*), gezwollen parotisklieren (meestal bilateraal) en heesheid door braken.

AANVULLEND ONDERZOEK

Bij een patiënt met een eetstoornis mag aanvullend onderzoek niet ontbreken. Zie **[tabel 1]** voor de aanbevelingen.

HET REFEEDING-SYNDROOM

Patiënten met anorexia die hervoed worden, lopen risico het *refeeding*-syndroom te ontwikkelen als gevolg van de verandering in het glucosemetabolisme. In de eerste twee weken van hervoeden is het risico het grootst, met een piek in de eerste 72 uur. De insulineafgifte door het hervoeden heeft als gevolg dat glucose, kalium, magnesium en fosfaat van extracellulair naar intracellulair verschuiven. Een ernstige hypofosfatemie (< 0,30 mmol/l) kan decompensatio cordis veroorzaken. Door het toenomen glucosemetabolisme kan vochtretentie ontstaan. Er is een verhoogd verbruik van thiamine (vitamine B1), wat bij onvoldoende voorraad tot een deficiëntie kan leiden. Het refeeding-syndroom kan, in zeldzame gevallen, multiorgaanfalen veroorzaken. Risicofactoren zijn: zeer ernstig ondergewicht, gewichtsverlies van meer dan 1,5 kg per week in de afgelopen drie weken, verlaagde kalium-, magnesium- en fosfaatwaarden, weigeren van voeding gedurende meer dan vijf dagen bij een langdurige eetstoornis en een comorbide chronische ziekte.<sup>2</sup>

OPNAMECRITERIA

Sommige jongeren met een eetstoornis zijn zo ziek dat een ziekenhuisopname noodzakelijk is. Er zijn voor hen opnamecriteria

VERVOLG CASUS

Uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek blijkt duidelijk dat verwijzing naar de kinderarts nodig is. De patiënte heeft bijna 30% gewichtsverlies, ernstig ondergewicht en een bradycardie van < 40/min. Ze krijgt ook een verwijzing naar een gespecialiseerd centrum voor behandeling van de eetstoornis.

Tabel 2

Opnamecriteria ziekenhuis bij een eetstoornis

|                                                                       |                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ernstig gewichtsverlies                                               | 40% van oorspronkelijk gewicht verloren<br>30% gewichtsverlies met [dreigende] complicaties                                               |
| Bradycardie<br>Hypotensie<br>ECG-afwijkingen                          | Pols ≤ 40/min<br>Diastole < p5 voor leeftijd en orthostatische klachten<br>Ritmestoornissen en/of geleidings- en repolarisatiestoornissen |
| Ernstige elektrolytstoornissen of gestoord zuur-base-evenwicht        |                                                                                                                                           |
| Hypoglykemie                                                          | < 3,5 mmol/L                                                                                                                              |
| Hypothermie                                                           | < 33 °C, rectaal                                                                                                                          |
| Dreigende uitputting, syncope, pancreatitis, convulsies en dergelijke |                                                                                                                                           |

vastgesteld, al dan niet met monitorbewaking **[tabel 2]**. Overleg met een kinderarts wanneer u twijfelt over de verwijzing.

CONCLUSIE

U zult niet vaak jongeren met een eetstoornis in uw praktijk zien. Deze patiënten kunnen echter wel ernstige somatische problemen hebben. Met anamnese, lichamelijk en aanvullend onderzoek kunt u het beloop van het ziekteproces vervolgen en snel een duidelijk beeld krijgen van de ernst van de somatische situatie van het kind. Bij ernstige somatische klachten moet u de patiënt naar het ziekenhuis doorverwijzen omdat dat de eerste aangewezen locatie is voor de benodigde zorg. Daarnaast zult u het kind moeten doorverwijzen naar een gespecialiseerd ggz-centrum voor behandeling van de eetstoornis. Bij deze verwijzing is het belangrijk om over documentatie te beschikken van het beloop van het ziekteproces, inclusief het lichamelijk en aanvullend onderzoek, omdat u daarmee inzicht kunt geven in de snelheid waarmee het gewichtsverlies verloopt en de mate waarin somatische problemen zijn opgetreden. Voor een beknopt overzicht over eetstoornissen hebben het Fonds Psychische Gezondheid en GGZ Rivierduinen/Centrum Eetstoornissen Ursula voor huisartsen twee kaarten ontwikkeld met aanvullende informatie.<sup>3,4</sup> ■

LITERATUUR

- Zorgstandaard Eetstoornissen Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen>.
- Van Bellegem AIM, Eikendal ACM. Somatische complicaties en behandeling van anorexia nervosa bij kinderen en adolescenten: lichte lijven, zware gevolgen. *Prakt Pediatr* 2008;4:208-14.
- Signalenkaart. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2018/04/Signalenkaart-eetstoornissen.pdf>.
- Algemene kaart. [https://www.rivierduinen.nl/~/\\_media/\\_centrum%20eetstoornissen/professionals/huisartsenkaart-voedings-en-eetstoornissen.ashx](https://www.rivierduinen.nl/~/_media/_centrum%20eetstoornissen/professionals/huisartsenkaart-voedings-en-eetstoornissen.ashx).

Horton EE, Van Geelkerken LAFE. Somatische zorg voor jongeren met een eetstoornis. *Huisarts Wet* 2018;61[9]:41-3. DOI:10.1007/s12445-018-0251-8. Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Leiden: E.E. Horton, huisarts in opleiding [destijds werkzaam als arts-assistent somatiek bij Centrum Eetstoornissen Ursula in Leiden], emehorton@gmail.com. Centrum Eetstoornissen Ursula, GGZ Rivierduinen, Leiden: L.A.F.E. van Geelkerken, kinderarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



# Weefseldonatie in de eerste lijn

Nienke Kessels, Marieke de Bruijn

In de media is donatie een geregeld terugkerend thema. Donatie in het algemeen, en weefseldonatie in het bijzonder, is echter zelden onderwerp van gesprek bij de huisarts. Daardoor wordt de donatiewens van vele overledenen niet nageleefd, worden potentiële donoren gemist en blijven er onnodig wachtlijsten voor transplantatie bestaan. Dit verbeterproject laat zien dat weefseldonatie in de eerste lijn goed mogelijk is, mits goed gefaciliteerd door nascholing, praktische ondersteuning en taakdelegatie.

EEN GEMISTE KANS

In 2015 overleden er 147.134 mensen, van wie ruim 100.000 niet in het ziekenhuis.<sup>1</sup> In datzelfde jaar waren van het totaal van 1727 weefseldonoren slechts 107 (6%) donoren afkomstig uit de huisartsenpraktijk. Dit is vergelijkbaar met het jaar 2000, toen van alle weefseldonaties slechts 7% afkomstig was van donoren die niet in het ziekenhuis waren overleden. Bij deze laatste groep is 1 op de 3 overledenen potentieel donor.<sup>2</sup> In 15 jaar tijd is er dus weinig veranderd. Orgaandonatie kan alleen plaatsvinden als een patiënt in het

ziekenhuis overlijdt, terwijl weefseldonatie ook bij overlijden thuis aan de orde kan zijn. Mensen kunnen verschillende weefsels doneren: oogweefsel (cornea, sclerae), huid, hartkleppen, grote bloedvaten en bot- en peesweefsel. Uit onderzoek blijkt dat huisartsen het gesprek over donatie niet aangaan omdat ze de materie niet goed kennen, er praktische bezwaren zijn en de procedure tijdrovend is.<sup>2</sup> Ook circuleren er veel mythen en onjuiste aannamen over dit onderwerp. Daarnaast is er geen wetgeving die huisartsen verplicht om donatie te bespreken en richt de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) zich tot nu toe vooral op ziekenhuizen als het gaat om bewustwording, onderwijs en ondersteuning rond donatie.

PROJECTBESCHRIJVING

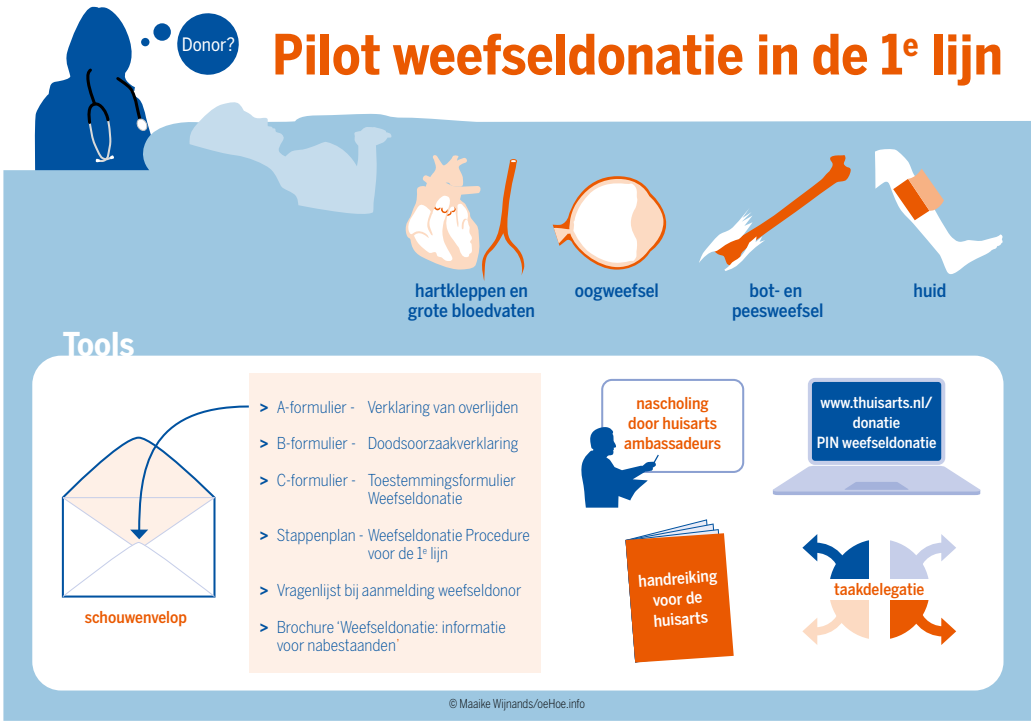
Om het bespreken van donatie bij overlijden in de eerste lijn vanzelfsprekender te maken, is in 2016 het project ‘Weefseldonatie in de eerste lijn’ gestart, een samenwerking tussen huisartsen (NHG, InEen) en de NTS. Het is voortgekomen uit een verbeterproject in de huisartsopleiding, dat de vraag



Weefseldonatie buiten het ziekenhuis is goed mogelijk, mits gefaciliteerd door nascholing, ondersteuning en taakdelegatie. Foto: Margot Scheerder

Figuur 1

Overzicht van de pilot ‘Weefseldonatie in de eerste lijn’



‘waarom stellen we de donatievraag niet bij overlijden thuis?’ als uitgangspunt had.

De doelen van het project kwamen voort uit de eerdergenoemde bezwaren en waren tweeledig: enerzijds huisartsen bewust maken van de mogelijkheid van weefseldonatie in de eerste lijn, anderzijds praktische handvatten en ondersteuning bieden bij het aanmelden van een potentiële donor, waardoor de hele procedure zo makkelijk en kort mogelijk wordt gemaakt. Middels de ontwikkeling van praktische hulpmiddelen, geaccrediteerde nascholing en taakdelegatie werden huisartsen tijdens ANW-uren gefaciliteerd in de procedure van weefseldonatie bij overlijden [figuur 1].

De schouwenvelop is het belangrijkste hulpmiddel. Deze bevat alle documenten die nodig zijn bij een schouw en kan zo in de dokterstas. Naast de bekende A- en B-formulieren bevat de envelop een C-formulier (toestemmingsformulier donatie), een stappenplan voor de eerste lijn, een vragenlijst bij aanmelding van een donor en een brochure voor nabestaanden, die ook dient als naslagmiddel voor de huisarts. Getrainde huisartsen (ambassadeurs) geven de nascholing, die interactief en praktisch is. De nascholing omvat een quiz, achtergrondinformatie, uitleg van het gebruik van de schouwenvelop, casuïstiek, een korte communicatietraining en implementatie in de praktijk. Deze nascholing wordt sinds 1 januari 2018 aangeboden als NHG StiP-cursus.

Omdat de huisarts het raadplegen van het donorregister aan de triagist en chauffeur delegeert (uitleg en werkinstructie),

Tabel

Evaluatie van de nascholing (n = 178)

| Stellingen over de nascholing weefseldonatie in de eerste lijn                                                           | Cijfer [schaal 1-5]* |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Heeft mijn redenen/bezwaren om donatie niet te bespreken weggenomen                                                      | 3,7                  |
| Zou ik aan een collega-huisarts aanbevelen                                                                               | 4,2                  |
| Is een goede aanvulling op de PIN-weefseldonatie [indien niet van toepassing overslaan]                                  | 4                    |
| Kent een goede opbouw en afwisseling                                                                                     | 4,2                  |
| Is voldoende interactief                                                                                                 | 4,2                  |
| Is prima voor wat betreft de duur van het programma [niet te kort of te lang]                                            | 4,1                  |
| Enthousiasmeert mij om in de praktijk een weefseldonatieprocedure op te starten                                          | 4,1                  |
| Heeft mij doen inzien dat weefseldonatie een vanzelfsprekend onderdeel is van de patiëntenzorg                           | 4                    |
| Geeft mij de benodigde kennis en vaardigheden om in de praktijk een weefseldonatieprocedure op te starten                | 4,1                  |
| Geeft mij handvatten voor het voeren van het juiste gesprek met nabestaanden                                             | 4                    |
| Geeft mij handvatten voor het verdelen van taken met betrekking tot een weefseldonatieprocedure binnen de huisartsenpost | 4,1                  |

\* 1 = absoluut mee oneens, 5 = absoluut mee eens

hoeft hij dit niet zelf te doen. De handreiking leidt de huisarts stap voor stap door het proces en bevat een uitgebreide beschrijving van het stappenplan uit de schouwenvelop. Tot slot geven de Thuisarts-pagina's zowel de huisarts als de nabestaanden de nodige informatie.

De hulpmiddelen hebben we in 2016-2017 gedurende drie maanden in twee pilotregio's getest bij twee huisartsenposten: de Huisartsenposten Oost-Brabant (verzorgingsgebied 1,1 miljoen inwoners, ongeveer 1000 aangesloten huisartsen, inclusief waarnemers) en Huisartsenposten Medrie (regio Zwolle, Hardenberg, Flevoland, verzorgingsgebied 600.000 inwoners, 477 aangesloten huisartsen inclusief waarnemers). We kozen voor de ANW-setting omdat het grootste deel van de overlijdens plaatsvindt tijdens ANW-uren. Tevens bereikten we op deze manier meer huisartsen en was de effectmeting eenvoudiger te organiseren.

## Slechts 6 tot 7% van alle weefseldonaties is afkomstig uit de huisartsenpraktijk

### ERVARINGEN VAN BETROKKENEN

Gedurende de pilotonderzoeken volgden 202 huisartsen de nascholing, die enthousiast werd ontvangen. Aansluitend op de training namen we een vragenlijst af, die 178 huisartsen hebben ingevuld [tabel 1]. Volgens de meeste huisartsen voorzagen de training hen van de benodigde kennis en vaardigheden voor het opstarten van een donatieprocedure en bood deze handvatten voor het voeren van het gesprek met nabestaanden en het verdelen van taken.

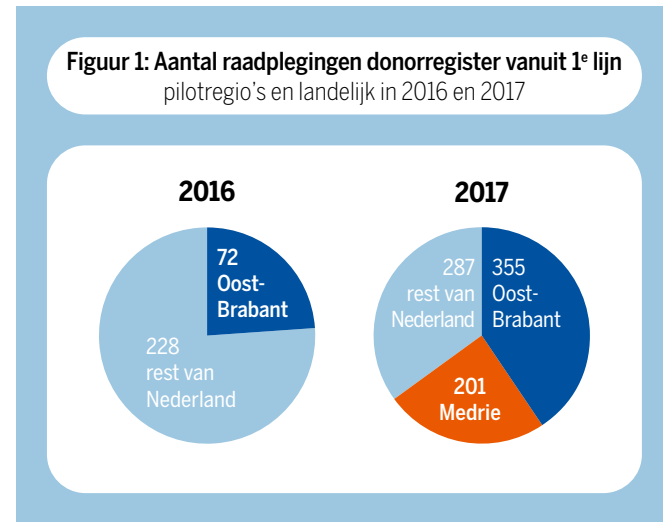
Na afloop van de pilots stuurden we een online enquête aan de huisartsen in de pilotregio's Oost-Brabant (respons = 58) en aan de deelnemers van de nascholing in de Medrie-regio

### DE KERN

- Weefseldonatie is zelden onderwerp van gesprek bij de huisarts, terwijl het goed mogelijk is buiten het ziekenhuis.
- Redenen hiervoor zijn onbekendheid, praktische bezwaren en tijdgebrek.
- Het bespreken van donatie is onderdeel van de huisartsenzorg rond het levenseinde.
- Dit verbeterproject wil donatie in de eerste lijn op de kaart zetten en huisartsen maximaal faciliteren bij het bespreken en uitvoeren van een weefseldonatieprocedure.
- Op deze manier kunnen we recht doen aan de laatste wens van de patiënt en de wachtlijsten voor donorweefsel verkorten.

**Figuur 2**

Aantal raadplegingen van het donorregister vanuit de eerste lijn, pilotregio's en landelijk in 2016 en 2017



(respons = 42), van wie bijna de helft (n = 44) met nabestaanden over weefseldonatie had gesproken. De schouwenvelop vonden ze een bruikbaar hulpmiddel (n = 77); een deel (n = 20) had de envelop nog niet gebruikt.

De huisartsen gaven de volgende redenen waarom het bespreken van donatie nog geen vanzelfsprekend onderdeel was geworden van de procedure rond het overlijden: het kost nog te veel tijd (n = 13), het is lastig om erover te beginnen (n = 4), ze hebben onvoldoende ervaring/routine (n = 10), hebben er niet aan gedacht (n = 4) of hebben nascholing gemist (n = 2). Ook hebben we gekeken hoe in deze twee regio's het raadplegen van het donorregister door de triagisten en het terugkoppelen naar chauffeurs waren verlopen. De triagisten (respons n = 55) vonden het raadplegen van het donorregister werkbaar en waren bereid deze taak in de toekomst te blijven verrichten. Wel was de tijdsinvestering substantieel en was er tijdens een drukke ANW-dienst niet altijd genoeg tijd voor. De chauffeurs (respons n = 17) vormden de meest kritische groep. Ze gaven aan dat ze vaak niet in de gelegenheid waren om de uitslag van de raadpleging telefonisch aan te nemen en deze door te geven aan de huisarts, omdat ze aan het rijden waren of assisteerden bij een patiënt. Daarnaast vond de meerderheid dat de procedure tijdens de dienst een te grote tijdsinvestering van de huisarts vereiste.

### BEWUSTWORDING ZICHTBAAR IN HIS EN CIJFERS NTS

Gedurende de pilotonderzoeken zijn er 827 schouwingen verricht, waarbij huisartsen 272 maal een notitie over donatie in het HIS hadden gemaakt. Ter vergelijking: bij een eerdere HIS-analyse in 2014 vonden we bij 527 schouwingen slechts tweemaal een notitie in het HIS.

Tijdens de pilotonderzoeken is het donorregister 210 keer geraadpleegd; voorheen gebeurde dat nauwelijks. [Figuur 2] laat het totaal aantal landelijke raadplegingen vanuit de huisartsen-

praktijk in 2016 en 2017 zien. Het aantal raadplegingen sinds de start van de pilotonderzoeken is duidelijk toegenomen. Gedurende de twee pilotperiodes van drie maanden waren er in totaal 29 donoraanmeldingen. Gezien het totale aantal donormeldingen van 107 in 2015 en het gegeven dat dit slechts twee regio's betreft gedurende drie maanden, is dit een substantieel aantal. Ook zagen we na het beëindigen van de pilotonderzoeken in de betreffende regio's een toename van het aantal aanmeldingen van donoren. In dezelfde periode een jaar eerder hadden huisartsen in deze pilotregio's slechts vijf donoren aangemeld.

### BESCHOUWING EN VERVOLG

Dit project laat zien dat weefseldonatie in de eerste lijn goed mogelijk is, mits goed gefaciliteerd met praktische ondersteuning, nascholing en taakdelegatie.

De HIS-analyse en de NTS-cijfers laten duidelijk zien dat er sprake is van bewustwording. Tijdens de pilots werd het donorregister structureel geraadpleegd (taakdelegatie) en huisartsen hebben weefseldonatie daadwerkelijk veelvuldig met nabestaanden besproken en veel meer donoren dan voorheen aangemeld. Doordat de triagist het donorregister bij iedere overledene tot 86 jaar standaard raadpleegt, neemt deze de huisarts werk uit handen. Daardoor is de huisarts bij aanvang van een schouw al op de hoogte van de eventuele donatiewens van de overledene en is het gesprek hierover makkelijker te beginnen.

Tijdgebrek en onbekendheid met de patiënt tijdens de ANW-dienst bleken de grootste bezwaren. We adviseren huisartsen om de procedure alleen te starten als er voldoende tijd en informatie voorhanden zijn, zoals medische voorgeschiedenis en medicatiegebruik. Het proactief bespreken van (weefsel-) donatie (in een palliatief traject) bij een eigen, bekende patiënt zou het meest geschikt zijn. De werkinstructie voor triagisten kan overdag door de eigen doktersassistente gebruikt worden. Bij de overdracht van een verwacht overlijden aan de ANW-dienst is te overwegen om ook de reeds ingevulde donatiepapieren over te dragen.

In de toekomst zou een pop-up in het HIS kunnen helpen als reminder om het donorregister te raadplegen. De NTS heeft zich voorgenomen om het raadplegen en aanmelden met behulp van een app sneller te maken. Ook wordt onderzocht in hoeverre huisartsen een deel van het werk aan een andere zorgverlener kunnen delegeren, bijvoorbeeld aan een gespecialiseerde regionale verpleegkundige.

Het zou mooi zijn als het bespreken van (weefsel)donatie een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de zorg rond het levenseinde. Op deze manier kunnen we recht doen aan de laatste wens van de patiënt en wachtlijsten voor donorweefsel verkorten! ■

### Meer informatie

- Bel de NTS bij vragen over donatie: 071-5795795.
- Bestel gratis brochures en schouwenveloppen op: <https://www.transplantatiestichting.nl/be-stel-en-download>. [De inhoud van de schouwenvelop en de werkinstructie zijn hier ook als pdf te downloaden.]
- Vraag nascholing aan over de weefseldonatie in de eerste lijn [NHG StiP-cursus, geaccrediteerd voor 2 punten] op: <https://www.nhg.org/scholing/nhg-nascholing-weefseldonatie-de-1e-lijn>.
- De online handreiking is te vinden op: [www.nhg.org/weefseldonatie](http://www.nhg.org/weefseldonatie).
- Raadpleeg de Thuisarts-pagina's: [www.thuisarts.nl/donatie](http://www.thuisarts.nl/donatie).

### DANKWOORD

Veel werk is verzet door huisarts-ambassadeurs Evelien Hoving, Eva Snijder, Myrte Zomerdijk en Marie Christine Zuidwijk. De stuurgroepleden Harrie Geboers, Joop Blaauw, Lucas Koch en Brigitte Schaefer hebben geholpen om van dit verbeterproject een landelijk samenwerkingsproject te maken.

## Het gesprek over donatie wordt niet aangegaan vanwege onbekendheid, praktische bezwaren en tijdgebrek

### LITERATUUR

1. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLN-L&PA=82899NED&LA=NL>.
2. Van Dijk EC, Bosman J, Groeneveld Y. Gemiste kansen. Med Contact 3 december 2001. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/gemiste-kansen-1.htm>.

Kessels N, De Bruijn M. Weefseldonatie in de eerste lijn. Huisarts Wet 2018;61(9):44-7. DOI:10.1007/s12445-018-0216-y.  
Eindhoven: N. Kessels, waarnemend huisarts, nienke.kessels@gmail.com. Nederlandse Transplantatie Stichting, Leiden: M. de Bruijn, arts [ten tijde van het project]  
Mogelijke belangenverstrengeling: dit project is gesubsidieerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS].



# Een wielrenner met tintelende handen

Mark Hofhuis, Michiel Balvers

**Veel mensen slikken vitaminesupplementen zonder dat de huisarts dit weet. Een tekort aan vitamine B kan klachten veroorzaken, maar oversuppletie ook. In dit artikel laten we aan de hand van een casusbeschrijving zien dat meer vitaminen innemen niet altijd beter is.**

**CASUS**

Bij een 41-jarige man zonder relevante medische voorgeschiedenis vraagt de huisarts een bloedonderzoek aan in verband met tintelingen aan de handen, vermoeidheid en concentratieproblemen. Oriënterend lichamelijk onderzoek laat geen afwijkingen zien. De patiënt denkt zelf aan een vitaminegebrek. Behalve zeer hoge bloedwaarden voor vitamine B1 (thiamine) 210 nmol/L (referentiewaarden 60-120 nmol/L) en vitamine B6 (pyridoxine) > meetlimiet van 1500 nmol/L (referentiewaarden 35-110 nmol/L), zijn er geen afwijkingen. Bij navraag blijkt hij sinds acht maanden vitaminesupplementen te gebruiken om zijn wielrenprestaties te verbeteren, zonder dat hij precies weet om welke vitaminen het gaat. Hij blijkt vijf maanden achtereen 72 mg vitamine B1 per dag (veilige inname 25 mg/dag), en 42 mg B6 per dag (veilige inname niet formeel vastgesteld) te hebben geslikt.<sup>1</sup> De huisarts stelt de waarschijnlijkheidsdiagnose perifere neuropathie ten gevolge van vitamine-intoxicatie en adviseert, na overleg met de neuroloog, te stoppen met de extra vitamine-inname. De klachten verdwijnen na zes weken en na drie maanden zijn de vitaminespiegels gedaald naar 178 nmol/L [B1] en 163 nmol/L [B6].

**NEUROPATHISCHE KLACHTEN EN VITAMINEGEBREK**

Vermoeidheidsklachten en neuropathische klachten kunnen doen denken aan een vitaminegebrek, maar kunnen ook het gevolg zijn van een te hoog gehalte aan vitaminen in het bloed.<sup>1</sup> In deze casuïstiek ontwikkelt de patiënt neuropathische klachten op basis van hoog gedoseerde suppletie van vitamine B1 en vitamine B6. De klachten van de patiënt passen bij een vitamine B6-intoxicatie. Na het staken van de supplementen verbeteren de bloedwaarden en komen de klachten in remissie. Hier lijkt sprake van een causaal verband, maar zeker is dat niet.

**TE HOGE DOSERINGEN**

Al jaren stellen onderzoekers zowel in de medische als in de niet-medische literatuur dat diverse vitaminepreparaten te gemakkelijk en in te hoge doseringen te krijgen zijn en waar-schuwen ze voor de gevolgen hiervan.<sup>1-4</sup> Vooral van vitamine B6 is bekend dat oversuppletie kan leiden tot neuropathie en

daarom heeft het Bijwerkingencentrum Lareb de Voedsel en Warenautoriteit geadviseerd om wettelijk een maximale toegestane hoeveelheid vitamine B6 vast te stellen.<sup>4</sup> Het is duidelijk dat het bekende adagium ‘Baat het niet, dan schaadt het niet’, niet opgaat voor vitamine B6. Over de vraag welke hoeveelheid vitamine B6 toxisch is, is men het in de (internationale) literatuur niet geheel eens.<sup>1,5</sup> In Nederland hanteert men een aanvaardbare bovengrens van 25 mg/dag voor vitamine B6. Ter vergelijking: de aanbevolen dagelijkse hoeveelheid (ADH) voor een volwassene is 1,5-1,8 mg vitamine B6.<sup>1</sup>

Diverse vrij verkrijgbare vitaminepreparaten bevatten hoge doseringen vitamine B6, die soms ver boven de aanvaardbare bovengrens liggen.<sup>6</sup> Ook is bekend dat supplementen in werkelijkheid aanzienlijk meer vitamine B6 kunnen bevatten dan dat het etiket aangeeft,<sup>6</sup> wat kan leiden tot onderschatting van de werkelijke inname. Daarnaast is de reguliere voeding (onder andere vlees, zuivel en aardappelen) ook een bron van vitamine B6 die bijdraagt aan de totale inname. Tot slot wordt vitamine B6 aan diverse andere supplementen toegevoegd, zoals aan eiwitpreparaten.

Tekorten aan vitamine B1 en B6 zijn bij gezonde personen met een gevarieerd voedingspatroon zeldzaam. Intoxicaties komen wel met regelmaat voor.

Op het Klinisch Chemisch en Hematologisch Laboratorium van Ziekenhuis Gelderse Vallei vonden medewerkers in 2017 bij ruim 10% van de aanvragen een verhoogde bloedwaarde van vitamine B6 (Balvers, persoonlijke mededeling). Bij enkele tientallen aanvragen troffen medewerkers extreem hoge waarden van > 1000 pmol/L aan, met uitschieters tot > 4000 pmol/L en zelfs > 8000 pmol/L. Hierbij moeten we opmerken dat de bloedwaarde van vitamine B6 geen directe relatie lijkt

**DE KERN**

- Wees bij patiënten met neuropathische klachten alert op het overmatig gebruik van vitaminesupplementen, vooral bij sporters.
- Een langdurige inname van extra vitamine B6 kan leiden tot neuropathische klachten. Herstel kan optreden als de patiënt tijdig met de suppletie stopt.



Supplementen in de winkel bevatten vaak te veel vitamine B6.

Foto: Shutterstock

te hebben met klinische verschijnselen. Er zijn patiënten met waarden van 300-400 pmol/L die zich melden met klachten, maar er zijn ook patiënten met waarden > 1000 pmol/L zonder klachten die gerelateerd zijn aan de veel te hoge vitamine B6-waarde.

## Het bekende adagium ‘Baat het niet, dan schaadt het niet’ gaat niet op voor vitamine B6

Over het mechanisme van de toxiciteit is weinig bekend, behalve dan dat er zenuwschade optreedt. In veel gevallen, maar niet altijd, is de neuropathie omkeerbaar.<sup>7</sup> Het herstel kan in sommige gevallen jaren duren.

**ADVIES**

Wanneer patiënten hoge bloedwaarden (> 200 pmol/L) van vitamine B6 hebben, is het raadzaam om hen naar supplementgebruik te vragen. Bedenk dat veel commerciële, vrij verkrijgbare supplementen al meer dan de aanvaardbare bovengrens van 25 mg/dag bevatten en dat bijvoorbeeld eiwitpreparaten ook toegevoegde vitamine B6 kunnen bevatten. Houd daarnaast in gedachten dat diverse supplementen meer vitamine B6 bevatten dan het productetiket weergeeft.

Het advies is daarom om bij neuropathische klachten niet alleen te denken aan een tekort, maar ook aan een teveel aan vitaminen, in het bijzonder bij sporters, en patiënten te vragen of ze supplementen gebruiken. ■

**LITERATUUR**

1. Gezondheidsraad. Voedingsnormen: vitamine B6, foliumzuur en B12. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003; publicatienummer 2003/04.
2. De Kruijk JR, Notermans NC. Gevoelstoornissen veroorzaakt door multivitaminereparaten. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:2541-4.
3. <http://www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/vitamine-b6.aspx>. Geraadpleegd op 27 maart 2018.
4. <https://www.lareb.nl/nl/news/maximum-aan-hoeveelheid-vitamine-b6-in-voedingssupplementen/>. Geraadpleegd op 27 maart 2018.
5. Katan MB. Hoeveel vitamine B6 is toxisch? Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:2545-6.
6. Consumentenbond. Vitamine B6. Baat het niet, het schaadt vaak wél. Gezondgids 2014;12:10-3.
7. Expert Group on Vitamins and Minerals. Safe upper levels for vitamins and minerals. Londen: Food Standards Agency, 2003.

Hofhuis M, Balvers MGJ. Een wielrenner met tintelende handen. Huisarts Wet 2018;61(9):48-9.DOI:10.1007/s-12445-018-0217-x. Gezondheidscentrum Ommoord, Rotterdam: M. Hofhuis, huisarts, markhofhuis@hotmail.com. Klinisch Chemisch en Hematologisch Laboratorium, Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede: M.G.J. Balvers, onderzoeker klinische chemie. Mogelijke belangenverstrengeing: niets aangegeven.

# Mycoplasma genitalium, een nieuwe soa?

Hanneke Berkhout, Mark van der Wel

*Mycoplasma genitalium* is geen nieuwe soa, maar is voor veel huisartsen nog relatief onbekend. Richtlijnen bieden geen soelaas. Ze noemen deze soa alleen summier in een voetnoot, bijvoorbeeld in de context van de behandeling van een urethritis. Behandeladviezen lopen uiteen en bovendien is het vervolgbeleid na behandeling anders dan bij *Chlamydia* en gonorroe. Wat zijn de belangrijkste diagnostische en klinische aspecten van *Mycoplasma genitalium*-infecties?

*Mycoplasma genitalium* werd in de jaren tachtig van de vorige eeuw ontdekt in kweken uit urethra-uitstrijkjes van mannelijke patiënten met urethritis.<sup>1,2</sup> Mycoplasma's bleken erg moeilijk te kweken en onderzoek naar *Mycoplasma genitalium* als ziekteverwekker kwam pas in een stroomversnelling na de introductie van de polymerasekettingreactie (PCR) in de jaren negentig.<sup>3</sup> Er zijn nog geen Nederlandse richtlijnen die uitgebreid stilstaan bij de diagnostiek en behandeling van *Mycoplasma genitalium*. In de NHG-Standaard Het soa-consult betreft het slechts een voetnoot (voetnoot 41, als oorzaak van urethritis).<sup>4</sup> In de soa-aids-richtlijn voor de tweede lijn wordt *Mycoplasma genitalium* wel genoemd in de context van de behandeling van een urethritis.<sup>5</sup>

## Mycoplasma genitalium kan klinische beelden als urethritis, cervicitis en PID veroorzaken

In de praktijk blijkt er een kennishiaat te bestaan over de soa *Mycoplasma genitalium*. Informatie in de Nederlandse richtlijnen is erg summier en er lijkt onduidelijkheid te bestaan over de relevantie van deze soa. Ook zijn er regionale verschillen (geweest) in de adviezen over behandeling en vervolgbeleid, die wezenlijk anders zijn dan bij *Chlamydia* en gonorroe. Deze nascholing gaat daarom in op de belangrijkste diagnostische en klinische aspecten van *Mycoplasma genitalium*-infecties.

### PREVALENTIE

In de internationale literatuur over *Mycoplasma genitalium* is vaak niet nauwkeurig beschreven waarop de gepresenteerde

#### Dysurieklachten

Een gezonde vrouw van 31 jaar komt met klachten van dysurie op het spreekuur en heeft geen andere klachten. Vier weken geleden had zij tijdens een onenightstand onbeschermd seksueel contact met een man. Bij testen op *Chlamydia trachomatis* en gonorroe bleek ze positief voor *Chlamydia*. Na behandeling met 1 gram azithromycine hielden de klachten echter aan, ook al was de partner eveneens behandeld. Bij aanvullende diagnostiek op *Trichomonas vaginalis* en *Mycoplasma genitalium* bleek deze laatste positief. Na een vijfdaagse behandeling met azithromycine was de patiënte klachtenvrij. Controlediagnostiek na vier weken was negatief.

prevalentie gebaseerd is. Het is daardoor moeilijk om eenduidig onderscheid te maken tussen de prevalentie bij mensen met klachten en die bij mensen zonder klachten. In Zweden werd eind van de jaren negentig van de vorige eeuw in een groep van 946 patiënten die een soa-kliniek bezochten een prevalentie gevonden van 6%.<sup>6</sup> Recent onderzoek naar de prevalentie van *Mycoplasma genitalium* in materiaal van 1188 Nederlandse patiënten bij wie een soa-screening was aangevraagd laat zien dat *Mycoplasma genitalium* in 4,5% van de onderzochte gevallen kon worden aangetoond. In hetzelfde materiaal vonden de onderzoekers bij 1,3% gonorroe en bij 8,3% *Chlamydia*.<sup>7</sup> Dit beeld komt overeen met bevindingen van onderzoek in andere landen.<sup>8-10</sup> In Nederlandse patiënten met een non-gonokokken-urethritis bleken hoogrisicopatiënten significant vaker positief voor *Mycoplasma genitalium* dan laagrisicopatiënten (11 versus 6%).<sup>11</sup> Franse en Amerikaanse gegevens uit screeningsonderzoek bij jongvolwassenen zonder klachten lieten een prevalentie zien van 0,58 tot 1%.<sup>9,12</sup> In deze onderzoeken kwam *Chlamydia* in 4,2 tot 7,6% en gonorroe in 0,4% van de gevallen voor. Bij seksueel (nog) inactieve personen wordt *Mycoplasma genitalium* niet gevonden.<sup>13</sup> Op basis van de gevonden gegevens kunnen we concluderen dat *Mycoplasma genitalium* duidelijk vaker voorkomt dan gonorroe, maar minder prevalent is dan *Chlamydia*.

### OVERDRAAGBAARHEID

*Mycoplasma genitalium* wordt hoofdzakelijk aangetoond in de tractus urogenitalis, hoewel het ook in keel en rectum te vinden is.<sup>7,14</sup> Uit Zweeds onderzoek blijkt de kans op overdracht

van *Mycoplasma genitalium* op de seksuele partner vergelijkbaar met die van *Chlamydia trachomatis*.<sup>6,15</sup>

### KLINISCHE VERSCHIJNSELEN EN GEVOLGEN

Het is duidelijk dat *Mycoplasma genitalium*-infecties gepaard kunnen gaan met verschillende ziektebeelden van acute urethritis bij de man tot chronische en acute urethritis, cervicitis en pelvic inflammatory disease (PID) bij de vrouw.<sup>16-20</sup> Mogelijk verhoogt een infectie met *Mycoplasma genitalium* de kans op spontane abortus en vroeggeboorte.<sup>19</sup> Het risico op onvruchtbaarheid lijkt niet toe te nemen.<sup>19</sup> Helaas is minder duidelijk hoe vaak een infectie gepaard gaat met het ontstaan van symptomen en welk deel asymptotisch verloopt. Ook is nog niet bekend in hoeverre de aandoening zelflimiterend is. Meer kennis hierover is noodzakelijk om de klinische gevolgen van een infectie beter in te kunnen schatten en daarmee ook de noodzaak voor bijvoorbeeld bron- en contactopsporing en antibiotische therapie duidelijker te maken. Uit Zweeds onderzoek blijkt dat 93% van de mannelijke patiënten bij wie *Mycoplasma genitalium* werd aangetoond microscopisch een urethritis had, wat vergelijkbaar is met wat gevonden wordt bij *Chlamydia trachomatis*.<sup>6</sup> Een andere overeenkomst met *Chlamydia trachomatis* is dat slechts een derde van deze patiënten klinische symptomen had. Voor zover bekend is er nooit onderzoek gepubliceerd over de incubatieperiode van *Mycoplasma genitalium*. Voor de tijd tussen de aanwezigheid van de infectie en de aantoonbaarheid met diagnostiek adviseert de Europese richtlijn om een periode van minimaal twee weken aan te houden, gelijk aan die bij *Chlamydia trachomatis*.<sup>16</sup>

### DIAGNOSTIEK

Wanneer moet u als huisarts nu testen op de aanwezigheid van *Mycoplasma genitalium*? Wij denken dat zo'n test zinvol is bij patiënten met het klinische beeld van een urethritis, cervicitis en/of PID, bij wie tests op *Chlamydia* en gonorroe negatief blijken te zijn. Wees beducht op een 'meeliftende' *Mycoplasma genitalium* bij patiënten die u voor een aanwezige *Chlamydia*-infectie en/of gonorroe behandelt en bij wie na behandeling klachten ontstaan of aanhouden. Datzelfde geldt voor patiënten die blind behandeld worden voor een bij de partner aangetoonde infectie met *Chlamydia* of gonokokken en bij wie tijdens of na de behandeling klachten ontstaan. Op de vraag of u bij patiënten moet testen die geen klachten hebben en om een soa-screening vragen is op basis van de nu beschikbare kennis geen goed wetenschappelijk onderbouwd antwoord te geven. Het lijkt gerechtvaardigd om terughoudend te zijn met diagnostiek. Tegelijkertijd biedt een toenemend aantal ziekenhuis- en huisartslaboratoria een pakket soa-diagnostiek aan, waarbij u als huisarts niet meer kunt kiezen, maar standaard bij *Chlamydia*- of gonorroe-diagnostiek ook *Mycoplasma genitalium* (en *Trichomonas*) meebepaald krijgt. Op zich lijken de prevalentie en overdrachtskans van *Mycoplasma genitalium* dit beleid te

rechtvaardigen, maar omdat de kans op klinische gevolgen als verminderde vruchtbaarheid vooralsnog kleiner lijkt dan die bij *Chlamydia* en gonorroe, is er ook wat voor te zeggen om huisartsen samen met de patiënt vrij te laten in de keuze welke soa's bepaald worden. Het is nuttig om wel aan bron- en contactopsporing te doen, om zo betrokken patiënten te testen op de aanwezigheid van *Mycoplasma genitalium*.

## Een infectie met Mycoplasma genitalium kan de kans op spontane abortus en vroeggeboorte verhogen

*Mycoplasma genitalium* kan worden aangetoond door middel van PCR. Zekerheid over testeigenschappen ontbreekt omdat er geen gouden standaard is. PCR blijkt bij andere soa's een zeer betrouwbare techniek met een sensitiviteit en specificiteit van meer dan 95%. Net als voor andere soa kan diagnostiek plaatsvinden op zowel (e)swabs van urethra, vagina/cervix, rectum en farynx, als urine. Ook bij *Mycoplasma genitalium* is goed uitvragen van de seksuele handelingen en het risico op soa bepalend voor de keuze van de locaties van afname. Voor mannen is eerstestraalsurine net als bij diagnostiek op *Chlamydia* geschikt en (mogelijk) beter dan urethrale swabs.<sup>21</sup> Voor vrouwen wordt een vulvovaginale swab aangeraden, gezien de hogere load vulvovaginaal en een daarbij passende bijna driemaal grotere kans om *Mycoplasma* aan te kunnen tonen.<sup>8</sup>

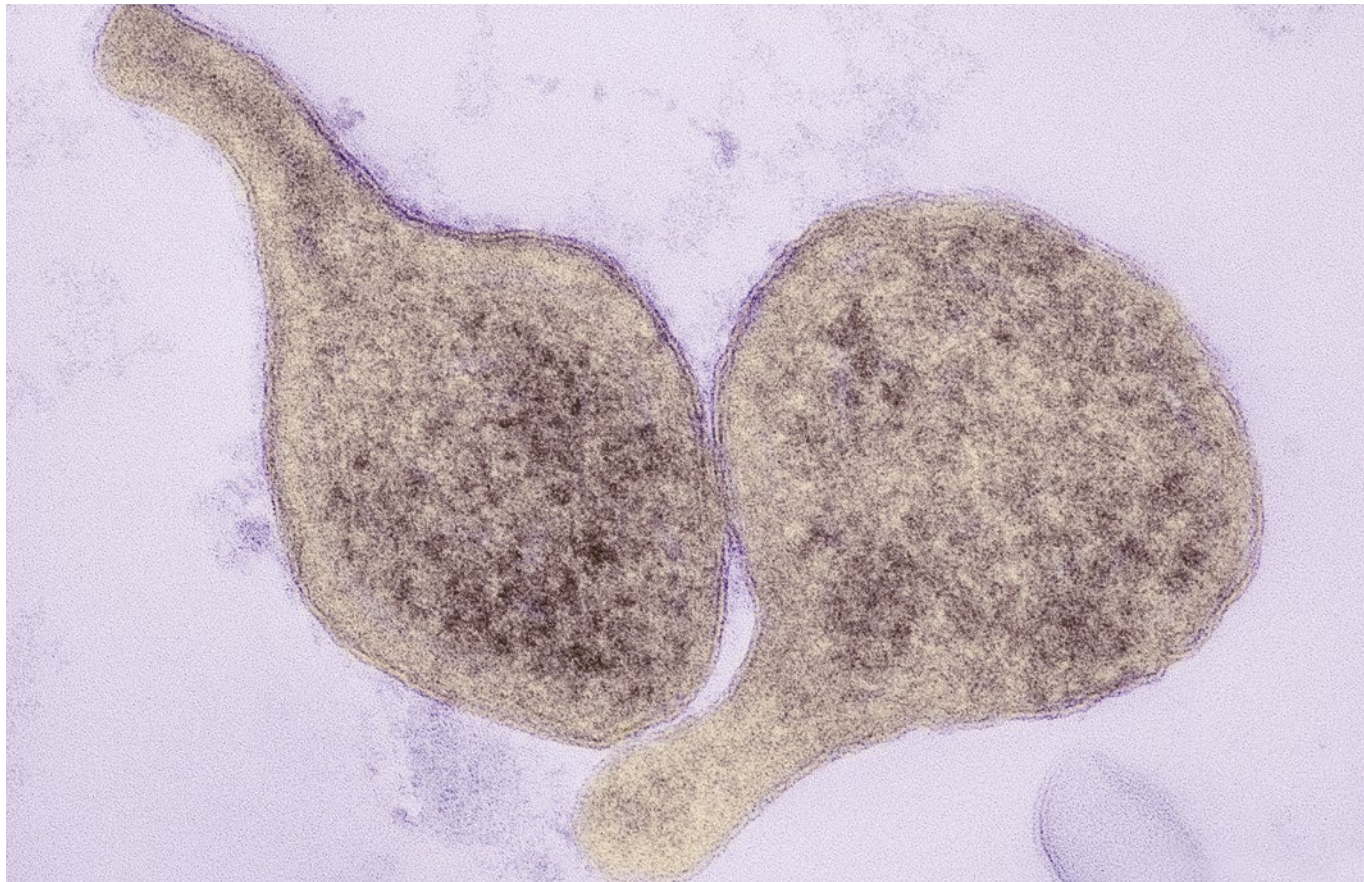
### BEPERKTE BEHANDELMOGELIJKHEDEN

De behandelopties voor *Mycoplasma genitalium*-infecties zijn beperkt. Aangezien mycoplasma's geen celwand hebben zijn bètalactamantibiotica niet werkzaam. Met een werkzaamheid tussen 30 en 40% is ook doxycycline geen goede keuze.<sup>16</sup> De

### DE KERN

- Een infectie met *Mycoplasma genitalium* is een soa. Behandeling – ook van de seksuele partner[s] – is in ieder geval nodig bij patiënten met symptomen en uitingen van infectie.
- Azithromycine gedurende 5 dagen [eerste dag 500 mg, gevolgd door 4 dagen 250 mg per dag] is de behandeling van eerste keus.
- Resistentie van *Mycoplasma genitalium* voor met name azithromycine en in mindere mate moxifloxacin vormt wereldwijd een toenemend probleem.
- Aangezien microbiologische laboratoria nog niet routinematig resistentiebepaling verrichten moet diagnostiek na 3 tot 4 weken herhaald worden om te zien of de behandeling succesvol is geweest [test of cure].





*Mycoplasma genitalium*-behandeling vereist een test-of-cure.

Foto: anpfoto

eerste keuze is azithromycine gedurende 5 dagen (eerste dag 500 mg, gevolgd door 4 dagen 250 mg per dag). *Mycoplasma genitalium* blijkt echter in toenemende mate resistent tegen azithromycine.<sup>22</sup> Een Australisch onderzoek toonde aan dat ongeveer de helft van de gevallen van therapiefalen werd veroorzaakt door resistentie die was ontstaan onder therapie met 1 gram azithromycine.<sup>23</sup> Nederlands onderzoek uit 2015 in de regio Arnhem-Nijmegen liet een resistentie zien die varieerde van 14 tot 33% (persoonlijke communicatie). Het voorschrijven van eenmalig 1 gram azithromycine aan patiënten bij wie *Chlamydia trachomatis* is aangetoond, maar bij wie niet gekeken is naar een eventueel daarnaast bestaande *Mycoplasma genitalium*-infectie, heeft waarschijnlijk bijgedragen aan de recente snelle toename van resistentie.<sup>22,24,25</sup> Vanwege het relatief hoge resistentiepercentage luidt het advies om drie tot vier weken na de behandeling, ook als de klachten verdwenen zijn, een zogenaamde *test of cure* te doen, ofwel opnieuw testen op *Mycoplasma genitalium*.<sup>16</sup> Tot die uitslag bekend is, moet u de patiënt adviseren om aan veilige seks te doen. De gevolgen voor de dagelijkse praktijk zijn aanzienlijk. Niet eerder was in het soabeleid controle van de werking van therapie noodzakelijk. Dit vraagt wat van de praktijkorganisatie. Wie is primair verantwoordelijk voor de eradicatiecontrole: de huisarts, de patiënt of beiden? En kan gewaarborgd worden dat die controle ook daadwerkelijk plaatsvindt? Daarnaast zal het voor de minder welgestelde patiënten ook een tweede

aanslag op hun eigen risico/financiële middelen zijn. Wanneer deze therapie aantoonbaar heeft gefaald (dus bij een positieve uitslag van een controlemonster) wordt als tweede keus moxifloxacin 1 x 400 mg gedurende 10 dagen geadviseerd. In Nederland lijkt nog geen resistentie tegen dit antibioticum te bestaan, maar gedegen informatie hierover ontbreekt. Er wordt niet geadviseerd om na deze kuur opnieuw een test of cure te doen. Net als bij de diagnostiek rijst ook nu de vraag: wanneer wel en wanneer niet behandelen? Behandeling is duidelijk nodig als er sprake is van klachten en een daarbij aangetoonde infectie. Niet duidelijk is of behandeling nodig, zinvol en kosteneffectief is bij asymptomatische dragers. Daarnaast is het voorts nog niet helder of een partner van een patiënt met bewezen *Mycoplasma genitalium*-infectie standaard en blind moet worden mee behandeld. Het lijkt met de huidige kennis zinvoller om niet blind te behandelen, maar eerst de aanwezigheid van *Mycoplasma genitalium* te bevestigen. Vervolgens kunt u overwegen om asymptomatische patiënten te laten kiezen om zich te laten behandelen of niet. Een overmaat aan behandelingen, met daarbij absoluut gezien een grotere kans op onvolledig gebruikte kuren, kan bijdragen aan verdere toename van resistentie. Daarom lijkt terughoudendheid bij asymptomatisch dragerschap de voorkeur te verdienen. Hierbij nemen we dan wel het risico op overdracht en mogelijke klinische gevolgen op de koop toe. Meer kennis

over de klinische gevolgen van asymptomatisch dragerschap van *Mycoplasma genitalium* is dringend nodig.

## CONCLUSIE

*Mycoplasma genitalium* is een soa, die weliswaar niet nieuw is, maar waarover een deel van de huisartsen waarschijnlijk nog weinig weet. Dankzij betere diagnostische tests is deze soa gemakkelijker en betrouwbaarder vinden. De prevalentie lijkt tussen die van gonorroe en *Chlamydia* in te liggen. De overdrachtskans lijkt vergelijkbaar met die van *Chlamydia*. Er zijn meer gegevens over de klinische gevolgen nodig. Voorts nog lijken er geen nadelige gevolgen te zijn voor de vruchtbaarheid en daarmee lijkt (asymptotisch) dragerschap minder nadelig dan bij gonorroe en *Chlamydia*. *Mycoplasma genitalium* kan klinische beelden als urethritis, cervicitis en PID veroorzaken. Denk bij een niet-gonokokken urethritis altijd aan *Mycoplasma genitalium* als oorzaak. Bij patiënten met klachten is het in elk geval nodig *Mycoplasma genitalium*-infecties adequaat te behandelen en de partner te waarschuwen. Voer na behandeling een eradicatiecontrole uit. ■

## LITERATUUR

1. Taylor-Robinson D. The Harrison Lecture. The history and role of *M. genitalium* in sexually transmitted diseases. Genitourin Med 1995;71:1-8.
2. Tully JG, Taylor-Robinson D, Cole RM, Rose DL. A newly discovered mycoplasma in the human urogenital tract. Lancet 1981;1:1288-91.
3. Taylor-Robinson D, Horner PJ. The role of *M. genitalium* in non-gonococcal urethritis. Sex Transm Infect 2001;77:229-31.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Berkhout M, Van der Wel MC. *M. genitalium*, een nieuwe soa? Huisarts Wet 2018;61[9]:50-3. DOI:10.1007/s-12445-018-0242-9. Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Afdeling Medische Microbiologie en Infectieziekten, Nijmegen: Berkhout, H., arts-microbioloog. Wijk-gezondheidscentrum Lindenholt, Nijmegen: M.C. van der Wel, huisarts. Radboudumc, Afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: M.C. van der Wel, onderzoeker, [mark.vanderwel@radboudumc.nl](mailto:mark.vanderwel@radboudumc.nl). Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

# Uw diagnose

Een 4-jarig kind heeft sinds enkele weken aan beide handen niet-jeukend papuleus exantheem. Er is sprake van algehele malaise en het kind had in het begin een episode met koorts. De lymfeklieren in de hals zijn pijnlijk opgezet. In zijn omgeving zijn er meer kinderen die soortgelijke afwijkingen hebben aan de extremiteiten. Bij de meeste kinderen verdwenen de klachten na enkele weken spontaan.

Wat is uw diagnose?

1. Scabiës
2. Acropustulosis
3. Mollusca contagiosa
4. Syndroom van Gianotti-Crosti

Kijk voor het goede antwoord op [www.henw.org](http://www.henw.org).

## Foto's gezocht

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



Foto: Annet Sollié, huisarts



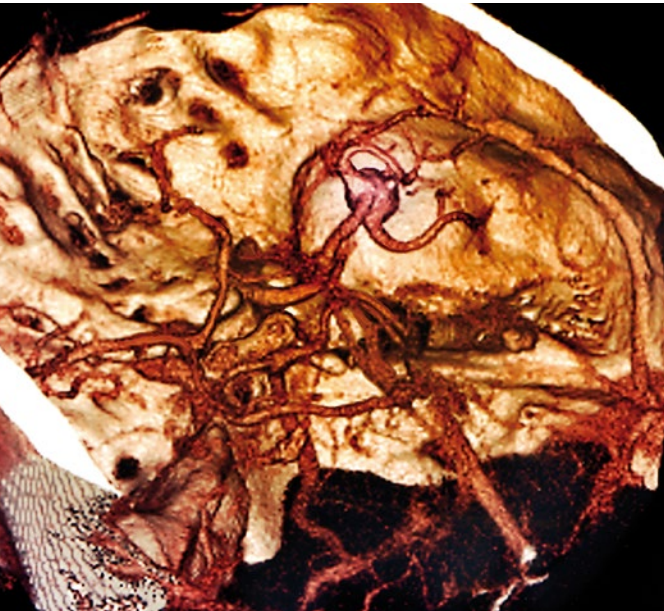
# Subarachnoïdale bloeding bij meerdere dagen hoofdpijn

Ralf de Hoog, Bram Sprij

**Vraag bij heftige hoofdpijn die meerdere dagen duurt en een normaal neurologisch onderzoek de ontstaanswijze uit. Soms wordt een spontaan ontstane subarachnoïdale bloeding (SAB) enkele dagen eerder voorafgegaan door een acuut ontstane hoofdpijn, de *sentinel headache*.**

### HEFTIGE HOOFDPIJN

De NHG-Standaard Hoofdpijn vermeldt de subarachnoïdale bloeding (SAB) als een van de mogelijke oorzaken van een (per)acuut ontstane heftige hoofdpijn die direct beoordeeld moet worden.<sup>1</sup> Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de hoofdpijn zo ernstig is dat de patiënt ook binnen enkele uren contact zoekt met een huisarts. Een Amerikaanse richtlijn over de SAB bevestigt het beeld dat ‘de ergste hoofdpijn ooit’ het meest kenmerkende symptoom is. Die aanval treedt op bij 80% van de patiënten met een SAB; slechts 20% beschrijft een eerdere heftige hoofdpijnaanval.<sup>2</sup> De ernst van de hoofdpijn bij een SAB kan echter variëren. Als de hoofdpijn minder hevig is, wordt het karakteristieke klinische beeld minder duidelijk en kan de diagnose gemist worden. Dit gebeurt bij 12% van de patiënten.<sup>2,3</sup>



Het is belangrijk de ontstaanswijze van hoofdpijn goed uit te vragen.

Foto: anpfoto

### CASUS

Een 43-jarige vrouw met blanco voorgeschiedenis meldt zich op de huisartsenpost met een vijf dagen durende, continu aanwezige en heftige hoofdpijn. Zij is niet misselijk en braakt niet, maar voelt zich niet lekker. Zij ligt veel op bed. Haar echtgenoot is ongerust. Zelf bagatelliseert ze haar klachten. Eerder bezocht ze haar eigen huisarts na twee dagen hoofdpijn. Deze vermoedde een spanningshoofdpijn en schreef haar diclofenac voor. Op de post is het neurologisch onderzoek normaal, maar houdt de vrouw haar ogen tijdens het consult soms gesloten. Gezien de fotofobie denkt de arts aan migraine en schrijft sumatriptan en diazepam voor. Toch houdt de arts een niet-pluisgevoel; hij adviseert patiënte de volgende dag contact op te nemen met haar eigen huisarts als de klachten aanhouden. De volgende dag is mevrouw rondom het middaguur niet wakker te krijgen. Haar echtgenoot belt de ambulance; zij heeft een EMV-score van 3 en in het ziekenhuis blijkt er een doorgebroken subarachnoïdale bloeding aanwezig die voor inklemming zorgt. Er zijn geen therapeutische opties meer en de vrouw overlijdt een dag later.

Zoals uit de casus blijkt kan de hoofdpijn al langer bestaan, maar er kan dus al eerder, tot wel twintig dagen tevoren, een acuut ontstane heftige hoofdpijnaanval zijn geweest.<sup>4</sup> Deze zogeheten *sentinel headache* is een signaal van een eerste bloedlekage uit een reeds bestaand aneurysma in één van de cerebrale arteriën en treedt vermoedelijk op bij 10 tot 43% van alle patiënten met een SAB, maar dit cijfer wordt enigszins beïnvloed door *recall bias*.<sup>5</sup> Bij de patiënte in de casus ontstond de hoofdpijn zeven dagen voor het overlijden. Haar partner had weliswaar aangegeven dat de pijn peracuut was ontstaan, maar het lijkt erop dat dit in de arts-patiëntcontacten niet duidelijk genoeg naar voren is gekomen. Onder andere vanwege de duur van de hoofdpijn dachten de artsen op de post niet aan een SAB. Deze pijnlijke casus bevestigt nogmaals hoe belangrijk het is de ontstaanswijze van een hoofdpijn goed uit te vragen, maar daarnaast ook de mate van pijn te beoordelen, zelfs als die al langer bestaat en de patiënt al eerder beoordeeld is. Bij elke patiënt met hoofdpijn moet een SAB een plaats hebben in de differentiaaldiagnose. Peracuut ontstane hoofdpijn die benoemd wordt als de heftigste ooit, misselijkheid of braken en bewustzijnsverlies zijn de klassieke symptomen die de kans op een SAB groter maken, maar ook als dit klassieke klinische

beeld niet aanwezig is, moet SAB in de differentiaaldiagnose staan als oorzaak van de hoofdpijn. ■

### LITERATUUR

1. Dekker F, Van Duijn NP, Ongerling JEP, Bartelink MEL, Boelman L, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Hoofdpijn (Derde herziening). [www.nhg.org](http://www.nhg.org).
2. Bederson JB, Connolly ES Jr, Batjer HH, Dacey RG, Dion JE, Diringer MN, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. a statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. *Stroke* 2009;40:994-1025.
3. Kowalski RG, Claassen J, Kreiter KT, Bates JE, Ostapovich ND, Connolly ES, et al. Initial misdiagnosis and outcome after subarachnoid hemorrhage. *JAMA* 2004;291:866.

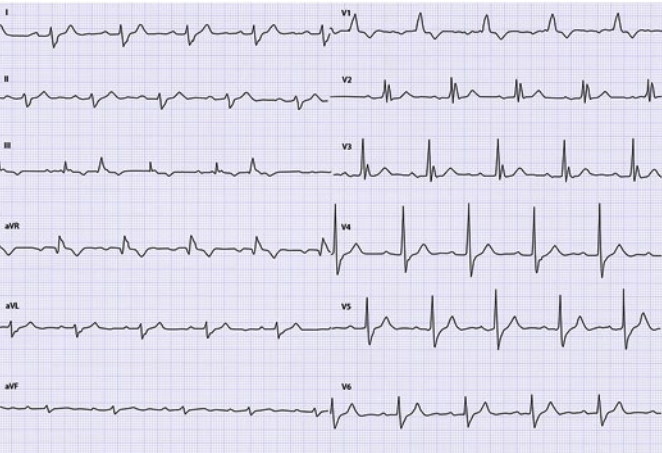
4. Gorelick PB, Hier DB, Caplan LR, Langenberg P. Headache in acute cerebrovascular disease. *Neurology* 1986;36:1445.
5. Polmear A. Sentinel headaches in aneurysmal subarachnoid haemorrhage: what is the true incidence? A systematic review. *Cephalalgia* 2003;23:935.

De Hoog RW, Sprij B. Subarachnoïdale bloeding bij meerdere dagen hoofdpijn. *Huisarts Wet* 2018;61[9]:54-7. DOI: 10.1007/s12445-018-0244-7.  
Huisartsenpraktijk de Kade, Maassluis: R.W. de Hoog, waarnemend huisarts, [ralfdehoog@gmail.com](mailto:ralfdehoog@gmail.com); B. Sprij, huisarts.  
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

# Ecg-casus ‘Een acuut probleem’

Robert Willemsen, Karen Konings

De ambulanceverpleegkundige maakt het volgende ecg:



### OPGAVE

1. Beschrijf het ecg systematisch volgens ECG10+.<sup>1,2</sup>
2. Wat is gegeven dit ecg de waarschijnlijkheidsdiagnose?

Ga naar [www.henw.org](http://www.henw.org) voor het juiste antwoord.

### CASUS

Patiënt: Vrouw, 45 jaar.  
Voorgeschiedenis: DVT post partum 18 jaar geleden, pneumonie 3 jaar geleden. Patiënte kwam gisteren op uw spreekuur met pijn tussen de schouderbladen en kortademigheid. De pijn leek myogeen, u gaf pijnstilling.  
Heden: Meer dyspnoe, zuchten maakt pijn erger. Orthopnoe, enkels gezwollen. Patiënte denkt zelf aan een recidief pneumonie, hoewel ze geen last van hoesten heeft nu.  
Lichamelijk onderzoek: Matig ziek, RR 90/56 mmHg, pols 108/min, regelmatig. Normale harttonen, geen souffle, longen VAG, spoor pitting enkeloedeem.  
U denkt aan hartfalen bij een acuut myocardinfarct danwel een aortadissectie danwel een longembolie. U vraagt direct met spoed een ambulance, voorziet patiënte alvast van een veneuze toegang en houdt de AED bij de hand.

### LITERATUUR

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



# Zeldzame aandoeningen



- Nijnuis deed kwalitatief onderzoek naar ervaringen van ouders van kinderen met een zeldzame ziekte. Met welk doel brengt zij daarvan verslag uit aan huisartsen?
  - Om huisartsen meer begrip te laten krijgen voor de ouders tijdens het diagnosetraject.
  - Om huisartsen zeldzame aandoeningen sneller te laten diagnosticeren.
  - Om huisartsen inzicht te geven in ervaringen van de ouders tijdens het diagnosetraject.
- De zorgprofessional is tijdens het diagnosetraject belangrijk voor de ouders. Wat vinden ouders tijdens dit traject vooral belangrijk?
  - Dat ze serieus worden genomen.
  - Dat er snelle diagnostiek plaatsvindt.
  - Dat de zorgprofessional over voldoende kennis beschikt.
- Nijnuis benoemt in haar artikel de gevoelens van de ouders nadat ze de diagnose van hun kind kregen. Welke gemoedstoestand staat dan bij hen op de voorgrond?
  - Ongeloof.
  - Ontredding.
  - Opluchting.
- Vier van de vijf zeldzame aandoeningen hebben een genetische component. De genetische afwijking kan zijn doorgegeven van ouders op kind (overerving), maar kan ook spontaan ontstaan in utero (embryonaal) of pas later in het leven. De aandoening komt dan niet in de familie voor. Welke mechanisme komt voor bij zeldzame ziekten?
  - Overerving.
  - Spontane afwijking.
  - Beide.
- Zeldzame ziekten komen bij minder dan 1 op 2000 personen voor. Als groep zijn zeldzame ziekten echter minder zeldzaam. Hoe vaak komt de totale groep zeldzame ziekten in Nederland voor?
  - Vaak, 1 miljoen Nederlanders hebben een zeldzame ziekte.
  - Weinig, 100.000 Nederlanders hebben een zeldzame ziekte.
  - Sporadisch, 10.000 Nederlanders hebben een zeldzame ziekte.
- Van de huisarts mag niet worden verwacht dat hij een specifieke zeldzame ziekte diagnosticeert. Nijnuis pleit wel voor *awareness*, het besef dat er sprake zou kunnen zijn van een zeldzame ziekte. Aanwezigheid van het 'plusteken' is een aanwijzing voor een zeldzame ziekte. In welk geval is er sprake van een plusteken?
  - Een kind met een ontwikkelingsachterstand en een niet-passende onderzoeksbevinding.
  - Een kind met een gewone aandoening met een niet-bijpassend symptoom.
  - Een kind uit een erfelijk belaste familie met een bij de ziekte passend symptoom.

- De heer Vriens, 56 jaar, merkt dat de kracht in zijn rechterhand minder wordt. Ook voelt hij in zijn rechterarm soms spierkrampen. Bij het lopen kan hij zijn linkervoort niet goed optillen, waardoor deze met een klap op de grond valt. Hij heeft geen tintelingen en geen pijn. Bij onderzoek is de kracht in de rechterhand verminderd en is er een klapvoet links. Er zijn fasciculaties in de linkerarm. De sensibiliteit is intact. Welke diagnose is het meest waarschijnlijk?
  - Amyotrofische lateraal sclerose.
  - Multipel sclerose.
  - Ziekte van Parkinson.

- De heer De Wit, 28 jaar, kan kort voor het inslapen vaak opeens niets meer bewegen. Het duurt kort en herstelt snel. Hij kan 's nachts niet goed doorslapen en is vaak wakker. Daardoor is hij overdag slaperig en hij kan zijn ogen dan maar moeilijk openhouden. Hij laat overdag zomaar dingen uit zijn handen vallen. Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?
  - Idiopathische drop attacks.
  - Narcolepsie.
  - Obstructief slaapapneusyndroom.
  - Partieel complexe epilepsie.

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

## GEBRUIKTE BRONNEN

Nijnuis M, Alma M. Diagnostiek van zeldzame ziekten. Een literatuuronderzoek naar de ervaringen van ouders. Huisarts Wet 2018;61(9):14-7.DOI:10.1007/s12445-018-0243-8. Hendriks S, Sollie A, Nijnuis M, Stolper. Zeldzame ziekten: een onmogelijke diagnostische opgave? Huisarts Wet 2016;59(11):498-501. www.VSOP.nl. Kuks JBM, Snoek JW. Leerboek klinische neurologie. 18e herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.

## ANTWOORDEN

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

## Herziening NHG-Behandelrichtlijn Waterpokken

# Preventie en behandeling van waterpokken bij risicogroepen

Masja Loogman, Tjerk Wiersma, Wim Opstelten

In Nederland krijgt bijna ieder kind waterpokken. Het beloop is bij kinderen meestal mild en self-limiting. Bij andere groepen is het risico op een ernstig beloop met complicaties echter hoger: immuungecompromitteerden, pasgeborenen en patiënten ouder dan 12 jaar, met name zwangeren. De herziene NHG-Behandelrichtlijn Waterpokken beschrijft de preventie en behandeling van waterpokken bij deze risicogroepen.

De NHG-Behandelrichtlijn Waterpokken is recent herzien. In Nederland krijgen vrijwel alle kinderen waterpokken en de ouders raadplegen hiervoor meestal geen arts. Als dat wel gebeurt, is de diagnostiek van waterpokken doorgaans weinig problematisch en behoeft de ziekte over het algemeen geen behandeling. Om de jeuk te bestrijden, zijn diverse zelfzorgmiddelen beschikbaar. Waterpokken kunnen echter ook leiden tot ernstig ziek zijn of ernstige complicaties, zoals een varicellapneumonie of encefalitis bij mensen met immunosuppressie, zwangeren en pasgeborenen. Ook bij personen ouder dan 12 jaar hebben waterpokken dikwijls een ernstiger beloop. Als mensen uit deze groepen een risicocontact hebben gehad met iemand die waterpokken of gordelroos heeft of wanneer zij waterpokken krijgen, kan er een indicatie zijn voor toediening van varicella-zosterimmunoglobulinen (VZIG), vaccinatie of antivirale behandeling. Hieronder volgt een overzicht van het beleid bij risicogroepen.

## RISICOGROEPEN

De richtlijn beschouwt de volgende mensen als risicogroep.

- Personen met een ernstige, klinisch relevante immunosuppressie hebben

een verhoogd risico op een heviger beloop van waterpokken en een verhoogde kans op het ontwikkelen van complicaties. Het gaat dan bijvoorbeeld om patiënten die chemotherapie ondergaan of hoge dosis corticosteroïden (dagelijks > 20 mg prednison), methotrexaat of biologica gebruiken.

- Zwangeren hebben een hoger risico op het ontwikkelen van een varicellapneumonie. Daarnaast is er het risico op transplacentaire overdracht van het varicella-zostervirus op het ongeboren kind. Bij een zwangerschap korter dan 20 weken is er een kleine kans op het congenitale-varicellasyndroom (CVS).
- Bij pasgeborenen van wie de moeder 5 dagen voor tot 2 dagen na de partus waterpokken kreeg, is er een grote kans op het ontwikkelen van waterpokken omdat het waterpokkenvirus placentair op het ongeboren kind is overgedragen, zonder dat het kind wordt beschermd door maternale antistoffen. Dit kan bij de pasgeborene leiden tot ernstige complicaties, zoals pneumonie, meningo-encefalitis, gastro-enteritis of hepatitis.
- Ook personen ouder dan 12 jaar behoren tot een risicogroep, omdat waterpokken bij hen vaak ernstiger verloopt en er meer kans is op een varicellapneumonie. Dit risico is echter lager dan bij patiënten die ernstig immuungecompromiteerd zijn.

## RISICOCONTACT

Het varicella-zostervirus is na het mazelenvirus het meest besmettelijke virus: 80 tot 90% van de seronegatieve blootgestelden ontwikkelt waterpokken. Indien iemand uit een risicogroep contact heeft gehad met iemand die waterpokken



De diagnostiek van waterpokken is meestal weinig problematisch. Foto: Shutterstock

heeft, kunnen maatregelen wenselijk zijn ter preventie van waterpokken. De richtlijn beschouwt de volgende contacten als risicocontact:

- een patiënt met waterpokken of gordelroos binnen het gezin
- gezichtscontact (< 2 meter) met een waterpokkenpatiënt gedurende ten minste vijf minuten
- een verblijf van meer dan een uur in dezelfde ruimte met een waterpokkenpatiënt

Een kortdurend contact met andere kinderen, zoals tijdens het brengen en halen van de eigen kinderen naar school of kinderdagverblijf is volgens bovenstaande beschrijving geen risicocontact.

## IMMUUNSTATUS

Na een risicocontact gaat de arts bij risi-

cogroepen de immuunstatus na. Indien iemand in het verleden waterpokken heeft gehad of tegen waterpokken is gevaccineerd, is aanvullend laboratorium-onderzoek niet nodig. Ook als een eerder kind van een zwangere waterpokken heeft gehad, is er nagenoeg geen kans op het ontwikkelen van waterpokken. In de overige gevallen worden zo snel mogelijk antistoffen tegen het varicella-zostervirus bepaald. Indien er antistoffen zijn aangetoond, loopt de persoon geen risico en zijn er geen verdere maatregelen noodzakelijk.

#### TOEDIENING VAN VZIG

Bij negatieve serologie komen zwangere en personen met een ernstige, klinische relevante immuunsuppressie na een risicocontact in aanmerking voor VZIG. Hetzelfde geldt voor pasgeborenen van wie de moeder binnen 5 dagen voor tot en met 2 dagen na de geboorte waterpokken ontwikkelde. VZIG moeten zo snel mogelijk worden toegediend, het liefst binnen 48 uur en uiterlijk 96 uur na expositie. Indien het contact langer dan 96 uur geleden is of als er al waterpokken is geconstateerd, is behandeling met VZIG niet meer effectief. Voor toediening van VZIG adviseert de richtlijn om pragmatische redenen te verwijzen naar de tweede lijn. Huisartsen hebben in het algemeen immers weinig ervaring met het bestellen en toedienen van immunoglobulinen. Daarbij is het nodig patiënten na toediening

minimaal 20 minuten te observeren in verband met een geringe kans op een anafylactische reactie. Helaas is anno 2018 VZIG tijdelijk niet leverbaar. Welke alternatieve behandeling wel beschikbaar is, staat onder andere vermeld op de website van Sanquin en is afgestemd met het RIVM.

#### ANTIVIRALE MIDDELEN

Bij risicogroepen kan er ook reden zijn voor behandeling met antivirale middelen. Bij immunocompromitteerden bij wie het voor het geven van VZIG te laat is, kunnen antivirale middelen van dag 7 tot dag 14 na de expositie de ernst van een eventuele waterpokkeninfectie reduceren. Ook bij personen ouder dan 12 jaar die zich binnen 24 uur na het ontstaan van de waterpokken op het spreekuur melden kan de arts antivirale behandeling overwegen, omdat deze de ernst van de ziekte en de ziekteduur enigszins lijkt te beperken. De bewijskracht hiervoor is echter zwak en deze situatie zal zich nauwelijks voordoen in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

#### VACCINATIE TEGEN WATERPOKKEN

Vaccinatie tegen waterpokken is niet opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. Het in Nederland geregistreerde waterpokkenvaccin is wel op eigen kosten beschikbaar. Patiënten kunnen zich hiervoor op eigen initiatief melden op het spreekuur van de huisarts.

In Nederland is momenteel alleen het monovalente vaccin Provarivax® op de markt. Het vaccin bevat een levend verzwakt varicella-zostervirus en is om die reden niet geschikt voor gebruik bij zwangeren of immunocompromitteerden. Er worden twee doses gegeven met een interval van minimaal een maand, wat een effectieve bescherming tegen waterpokken geeft van 95%. Onderzoek laat zien dat de effectiviteit na 14 jaar nog steeds 90% is. Het is onbekend of na twee vaccinaties op termijn een extra booster zinvol is. Het waterpokkenvaccin kan ook worden ingezet als postexpositieprofylaxe. Bij immunocompetente, seronegatieve 12-plussers is actieve immunisatie met het waterpokkenvaccin nog zinvol tot 5 dagen na het risicocontact, waardoor vooral het optreden van een varicella-pneumonie wordt voorkomen. ■

*De volledige versie is te raadplegen op [www.nhg.org/nhg-behandelrichtlijn-waterpokken](http://www.nhg.org/nhg-behandelrichtlijn-waterpokken).*

|                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Loogman MCM, Wiersma Tj, Opstelten W. Preventie en behandeling van waterpokken bij risicogroepen. Huisarts Wet 2018;61(9):59-60. DOI: 10.1007/s12445-018-0249-2.                            |
| Loogman MCM, Wiersma Tj, Opstelten W. NHG-Behandelrichtlijn Waterpokken. <a href="http://www.nhg.org/nhg-behandelrichtlijn-waterpokken">www.nhg.org/nhg-behandelrichtlijn-waterpokken</a> . |

## Eerste evaluatie bij slangenbeet door huisarts?

Het Nationaal Vergiftigingen Informatie Centrum (NVIC) onderschrijft niet de bewering van Vendrik en co-auteurs dat de huisarts bij slangenbeten uitstekend in staat is een eerste evaluatie uit te voeren – algemene beoordeling van de patiënt, immobilisatie van de aangedane extremiteit, achterhalen van de soort en giftigheid.<sup>1</sup> Deze bewering is zelfs gevaarlijk. De ontwikkeling van het klinisch beeld na een beet door een exotische gifslang kan snel verlopen. Bij het NVIC zijn beetincidenten in Nederland bekend waarbij patiënten binnen één tot anderhalf uur na de beet en langer dan twintig minuten na het optreden van de eerste neurotoxische verschijnselen geïntubeerd en beademd moesten worden. Een patiëntbespreking hierover wordt zelfs aangehaald door de auteurs.<sup>2</sup> Immobilisatie van de aangedane extremiteit kan dit niet voorkomen!

#### OBSERVATIE IN ZIEKENHUIS

In geval van een beet door een onbekende, exotische slangensoort moet de patiënt geobserveerd worden in een ziekenhuis, totdat bewezen is dat het een niet giftige soort betreft. Hierbij is het wenselijk de aanbevelingen voor (frequentie van) lichamelijk onderzoek en laboratoriumbepalingen conform het protocol Exotische (gif)slangenbeet te volgen.<sup>3</sup> Observatie van de patiënt op meerdere locaties leidt tot tijdsverlies en meer transportbewegingen, wat de immobilisatie niet ten goede komt. Ook patiënten gebeten door de Nederlandse adder dienen bij voorkeur in het ziekenhuis geobserveerd te worden, zeker als het om kinderen gaat. Ten slotte: identificatie van een onbekende slang moet een professional doen. Figuur 3 met kenmerken van giftige en niet-giftige slangen is een ernstige vereenvoudiging van de werkelijkheid. Er zijn vele uitzonderingen en dit schema is geen betrouwbare leidraad. Zo is bijvoorbeeld triage op basis van beetkenmerken niet mogelijk; hebben krasvormige beetkenmerken geleid tot fatale intoxicaties, en bestaat er geen relatie tussen de kleur en de giftigheid van een slang. ■

Marieke Dijkman

#### LITERATUUR

- Vendrik J, Stijns K, Ridderrickhof M, Van Thiel P. Slangenbeten in Nederland. Huisarts Wet 2018;61(7):47-9. DOI: 10.1007/s12445-018-0196-y.
- Dijkman MA, De Vries I, Van Dam M, De Lange DW. Gebeten door een exotische gifslang. Ned Tijdschr Geneeskd 2017;161:D822.
- [www.vergiftigingen.info](http://www.vergiftigingen.info), zie lijst van behandelingen.

#### REACTIE

De auteurs danken de medewerkers van het NVIC voor hun commentaar. Patiënten met een slangenbeet melden zich soms bij de huisarts en niet-rechtstreeks op de spoedeisende hulp. Wij onderschrijven de noodzaak om snel en laagdrempelig te overleggen na een slangenbeet. We wilden slechts een handvat voor een eerste inschatting bieden aan de huisarts die met een slangenbeet wordt geconfronteerd. Als wij de indruk hebben gewekt dat de huisarts een dergelijke casus zonder enige spoed zelfstandig af zou kunnen handelen, betreuren wij dat. Ook onderschrijven wij de noodzaak tot nauwkeurige differentiatie van de betreffende slang, waarbij de huisarts belangrijke informatie kan verschaffen over uiterlijke kenmerken van de slang. De gevoegde figuur is slechts ter illustratie bedoeld, een uitgebreide determinatie van deze dieren behoort niet tot ons vakgebied of dat van de huisarts. Contact met een gespecialiseerd centrum zoals het NVIC is sterk aan te bevelen.

Jeroen Vendrik





# Griepvaccinatie: bewijs voor bescherming, weinig studies van goede kwaliteit

Ruud Verhees, André Knottnerus



Griep kan bij mensen met specifieke aandoeningen én bij ouderen ernstige gevolgen hebben.

Foto: Hollandse Hoogte

Griepvaccinatie van ouderen lijkt de kans op griep met meer dan 50% te reduceren. De bewijskracht is echter beperkt, vooral als het gaat om een effect op complicaties door griep. Een vergelijkbaar effect van vaccinatie op reductie van griep is gevonden voor gezonde volwassenen. Dat zijn de hoofdconclusies van de laatste meta-analyses die de Cochrane Library voorlopig aan dit thema wijdt.

Vijf tot tien procent van de Nederlanders krijgt jaarlijks griep. Griep kan bij mensen met specifieke aandoeningen én bij ouderen ernstige gevolgen hebben. Zo overleden afgelopen jaar ongeveer 3900 mensen aan de (in)directe gevolgen van griep. Griep leidt bij gezonde volwassenen vooral tot ziekteverzuim en zelden tot complicaties. Een griep opgelopen tijdens (of kort na) de zwangerschap kan wel een ernstig beloop hebben. Ook kan griep tijdens de zwangerschap mogelijk schadelijke gevolgen hebben voor het ongeboren kind. Daarom wordt griepvaccinatie in sommige landen (bijvoorbeeld de Verenigde Staten) aan zwangeren aangeboden.

## OPMERKELIJKE VERSCHIJNING META-ANALYSES

Het verschijnen van deze meta-analyses over de effectiviteit van griepvaccinatie bij ouderen en gezonde volwassenen is opmerkelijk. Niet eerder volgden meerdere Cochrane-reviews over hetzelfde thema elkaar in zo'n korte tijd op. Ook wordt

gesproken van 'stabilisatie' van de reviews; een update wordt alleen nog overwogen indien nieuw placebogecontroleerd onderzoek verschijnt. Ten slotte lijkt het standpunt van de auteurs wat betreft ouderen gedurende de jaren meer richting effectiviteit van vaccinatie tegen griep te verschuiven. Nieuw is ook dat de auteurs van beide meta-analyses zich in hun hoofdconclusie vooral op RCT's baseren. Nieuw observationeel onderzoek werd nu buiten beschouwing gelaten omdat deze onderzoeken gezien hun beperkte kwaliteit volgens de auteurs geen invloed zullen hebben op de conclusies van de nieuwe reviews.

Voor de meta-analyse over *ouderen* includeerden de auteurs 67 observationele onderzoeken en acht RCT's. De bewijskracht werd volgens het GRADE-systeem verdeeld in zeer laag, laag, matig en hoog. Afgaand op de trials, bleek griepvaccinatie het risico op griep te verlagen van 6% naar 2,4% (laag bewijs). Het risico op influenza-achtige ziektebeelden verminderde van 6% naar 3,5% (matig bewijs). De bewijskracht werd vooral beïnvloed door onzekerheid over de definitie en diagnostiek van influenza en het risico op bias. Er konden geen conclusies worden getrokken over een effect op pneumonie, ziekenhuisopnames en sterfte omdat geen geschikte data beschikbaar waren. Dit had vooral te maken met de beperkte omvang van de trials. De conclusies op basis van observationeel onderzoek blijven ongewijzigd.

## REDUCTIE VAN STERFTE DOOR RESPIRATOIRE OORZAAK

Omdat hierover niet eerder in H&W is gepubliceerd, presenteren we de resultaten voor thuiswonende ouderen die een geïnactiveerd vaccin ontvingen. Meta-analyse van de cohort-onderzoeken (zeven onderzoeken) liet zien dat, gecorrigeerd voor mogelijk vertekende factoren, vaccinatie de kans reduceerde op ziekenhuisopname door griep of pneumonie (OR 0,73; 95%-BI 0,67 tot 0,79), opname door een hartaandoening (OR 0,76; 95%-BI 0,70 tot 0,82) en sterfte (OR 0,53; 95%-BI 0,46 tot 0,61). Ook de case-controlonderzoeken (twaalf onderzoeken) lieten na correctie significante effecten in dezelfde richting op sterfte en ziekenhuisopname zien. Vaccinatie leidde niet tot reductie van sterfte door een respiratoire oorzaak. Onderzoek uitgevoerd onder thuiswonende ouderen met relevante comorbiditeit, toonde uitsluitend een positief effect van vaccinatie op sterfte of ernstige longziekte (OR 0,60; 95%-BI 0,49 tot 0,74). Voor informatie over andere uitkomstmaten of patiëntengroepen verwijzen we naar de review. De auteurs benadrukken de matige kwaliteit van de observationele onderzoeken. Vertekening kon makkelijk plaatsvinden omdat gebruik van influenzavaccinatie gerelateerd is aan onder andere opleiding, gezondheid, angst voor bijwerkingen en gezondheidsperceptie.

In de meta-analyse over *gezonde volwassenen en zwangeren* werden 52 trials geïncludeerd. De auteurs baseerden hun hoofdconclusies vooral op de 25 trials die personen ingeënt met een geïnactiveerd vaccin met een controlegroep vergeleken. Hieruit bleek dat vaccinatie van gezonde volwassenen de kans op griep van 2,3% tot 0,9% terugbracht (matig bewijs). Een effect hiervan op reductie van werkverzuim (-0,04 dagen; 95%-BI -0,14 dagen tot 0,06 dagen op basis van vier trials) of ziekenhuisopnames (RR 0,96; 95%-BI 0,85 tot 1,08 op basis van twee trials) kon niet worden aangetoond (beide uitkomsten laag bewijs). Observationeel onderzoek was alleen beschikbaar over de effectiviteit van seizoensgebonden griepvaccinatie tijdens de zwangerschap. Dit toonde een vaccineffectiviteit van 24% (95%-BI 11% tot 35%) op influenza-achtige ziektebeelden van zwangeren en 41% (95%-BI 6% tot 63%) op pasgeborenen van gevaccineerde zwangeren.

## BESPREKING

De auteurs baseren hun hoofdconclusies waar mogelijk op trials omdat de kwaliteit van het observationele onderzoek vaak laag bleek. Influenzavaccinatie reduceerde de kans op griep zowel bij gezonde volwassenen als ouderen met 50-60%. Door de lage incidentie van griep in trials uitgevoerd onder gezonde volwassenen is de absolute risicoreductie (ARR) als gevolg van vaccinatie bij volwassenen kleiner dan bij ouderen (1,4% versus 3,6%) met als gevolg een aanzienlijk verschil in het number needed to vaccinate (NNV) van 71 respectievelijk 30. Door de gerapporteerde lage incidentie bij gezonde vol-

wassenen is het ook begrijpelijk dat de reductie van bijvoorbeeld ziekenhuisopnames of het aantal ziekte dagen minimaal bleek. Het is hiermee echter niet uitgesloten dat een kwetsbare groep volwassenen met medische indicatie voor influenzavaccinatie meer baat heeft bij deze interventie aangezien het risico op complicaties hoger is.

Wat betreft de bewijskracht voor een effect van vaccinatie op griep is deze volgens de auteurs hoger bij gezonde volwassenen (matig bewijs) dan bij ouderen (laag bewijs). De trials uitgevoerd onder ouderen wijzen echter alle in de richting van een beschermend effect op zowel griep als influenza-achtige ziektebeelden. Omdat de kwaliteit van de onderzoeken verschilde, vond weging van bewijskracht plaats. De betekenis van onderzoeken met laag risico op bias – die een duidelijk beschermend effect toonden – wordt daardoor in het overall beeld niettemin gereduceerd. Ook zijn de trials in de regel te klein om complicaties door griep te kunnen bestuderen. Omdat het plausibel is dat voorkómen van griep tot reductie van complicaties door griep leidt, blijft griep een voor de hand liggende intermediaire uitkomstmaat voor klinisch relevante eindpunten als pneumonie, myocardinfarct of sterfte.

## INFLUENZAVACCINATIEBELEID VERANDERT NIET

Op basis van deze meta-analyses zal het huidige influenzavaccinatiebeleid niet veranderen. Vermoedelijk zal de discussie over de effectiviteit van griepvaccinatie en over het number needed to vaccinate voortduren totdat direct bewijs van het voorkómen van complicaties van influenza beschikbaar komt. Maar gezien het effect van vaccinatie op het voorkómen van griep – ook als intermediaire uitkomstmaat – is het onzeker of dit bewijs ooit op grond van trials verkregen zal worden, gelet op hieraan verbonden ethische en methodologische dilemma's. ■

## LITERATUUR

- Demicheli V, Jefferson T, Di Pietrantonj C, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database Syst Rev 2018;2:CD004876.
- Demicheli V, Jefferson T, Ferroni E, Rivetti A, Di Pietrantonj C. Vaccines for preventing influenza in healthy adults. Cochrane Database Syst Rev 2018;2:CD001269.

Verhees RAF, Knottnerus JA. Griepvaccinatie: bewijs voor bescherming, weinig studies van goede kwaliteit. Huisarts Wet 2018;61(9):62-3. DOI: 10.1007/s12445-018-0246-5. Maastricht University, Research Institute CAPHRI, Department of Family Medicine: R.A.F. Verhees, arts in opleiding tot huisarts-onderzoeker, ruud.verhees@maastrichtuniversity.nl; Bureau FHML, Faculteit Diensten GOV's en Bureau FHML, Faculteit Health, Medicine and Life Science, Maastricht: prof. dr. J.A. Knottnerus, adviseur. Belangenverklaring: de tweede auteur was betrokken bij het in deze meta-analyse opgenomen gerandomiseerde onderzoek van Govaert et al. Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.



# Onvoldoende bewijs voor fyto-oestrogenen

Tessa Spiele, Marion Biermans

Veel overgangsconsulentes adviseren fyto-oestrogenen aan vrouwen in de menopauze. Uit onderzoek blijkt dat deze supplementen een lichte afname geven van het aantal opvliegers. Deze behandeling lijkt een veelbelovende stap tussen een expectatief beleid en hormoontherapie, maar er is onvoldoende onafhankelijk bewijs om het gebruik van fyto-oestrogenen aan of af te raden. Daarnaast zijn de bijwerkingen op lange termijn onduidelijk.

De NHG-Standaard De overgang beveelt fyto-oestrogenen niet aan, omdat deze geen gunstig effect hebben op vasomotorische klachten, zo blijkt uit een review uit 2007. Verdient dit standpunt een heroverweging op basis van recent onderzoek?

### ZOEKSTRATEGIE EN RESULTATEN

We zochten op 3 januari 2018 in PubMed met de Mesh-termen hot flashes AND menopause AND (dietary) supplement AND (phytoestrogens OR isoflavones OR coumestrol OR ligans). Daarbij doorzochten we de titel en het abstract op deze termen. We gebruikten de filters ‘published in the last five years’, ‘Humans’, ‘English’ en ‘Dutch’. Dit leverde 19 publicaties op, waaronder een recent literatuuronderzoek en meta-analyse uit 2016.<sup>1</sup> Daarna is er nog een relevante RCT gepubliceerd in 2017.<sup>2</sup> Het literatuuroverzicht bestaat uit 36 RCT’s naar fyto-oestrogenen. Hiervan werden er 18 geïnccludeerd in de meta-analyse naar het aantal opvliegers per 24 uur bij vrouwen met menopauzale symptomen. De onderzoekers vonden een afname van 1,31 opvliegers per 24 uur bij vrouwen die fyto-oestrogenen kregen in vergelijking met degenen die placebo kregen (95%-BI -2,02 tot -0,61) bij uiteenlopende baselinewaarden van 1,3 tot 11,7 opvliegers per 24 uur. De RCT was een dubbelblind onderzoek van 12 weken naar de effecten van suppletie met equol en resveratrol op de kwaliteit van leven van menopauzale vrouwen tussen de 55 en 70 jaar. Het aantal vrouwen met opvliegers werd apart onderzocht. Na 3 maanden behandeling had 26,7% van de vrouwen in de interventiegroep last van opvliegers versus 80% in de placebo-groep ten opzichte van 100% bij baseline (p < 0,05).

### BESPREKING EN CONCLUSIES

Beide onderzoeken zijn kwalitatief goed uitgevoerd volgens de beoordelingscriteria van Offringa et al.<sup>3</sup> Opvallend is dat de review een grote heterogeniteit tussen de onderzoeken laat zien en dat deze is gefinancierd door Metagenics, een producent van fyto-oestrogenen. In de RCT is een procentuele afname van het aantal opvliegers gerapporteerd, waardoor het onduidelijk is hoe groot de afname is en welke vrouwen het meeste baat hadden bij de interventie. Deze onderzoeken laten zien dat fyto-oestrogenen een beperkt



De bijwerkingen van fyto-oestrogenen op de lange termijn zijn onduidelijk. Foto: iStock

gunstig effect hebben op opvliegers bij menopauzale vrouwen. De NHG-Standaard De overgang wijst echter op de onbekende effecten van hoge doses fyto-oestrogenen op de lange termijn.<sup>4</sup> Mogelijk hebben fyto-oestrogenen een negatieve (oestrogene) werking op borstweefsel, met daarbij een grotere kans op borstkanker.<sup>5,6</sup> Er is onvoldoende bewijs om het gebruik van fyto-oestrogenen in normale doseringen af te raden dan wel aan te raden: de heterogeniteit tussen de onderzoeken is groot, de meta-analyse is gesponsord door een producent van fyto-oestrogenen en er is nog onvoldoende bekend over de veiligheid bij hoge doseringen. ■

### LITERATUUR

1. Franco OH, Chowdhury R, Troup J, Voortman T, Kunutsor S, Kavousi M. Use of plant-based therapies and menopausal symptoms. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2016;315:2554-63.
2. Davinelli S, Scapagnini G, Marzatico F, Nobile V, Ferrara N, Corbi G. Influence of equol and resveratrol supplementation on health-related quality of life in menopausal women. A randomized, placebo-controlled study. Maturitas 2017;96:77-83.
3. Offringa M, Assendelft WJ, Scholten RIPM (redactie). Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
4. Bouma J, De Jonge M, De Laat EAT, Eekhof H, Engel HF, Groeneveld FPMJ, et al. NHG-Standaard De overgang (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55:168-72.
5. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Fertiliteitsbehoud bij vrouwen met kanker, 2018. www.richtlijnen database.nl.
6. Landelijke Werkgroep Diëtisten Oncologie. Borstkanker Landelijke richtlijn. www.oncoline.nl.

Spiele T, Biermans M. Onvoldoende bewijs voor fyto-oestrogenen. Huisarts Wet 2018;61(9):64. DOI: 10.1007/s-12445-018-0214-0. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: T.E. Spiele, huisarts in opleiding, tessa.spiele@radboudumc.nl; dr. M.C.J. Biermans, epidemioloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit is een critically appraised topic (CAT), waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

### Lopend onderzoek

# Onderzoek naar injecties in de bil bij knieartrose

Marianne Mol



Een intramusculaire injectie leidde bij patiënten met heupartrose tot een vermindering van de pijnklachten. Foto: Shutterstock

**Een intramusculaire corticosteroïdinjectie is wellicht een alternatief voor een intra-artculaire injectie bij patiënten met knieartrose. Uit een onderzoek bij patiënten met heupartrose bleek namelijk dat een intramusculaire injectie een klinisch significante vermindering van pijnklachten gaf. Het effect van een intramusculaire injectie hield ook langer aan. Het is de vraag of hetzelfde geldt bij knieartrose.**

Rotterdamse onderzoekers gaan momenteel na of de positieve effecten van intramusculaire injecties bij heupartrose ook opgaan voor knieartrose.<sup>1</sup> Hun onderzoek loopt tot 2020. In Nederland levert vooral de huisarts de zorg voor patiënten met knieartrose. Huisartsen zijn door gebrek aan routine mogelijk terughoudend met het toedienen van intra-artculaire corticosteroïdinjecties bij artrose.<sup>2</sup> Toch geeft de NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten intra-artculaire corticosteroïdinjecties als behandeloptie bij opvlamming van artrose of wanneer andere conservatieve behandelingen niet effectief genoeg zijn.<sup>3</sup> Intramusculaire injecties zijn voor de huisarts gemakkelijker toe te passen dan intra-artculaire injecties. Het zeer kleine risico op septische artritis door intra-artculaire injecties wordt hiermee ook weggenomen. Artrose werd lange tijd beschouwd als slijtage van het kraakbeen. Inmiddels is duidelijk dat inflammatie een cruciale rol speelt bij de pathogenese en progressie van de ziekte.<sup>4,5</sup> De pijn die artrosepatiënten ervaren, wordt waarschijnlijk veroorzaakt door synovitis.<sup>6</sup> Ook speelt centrale sensitisatie door interactie tussen het centrale zenuwstelsel en het immuunsysteem een

rol.<sup>7,8</sup> Corticosteroïden kunnen door hun immunosuppressieve werking zowel synovitis als pijn en sensitisatie remmen. In de literatuur is er veel discussie over de effectiviteit en veiligheid van intra-artculaire corticosteroïdinjecties bij artrose.<sup>9,10</sup> Er is geen eenduidig bewijs dat intramusculaire corticosteroïdinjecties meer systemische bijwerkingen hebben dan intra-artculaire injecties.<sup>1</sup> Bij patiënten met heupartrose bleken intramusculaire injecties een significante, klinisch relevante en langdurige vermindering van pijnklachten te geven. De resultaten van dit onderzoek naar het effect van een intramusculaire injectie bij knieartrose worden verwacht in 2020. ■

### LITERATUUR

1. Dorleijn DMJ, Luijsterburg PAJ, Reijman M, Kloppenburg M, Verhaar JAN, Bindels PJE, et al. DMJ Intramuscular glucocorticoid injection versus placebo injection in hip osteoarthritis: a 12-week blinded randomised controlled trial. Ann Rheum Dis 2018;77:875-82.
2. Liddell WG, Carmichael CR, McHugh NJ. Joint and soft tissue injections: a survey of general practitioners. Rheumatology (Oxford) 2005;44:1043-6.
3. NHG-werkgroep Niet-traumatische knieklachten. NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten. Huisarts Wet 2016;59:62-6.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op [www.henw.org](http://www.henw.org).

Mol M. Onderzoek naar injecties in de bil bij knieartrose. Huisarts Wet 2018;61(9):67. DOI: 10.1007/s12445-018-0227-8. Erasmus MC, Rotterdam: M.F. Mol, aiotho, knieartrose.studie@erasmusmc.nl. Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.



# Een uitgesteld antibioticarecept bij luchtweginfecties

Eefje de Bont, Jochen Cals

Een uitgesteld antibioticarecept bij luchtweginfecties leidt tot minder antibioticagebruik zonder dat er meer complicaties optreden en resulteert in een gelijke patiënttevredenheid. Dat is de conclusie van een Cochrane-review naar het effect van uitgestelde antibioticarecepten bij luchtweginfecties. Alleen géén recept uitschrijven leidt tot nog minder antibioticagebruik.

Om antibioticaresistentie tegen te gaan moeten (huis)artsen richter en minder vaak antibiotica voorschrijven voor luchtweginfecties. De auteurs van deze Cochrane-review (update van 2013) keken naar de effectiviteit van een uitgesteld antibioticarecept vergeleken met een direct recept of geen recept.<sup>1</sup> Zij definieerden een uitgesteld recept als het advies om de antibiotica in de daaropvolgende 48 uur nog niet te starten en het spontane beloop van de symptomen af te wachten. De auteurs selecteerden 11 onderzoeken met in totaal 3555 patiënten met luchtweginfecties. In vijf onderzoeken werden alleen kinderen onderzocht, in twee alleen volwassenen en in vier onderzoeken beiden. De meeste patiënten met luchtweginfecties herstelden niet sneller met antibiotica (direct of uitgesteld recept), de onderzoekers vonden alleen een gering verschil voor otitis media acuta en keelpijn gecombineerd met koorts. Een uitgesteld recept leidde tot minder bijwerkingen vergeleken met een direct recept. Er werd geen verschil gevonden in het aantal complicaties. Patiënten die van hun huisarts een uitgesteld recept kregen, waren even tevreden als patiënten die meteen antibiotica kregen (86% versus 91% tevreden). Mogelijk zijn patiënten die een uitgesteld recept krijgen wel iets tevredener dan patiënten die helemaal geen antibiotica krijgen (87% versus 82%). Een uitgesteld recept leidde uiteindelijk tot aanzienlijk minder antibioticagebruik dan meteen antibiotica voorschrijven (35% versus 93%). Helemaal geen recept leidde tot het minste antibioticagebruik (14%). De onderzoeken waren van gemiddelde kwaliteit, maar liepen in opzet sterk uiteen. Dat maakt vooral het verschil in herstel en de manier van adviseren van een uitgesteld recept moeilijk te vergelijken.

### ALTERNATIEF EN VANGNET

Het uitgestelde antibioticarecept is een strategie om patiënten te laten ervaren dat antibiotica vaak niet nodig zijn en hen toch het gevoel te geven dat ze worden gehoord. De arts kan de patiënt hierbij instrueren het recept pas op te halen wanneer de klachten erger worden of instrueren de medicatie pas te starten als de klachten erger worden. Beide manieren leiden tot minder antibioticagebruik en niet tot meer complicaties. Toch zijn ze niet even effectief. In de vijf onderzoeken waarin

de patiënten het recept nog niet ophaalden, vonden de onderzoekers een gemiddeld antibioticagebruik van 27% tegenover 38% in de overige onderzoeken waarin de patiënt het recept wel in huis had maar zelf mocht beslissen wanneer hij met de medicatie begon. Het is dus belangrijk om na te denken over de manier waarop een recept wordt uitgesteld. De strategie van een uitgesteld antibioticarecept wordt in het Verenigd Koninkrijk vaak toegepast. Veel geïnccludeerde onderzoeken komen daar dan ook vandaan. Deze strategie heeft ook een plek gekregen in de Britse NICE-richtlijnen. In Nederland zijn er echter weinig data over deze strategie. Een uitgesteld antibioticarecept lijkt een goede mogelijkheid net voor het weekend, of bij patiënten bij wie je een vangnet wilt creëren. Dat de patiënt zich mogelijk beter gehoord voelt, blijkt uit het kleine verschil in tevredenheid tussen patiënten die een uitgesteld recept kregen en patiënten die geen antibioticarecept kregen. Toch is het merendeel van de patiënten die geen antibiotica krijgen ook tevreden. Vanzelfsprekend leidt de strategie om helemaal geen recept te verstrekken nog altijd tot het minste antibioticagebruik. De huisarts die zijn voorschrijfgedrag bij luchtweginfecties nog verder wil verbeteren, kan juist in de gevallen wanneer geen recept niet lijkt te volstaan een uitgesteld recept als alternatief en mogelijk vangnet gebruiken. ■

### LITERATUUR

1. Spurling GKP, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotic prescriptions for respiratory infections. Cochrane Database Syst Rev 2017;9:CD004417.

De Bont E, Cals JL. Een uitgesteld antibioticarecept bij luchtweginfecties. Huisarts Wet 2018;61(9):68. DOI: 10.1007/s12445-018-0228-7. Maastricht University, afdeling Huisartsgeneeskunde, Maastricht: E. de Bont, huisarts, eefje.debont@maastrichtuniversity.nl; prof. dr. J.L. Cals, huisarts en hoogleraar Effectieve diagnostiek in de Huisartsgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic reviews.



Een uitgesteld antibioticarecept zorgt voor minder antibioticagebruik en een gelijke patiënttevredenheid. Foto: Shutterstock

## BEGELEIDING VAN ADHD BIJ VOLWASSENEN

Sandra J.J. Kooij. ADHD bij volwassenen. Diagnostiek en behandeling. Amsterdam: Pearson Benelux BV, 2017. 324 pagina's. ISBN 9789043035934. Prijs € 44,95.



Van alle volwassenen in Nederland heeft 3% ADHD. Dit boek biedt een overzicht van de huidige stand van de wetenschap, en van de diagnostiek en behandeling. Het richt zich zowel op de beginnende als op de ervaren hulpverlener.

Sandra Kooij is psychiater en onderzoeker op het gebied van ADHD bij volwassenen. Zij beschouwt ADHD als een chronische aandoening,

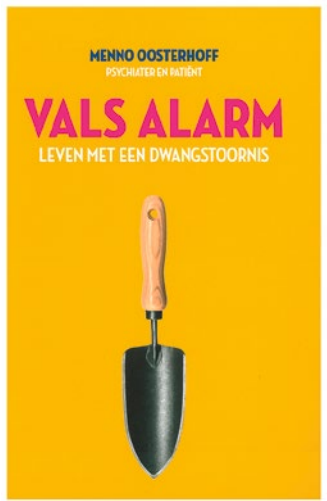
hetgeen langdurige behandeling en begeleiding impliceert, net als diabetes mellitus. *ADHD bij volwassenen* bevat zes hoofdstukken. Hoofdstuk 1 beschrijft de geschiedenis van ADHD. Hoofdstuk 2 behandelt diagnostiek en comorbiditeit. Hoofdstuk 3 bespreekt de diagnostische instrumenten (toegevoegd als bijlagen). Hoofdstuk 4 gaat over de behandeling (psycho-educatie, coaching en medicatie). Hoofdstuk 5 bespreekt coaching en cognitieve gedragstherapie, relevant voor de poh-ggz. Hoofdstuk 6 ten slotte beschrijft de opzet en organisatie van een polikliniek en levenslooppoli ADHD. Door de heldere inhoud en de handige indeling is het makkelijk zoeken naar een specifiek onderwerp. Hierdoor heeft het boek zowel de gemiddelde als zeer geïnteresseerde huisarts veel te bieden. Er zijn echter ook kritische noten. Door ADHD te bestempelen als een chronische aandoening wordt de aandoening onnodig gemedicaliseerd. Het verlagen van het afkappunt zal tot meer (over)diagnoses leiden. De ervaring van de auteur in de tweedelijns psychiatrie heeft de inhoud duidelijk beïnvloed. Er staan ook veel aannames in waarvan oorzaak en gevolg niet altijd helder worden onderbouwd. Verder mis ik een hoofdstuk over de samenwerking met de huisarts en aansluiting bij de NHG-Standaard ADHD bij kinderen. Voor de huisarts geeft de standaard voldoende informatie om onderscheid te maken tussen ADHD als stoornis en het hebben van klachten en daarop het te volgen beleid. Dit boek biedt veel en nuttige informatie voor de huisarts en poh-ggz, maar daarbij is een kritische en nuancerende blik nodig. ■

Ron Glotzbach

WAARDERING: ●●●●●

## DWANGSTOORNISSEN IN DE PRAKTIJK

Menno Oosterhoff. Vals Alarm. Hilversum: uitgeverij Lucht BV, 2017. 367 pagina's. ISBN 978-94-9172-968-3. Prijs paperback € 22,50 of ebook € 9,99.



Psychiater Menno Oosterhoff is gespecialiseerd in dwangstoornissen. Hij is ook ervaringsdeskundige. In dit boek beschrijft hij op creatieve wijze de impact van dwangstoornissen op het persoonlijke, sociale en maatschappelijke leven en maakt zijn unieke kennis voor iedereen toegankelijk. Oosterhoff maakt het graduele disfunctioneren zichtbaar aan de hand van alledaagse, voor iedereen herkenbare voorbeelden tot

en met extreme obsessies en compulsies.

Een dwangstoornis is voor de patiënt een plaag en doet zich voor in een geleidelijke schaal van lichte controledwang tot hardnekkige dwanggedachten (obsessies) en dwanghandelingen (compulsies). Zo'n 1 tot 2% van de bevolking lijdt eraan. Nog niet zo lang geleden dachten artsen dat dwang voortkwam uit angst, maar zij hebben dit idee losgelaten. Patiënten ervaren een obsessieve onrust als iets 'niet helemaal goed voelt' (just-not-right-feeling) of als iets onvolledig of onaf is (feeling of incompleteness). Deze onrust leidt tot het uitvoeren van dwanghandelingen, maar hierdoor nemen de problemen juist toe. In de behandeling gaat het erom de onrust te leren verdragen. Onvolkomenheden horen nu eenmaal bij het leven. Mensen met dwang zijn gewend rekening te houden met het ergste en zoeken absolute zekerheden. Maar hoe zeker is zeker? Via algemene wijsheden oftewel 'dooddoeners' corrigeert Oosterhoff zijn patiënten en leert hen dat 'goed genoeg' effectiever is dan nastreven van perfectie. Hij is een meester in het eenvoudig uitleggen van de werkingsmechanismen bij dwang. Dat doet hij met metaforen en leuke anekdotes. Huisartsen kunnen hiervan leren. Drukke huisartsen raad ik aan om de hoofdstukken 1, 2, 7 en 8 te lezen. Mooi is ook hoofdstuk 13, waarin Menno's vrouw vertelt over de betekenis van een dwangstoornis voor de gezinsleden. ■

Marian Oud

WAARDERING: ●●●●●

## NIEUW OVERZICHT MEDISCHE GESCHIEDENIS

Prof.dr. H.F.P. Hillen, prof.dr. E.S. Houwaart, prof.dr. F.G. Huisman [redactie]. Leerboek medische geschiedenis. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018. 243 pagina's. ISBN 9789036819893. Prijs € 34,99.



Het laatste boek over medische geschiedenis verscheen meer dan dertig jaar geleden. Alleen de Canon der Geneeskunde van Nederland (2009) is jonger, maar een canon is per definitie vrij fragmentarisch van opzet. Het werd dan ook tijd voor een nieuw boek over medische geschiedenis.

De opzet van dit boek, geschreven door drie hoogleraren van naam (Hillen,

Houwaart en Huisman), is veel moderner dan het boek uit de jaren tachtig. Het boek bestaat uit vier delen: 1. Ziekte, 2. Kennis, 3. Dokter en patiënt, 4. Gezondheidszorg en maatschappij. In zeventien hoofdstukken van elk twaalf tot veertien pagina's werken de veertien auteurs de ontwikkelingen van een groot aantal

thema's uit. Elk hoofdstuk begint met leerdoelen en eindigt met leervragen. Ook bevat elk hoofdstuk een unieke activeringscode die toegang geeft tot de website van het boek. Daar kunt u niet alleen de antwoorden vinden op de leervragen, maar bijvoorbeeld ook verdiepingsartikelen, video's of podcasts. Overigens is het ene hoofdstuk beter geïllustreerd dan het andere.

Natuurlijk kunnen niet alle onderwerpen in 240 pagina's de revue passeren. Kenmerkend in het boek is de grote lijn die de auteurs schetsen in de tijd. Vooral de ontwikkeling van de geneeskunde en gezondheidszorg na 1800 komt goed in beeld, met name thema's als de psychiatrie en de openbare gezondheidszorg. Toch mis ik een aantal belangrijke zaken, zoals verdwenen ziektebeelden als chlorose en de psychogene maagzweer, en attributen zoals de aderlaatvlijm en de klisterspuit die eeuwenlang de viersappenleer dienden. Ook Nederlandse ontdekkingen zoals de Graafse follikel (1672) en het gipsverband van Mathijssen (1851) kom je in dit boek niet tegen. Zelfs de gehele ontwikkeling van de verloskunde zocht ik tevergeefs, dus niet alleen de verlostang van Palfijn...

Voor huisartsen en studenten geneeskunde biedt het boek een helder overzicht zonder teveel jaartallen, met nadruk op de ontwikkeling, de dilemma's en de keuzes in de gezondheidspolitiek na 1850. ■

Jan van Eijck, lid werkgroep Geschiedenis van de Huisartsgeneeskunde

WAARDERING: ●●●●●

### COLOFON

Huisarts en Wetenschap wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. [www.henw.org](http://www.henw.org).

### Redactie

Ivo Smeele [hoofdredacteur], Marian van den Brink, Ben Crul, Marianne Dees, Mirrian Hilbink, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen.

### Redactiesecretariaat

Henny Helsloot (secretaresse), Judith Mulder (web- en eindredactie), Susan Umans (bladmanagement), Anita Wittebol (office manager), Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie), Margot Scheerder, Wendy Westerhof (beeldredactie). Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, [redactie@nhg.org](mailto:redactie@nhg.org)

### Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten  
Basisvormgeving Frederik Helfrich, Deventer  
Auteursinformatie: [www.henw.org](http://www.henw.org)

### Advertentieverkoop

Advertentieverkoop: [adverteren@bsl.nl](mailto:adverteren@bsl.nl), tel. 030-6383603.  
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.  
Inzenden aan: [traffic@bsl.nl](mailto:traffic@bsl.nl), tel. 030-6383874.

### Abonnementen

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via [www.bsl.nl](http://www.bsl.nl). Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 258,00, Online-only abonnement € 154,80. Studenten 50% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd. Voorwaarden: [www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen](http://www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen)  
Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736.

### Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie [www.bsl.nl/voorwaarden](http://www.bsl.nl/voorwaarden).

© 2018  
ISSN 0018-7070

bohn  
stafleu  
van loghum

mvw  
media voor vak  
& wetenschap

nhg



## Denksessies

De komende maand zijn er in het hele land tientallen [denksessies over de herijking kernwaarden en kerntaken](#) van de huisarts. Hopelijk bent u bij een van deze sessies aanwezig, of levert u daarna digitaal uw bijdrage.

Er is al heel wat aan voorafgegaan. We zagen een jaar geleden dat we de al bekende [Toekomstvisie 2022](#) verder zouden kunnen implementeren. Maar ondertussen waren niet alleen de maatschappij, maar ook de huisarts, de huisartsvoorziening en delen van de inrichting van de gezondheidszorg veranderd. Zo is de organisatie van de ggz veranderd, gaat de ICT-

ontwikkeling sneller dan we kunnen bijbenen, worden er minder praktijken overgenomen en zijn huisartsen minder geneigd om diensten op de huisartsenpost te doen. Verder krijgt de huisarts meer complexe zaken op zijn bordje door substitutie, sociale problematiek en de steeds oudere en vaker thuis verblijvende patiënt. Mooi dat we dat breed gedragen en samen met u oppakken.

Goed om hierbij te bedenken wat ons als huisartsen uniek maakt. Dat is niet per se de eenvoudige gezondheidsvraag die je met behulp van de juiste richtlijn kunt oplossen, maar juist de complexe problematiek. Zoals ik onlangs zag bij een eenzame oudere met somatische, psychische en verslavingsklachten, die kwam met vragen over afvallen en hematurie.

Met al onze ervaring en kennis nadenken over complexe problemen om samen met de patiënt tot oplossingen te komen: daar zit onze kracht als huisarts. Een goede werkdag van de huisarts bevat in mijn ogen meerdere denksessies met de patiënt over diens complexe zorgvraag. ■

Rob Dijkstra



## Wijkzorg

Samen met het RIVM stelt het NHG de PIN Samenwerken aan gezondheid in de wijk beschikbaar.

Steeds meer mensen kloppen herhaaldelijk aan bij de huisartsenpraktijk met gezondheidsvragen waarvoor de oplossing eerder te vinden is in het sociale domein. En dat terwijl de gemiddelde huisarts al overvraagd wordt.

Samenwerken in de wijk kan u dan veel opleveren (zie ook het interview achterin dit nummer). Door de PIN te maken, doet u kennis op over hoe u samenwerken aan gezondheid in de wijk kunt vormgeven. De PIN bevat vooral praktijkvoorbeelden en films ter inspiratie, en verwijst ook naar richtlijnen voor gezonde leefstijl. De PIN is gratis beschikbaar



Foto: RIVM

voor NHG-leden en staat klaar in de vernieuwde NHG-Leeromgeving op [www.nhg.org](http://www.nhg.org). De PIN is geaccrediteerd voor 2 uur. Naast de PIN is ook de Praktijkhandleiding over Samenwerken aan gezondheid in de wijk gratis beschikbaar via [www.nhg.org](http://www.nhg.org).



NHG - CONGRES 9 NOVEMBER 2018

**DOKTER,**  
**KIJK EENS**  
**TUSSEN MIJN OREN!**  
*Psychische klachten in de huisartsenpraktijk.*

[www.nhgcongres.nl](http://www.nhgcongres.nl)

**INSCHRIJVING IS**  
**GEOPEND**

## Soa's en hiv op Thuisarts.nl

Thuisarts.nl en Soa Aids Nederland lanceren gezamenlijk korte films met voorlichting over soa's en hiv. In Nederland krijgen jaarlijks meer dan 100.000 mensen een soa, en komen er ruim 800 nieuwe hiv-infecties bij. Goede voorlichting is essentieel om het aantal besmettingen te verlagen.



Met heldere taal, illustraties en animaties mikt Thuisarts.nl in deze films vooral op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Alle informatie voor patiënten is te vinden op Thuisarts.nl.



## Huisartsen helpen huisartsen met praktijkorganisatie

# Van gedoe naar beleid en beheer

**Gedoe, daar kunnen ze u bij helpen, de kaderhuisartsen Beleid & Beheer (B&B). Overvolle spreekuren, ziekte-verzuim onder uw personeel, projecten die u maar niet gehonoreerd krijgt, de AVG, ICT-keuzes. Kaderhuisartsen B&B zetten er graag samen met u hun tanden in.**

De kaderhuisartsen Beleid & Beheer (B&B) helpen collega-huisartsen met een projectplan doorlichten, kijken mee met uw bedrijfsplan, en denken mee bij organisatorische vragen. Structureren en verhelderen is vaak wat zij doen. Pascale Hendriks, voorzitter van de expertgroep: 'In 2009 startte de eerste NHG-Kaderopleiding Beleid & Beheer, met als aanzet de nota Kwaliteit op Koers, die de hoofdlijnen voor kwaliteitsbeleid beschreef. De nota signaleerde een behoefte aan kaderhuisartsen, en de noodzaak van ketenzorg, van substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn. Dit betekende herziening van onze taak als huisarts en onze praktijkvoering.' En er is steeds meer op huisartsen afgekomen, aldus Hendriks: 'In 2012 kwam de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 uit; praktijkondersteuners en ketenzorg-projecten waren een alledaagse realiteit geworden. Alles werd groter: praktijken, zorggroepen. Dan moet je goed gaan organiseren. Als praktijken samengaan, hoe maak je er dan een goed team van, met alle assistenten en praktijk-ondersteuners erbij? We zien ook veel overbelasting. Moet je dan je praktijk verkleinen, of organisatorisch iets aanpassen? Als een kaderhuisarts dat proces begeleidt, kun je meer aan met zijn allen en heb je meer tijd voor je kerntaken.'

### OVER DE HOOFDEN HEEN

Hendriks: 'Het zijn boeiende discussies, al tijdens onze opleiding, daarna met landelijke organisaties en op de jaarlijkse scholingsdagen. Tegenwoordig zitten wij kaderhuisartsen overal in besturen: huisartsenposten, regionaal, landelijk.



Bestuur van de expertgroep, de Beleid en Organisatie Huisartsen Advies Groep [BOHAG]: Lian van Gurp, Eddy Reijnders, Marlies Prakke-van den Berg, Gré van Gelderen en Pascale Hendriks. Niet op de foto: Brenda van der Meer

Wij helpen huisartsen om zelf het heft in handen te nemen als er regionaal of lokaal beslissingen worden genomen. Neem nou geld binnenhalen voor een mooi project. Dan is het slim om van tevoren een strategie te bedenken. Soms is het handiger om het lokaal aan te vragen, soms per regio.

## 'Praktijk verkleinen, of organisatorisch iets aanpassen?'

Huisartsen hebben vaak het gevoel dat de ICT-veranderingen ze worden opgelegd. De kaderhuisarts kan een effectieve structuur bedenken en zorgt dat de beslissingen niet over de hoofden van huisartsen heen genomen worden. Ging in 2013 de eerste NHG-Kaderopleiding Beleid & Beheer van start, in 2015 richtten de 'B&B'-kaderhuisartsen hun expertgroep op, de Beleid en Organisatie Huisartsen Advies Groep (BOHAG), waarvan alle kaderhuisartsen

Beleid & Beheer lid kunnen worden. Hendriks vindt dat de kaderopleiding nog veel te onbekend is: 'Het lijkt vaag wat we doen, want het is zo breed. Voor specifieke taken kun je een erkend kwaliteitsconsulent inschakelen, maar voor grootschaliger klussen en een regionale visie zijn wij speciaal opgeleid. Het is jammer dat huisartsen niet weten hoe leuk de opleiding tot kaderhuisarts Beleid & Beheer is. Overigens willen we graag dat ook huisartsen die niet de kaderopleiding B&B hebben gedaan, zich bij expertgroep BOHAG aansluiten, bijvoorbeeld huisartsen met een andere managementopleiding. Dat kan als je je laat toetsen en registreren bij het CHBB, het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden. Ook zorgmanagers met onze B&B-opleiding die geen huisarts zijn, kunnen zich aansluiten bij de expertgroep. Als BOHAG zorgen we voor kennis, analyse en begeleiding voor individuele huisartsen, maar ook voor zorggroepen, regionale samenwerkingsverbanden en huisartsgeneeskundig relevante opleidingen.'

[www.nhg.org/bohag](http://www.nhg.org/bohag)

Foto: Joke van Vrouwerff

## Uitgelichte post HAweb Ledenforum

# Disposables of zelf steriliseren?



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



Nynke Nagtzaam

Foto: geïnterviewde

Deze vraag kwam van Nynke Nagtzaam, die in februari met een collega een Nij-meegse nulpraktijk begon (starten met 0 patiënten/red.). 'We hebben onze deuren geopend en zijn begonnen met dingen aanschaffen. We keken wat het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis aanbood aan disposables. Uiteindelijk hebben we ons laten leiden door gebruiksgemak: we vinden metalen instrumenten fijner dan bijvoorbeeld een plastic speculum. Een autoclaaf is eenmalig duur in de aanschaf, maar op termijn zal het niet veel schelen met disposables. Zelf steriliseren heeft ook logistieke voordelen: je hoeft niet op tijd te bestellen en hebt alles op voorraad, dus je hebt zelf de regie. Het is fijn om, als je een nieuwe praktijk begint, de NHG-Downloads bij de hand te hebben. Je kunt wel protocollen van een andere praktijk nemen, maar die zijn al toegespitst op hun eigen situatie. De NHG-Voorbeeldprotocollen kan ik zelf aanpassen. Vasectomie doen we niet bijvoorbeeld, dat haal ik er dan uit. De downloads zijn een goede basis; de juiste mensen hebben erover nagedacht.'

Veel factoren, zoals arbeidsloon van mijn assistente voor autoclaafwerk, zijn niet duidelijk. Instrumentarium dat je als één set kunt aanschaffen, zoals hechtsetjes, zal goedkoper zijn dan losse instrumenten. En sommige dingen zijn niet leverbaar als disposable, zoals oogboortjes; die moet je laten steriliseren via een ziekenhuis.

Huisarts in Lunteren

Disposablemateriaal is meestal van mindere kwaliteit dan de gebruikelijke instrumenten. Maar disposable curettes zijn juist beter dan de snel stomp wordende 'scherpe' lepels. Overigens is een niet-scherpe lepel soms een voordeel, zoals bij seborroïsche wratten verwijderen: je blijft meer aan de oppervlakte. Een groot nadeel van wegwerpmateriaal vind ik de milieuaspecten.

Huisarts in Kollum

Aanschaf van een autoclaaf is duur, maar je kunt hem lange tijd gebruiken. Onderhoud valt mee: jaarlijks slechts 350 euro. De kosten zullen niet ver uiteenlopen. Disposable ligt niet zo in onze cultuur, denk aan die huisarts die de hecht draad in een heteluchtoven deed om zo te besparen en het restje opnieuw te gebruiken.

Huisarts in Grootegast

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

### RICHTLIJNEN, ACHTERGRONDEN EN NASCHOLING

Het NHG biedt de volgende informatie over gebruiksmiddelen [reinigen, desinfecteren of steriliseren] en verbruiksmiddelen [disposables].

- **Beheer medische instrumenten en materialen**, met [zie Downloads]:
  - Beheer medische gebruiksmiddelen – Basisuitrusting voor de huisarts [achtergronden]
  - Beheer medische gebruiks- en verbruiksmiddelen – Voorbeeldprotocol
  - Basisuitrusting gebruiksmiddelen; Basisuitrusting verbruiksmiddelen
- Hoofdstuk **Reiniging en desinfectie of sterilisatie van instrumentarium** uit de **richtlijn infectiepreventie** [2017], met [zie Downloads]:
  - Voorbeeldprotocol Reinigen, desinfecteren en steriliseren medisch instrumentarium
  - Bijlage C Checklist voor aanschaf en voorbereiding op gebruik van een autoclaaf

Huisarts & Wetenschap:

- **Praktijkorganisatie-richtlijn Infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk**: H&W mei 2017, p. 220-223

Nascholing [NHG-e-Learning]:

- PIN 21/05 [2018] Traumatische wonden en infectiepreventie

# INTERVIEW

met huisartsen en welzijnscoördinator Welzijn op Recept

We volgen graag praktiserende huisartsen die iets bijzonders doen. Ingrid Letsch en Karol Habryka zijn pioniers met Welzijn op Recept in de gemeente Lelystad, met Elleke Leijten als partner in welzijn. Samen bereiken zij opmerkelijke resultaten.

## ‘Welzijn op Recept geeft ons ademruimte’

### Wat doe je bij Welzijn op Recept?

Huisarts Karol Habryka: ‘De gemeente nam het initiatief tot een zogeheten Multifunctionele accommodatie. Hierdoor kwamen we samen onder één dak met het Sociaal Wijkteam Welzijn Lelystad. De teamcoördinator zocht de samenwerking met het gezondheidscentrum. Zo ontstond Welzijn op Recept. We gingen patiënten naar het Sociaal Wijkteam verwijzen. Bijvoorbeeld een depressieve patiënt die was uitbehandeld bij de ggz. Ik zag de patiënt vanwege de medicatie, maar die kwam verder het huis niet uit. Ik verwees via Welzijn op Recept en opeens ontving ik een kunstwerkje: bleek de patiënt aan activiteiten deel te nemen. In ons geval hebben we gekozen voor wekelijks overleg met het Sociaal Wijkteam; Elleke Leijten is de coördinator. We overleggen welke activiteiten Welzijn Lelystad organiseert en wat er speelt in de wijk, zoals signalen van de wijkagent. Dan kunnen wij beslissen of Welzijn op Recept iets kan betekenen voor onze eenzame of verwarde patiënten.’ Huisarts Ingrid Letsch: ‘Ik breng de patiënt soms zelf naar de medewerker welzijn. Zij maakt direct tijd vrij. Als patiënten er zelf heen moeten, gaan ze meestal niet. Vaak zit achter een lichamelijke klacht eenzaamheid. Doorbreek je dat, dan zie ik ze veel minder.’

### Is het niet extra werk, Welzijn op Recept?

Habryka: ‘Een keer meldde de wijkagent een verwarde persoon die veel stampij maakte. Ik moest erop af omdat hij niet goed was ingesteld op medicatie. Maar toen het Sociaal Wijkteam dit hoorde in ons overleg, regelden zij dat hij ging koffiedrinken bij een woonzorgcentrum. Nu kan de patiënt daar gaan wonen. Ik blij, wijkagent blij, situatie voor de buurt verbeterd. Bij problemen waarmee ik niets kan omdat ze in het sociale domein vallen, kan ik toch de patiënt helpen. Het Sociaal Wijkteam kan het oplossen. Bij ons geeft dat ademruimte. Ik heb er ook echt plezier in, als patiënten zo goed terecht komen. Ook weet het Sociaal Wijkteam veel beter de weg in alle voorzieningen. Met Welzijn op Recept zijn we drie jaar geleden gestart. In het begin waren we heel huiverig: zucht, alweer een overleg? Maar we zagen de successen. Mocht Elleke eerst maandelijks vijf minuten aanschuiven, tegenwoor-

dig zit er wekelijks een lid van het Sociaal Wijkteam bij ons aan tafel.

We lopen veel bij elkaar binnen. Elleke is heel actief en betrokken. Zij weet wat wij te bieden hebben en andersom. We hebben korte lijnen en je hoeft niet steeds ergens anders naartoe voor hulp en voorzieningen.’

### Heeft Welzijn op Recept al meer opgeleverd?

Elleke Leijten, coördinator Sociaal Wijkteam: ‘In het begin van Welzijn op Recept heb ik veel tijd gestopt in de huisartsen vertellen wat wij allemaal doen aan activiteiten en bemiddeling.

Ik bleef vooral vragen: hebben jullie hier al aan gedacht? Nu krijgen we juist veel “welzijnsrecepten”. Huisartsen Ingrid Letsch en Karol Habryka zijn echt de meerwaarde gaan zien. Zij zien ook minder mensen terugkeren in de praktijk. Enorm sceptisch waren ze twee

jaar geleden, maar nu zit ik met Ingrid samen in de landelijke werkgroep Welzijn op Recept en Karol werkt mee aan het leefstijlprogramma op de basisschool in de wijk. De kinderen presenteren werkstukken aan hun trotse ouders, en zo krijgen we samen de kans om ook de ouders voorlichting te geven over voeding en beweging. Ook in andere dan de pilotsteden kunnen huisartsen met Welzijn op Recept beginnen. Er is al een [handleiding](#), we zijn bezig met een implementatieplan, en op 20 september 2018 spreken we op de [landelijke werkconferentie](#), waarop huisartsen meer dan welkom zijn.’

Wilt u ook samenwerken in de wijk? De *Praktijkhandleiding + PIN Samenwerken aan gezondheid in de wijk helpen u om een start te maken*, zie [NHG.org/preventieindebuurt](http://NHG.org/preventieindebuurt).



Ingrid Letsch, Karol Habryka, Elleke Leijten

Ingrid Letsch en Karol Habryka, huisartsen in loondienst met een gezamenlijke huisartsenpraktijk in de achterstands-wijk Waterwijk in Lelystad, deden mee aan de pilot Welzijn op Recept in samenwerking met Sociaal Wijkteam-coördinator Zuidoost Elleke Leijten.

Foto: gemeente Lelystad

‘We dachten eerst, alweer een overleg!’

### COLOFON NHG FORUM

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

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