

Verpakken of niet verpakken van specula

Gesteriliseerde specula liggen altijd keurig verpakt klaar in blauw plastic. Het verpakken en steriliseren is een tijdrovende taak voor de assistente. Het kwam in mijn eerste jaar als aios regelmatig voor dat ik misgreep naar een nieuw speculum en de praktijk moest afstruinen om er een te vinden. Terwijl er een hele bak gebruikte instrumenten naast de autoclaaf stond te wachten op een behandeling. Ik geef toe dat deze zoektocht ook wel eens heeft plaatsgevonden terwijl de patiënte al klaar lag op de onderzoeksbank. Dan voel je je knap onhandig.

Eerlijk gezegd heb ik er nooit zo bij stilgestaan hoeveel werk het steriliseren en verpakken van specula is. Totdat ik de afgelopen periode de poli gynaecologie van dichtbij heb mogen bewonderen en daar vrij weinig blauw plastic tegenkwam. Gesteriliseerde specula liggen daar niet standaard verpakt. Terwijl je zou verwachten dat als er in de huisartsenpraktijk iets moet worden verpakt, dit in het ziekenhuis zeker het geval is.

In deze H&W besteden De Hoog en Bruens aandacht aan het verpakken van de gesteriliseerde specula in de huisartsenpraktijk. Het grootste voordeel van deze werkwijze is dat een gesteriliseerd speculum altijd als zodanig te herkennen is. Nu ben ik een groot voorstander van duidelijkheid, zeker als het op hygiëne aankomt. Maar De Hoog en Bruens dragen alternatieven aan die net zo duidelijk zijn en tegelijkertijd ook plastic en tijd besparen. Dat spreekt mijn bij voorkeur opgeruimde geest toch ook wel aan.

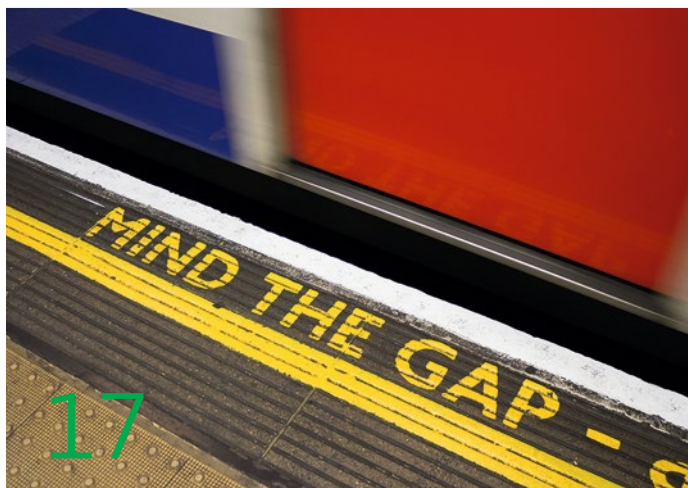
Wellicht is een en ander afhankelijk van hoe vaak je een speculum nodig hebt en hoe je de gesteriliseerde specula in de spreek- of onderzoekskamer kunt bewaren. Maar ik kan mij goed voorstellen dat als ik in de toekomst evenveel gynaecologische hulpvragen krijg als in mijn eerste jaar (ooit had

ik er acht op één ochtend), de specula om praktische redenen niet meer verpakt gaan worden. ■

Nadine Rasenberg



Het steriliseren is een tijdrovende taak. Het kwam in mijn eerste jaar regelmatig voor dat ik misgreep naar een nieuw speculum en de praktijk moest afstruinen om er een te vinden



Wetenschap

- 12 Kan het diagnostisch traject bij kanker sneller?**
Voor de meeste patiënten met kanker verloopt het traject tot verwijzing en diagnosestelling vrij snel, maar bij 10 tot 25% van hen duurt het relatief lang (vooral bij colorectale kanker).
- 17 Milde tot matige nierschade**
Leven met chronische nierschade vraagt om zelfmanagement en dus om kennis, maar veel patiënten weten weinig over hun aandoening.
- 24 Kosteneffectiviteit van diagnose van urineweg-infecties bij vrouwen**
Om een urineweginfectie vast te stellen, kan de huisarts het best verschillende diagnostische tests opeenvolgend uitvoeren.
- 28 Klasien Horstman: 'Prima om aan preventie te doen, als het de relatie met de patiënt maar niet beschadigt'**
- 31 Dubio in speculo**
De NHG-Richtlijn Infectiepreventie adviseert specula te steriliseren en bij voorkeur verpakt te bewaren. Volgens Leon de Hoog en Marco Bruens is steriel verpakken in de huisartsenpraktijk echter onnodig en onpraktisch, steriliseren volstaat.
- 37 Specula steriel verpakken**
Masja Loogman en Margriet Bouma denken daar anders over. Specula steriliseren is nodig om virussen zoals HPV te elimineren. Verpakt bewaren is geen harde eis, al is dan wel duidelijk welke specula zijn gesteriliseerd en welke niet.

Praktijk

- 38 Wat de huisarts moet weten over de HPV-vaccinatie**
Huisartsen kunnen patiënten informeren over de werking en bijwerkingen van de vaccinatie. Bij een hogere vaccinatiegraad (> 50%) is er sprake van collectieve immuniteit voor de verschillende subtypes van HPV.
- 42 Er komen twaalf vrouwen bij de verloskundige**
Steeds meer verloskundige praktijken bieden prenatale zorg in groepsverband aan met de Centering*-methodiek. Daarbij ondersteunen zwangeren elkaar actief, gefaciliteerd door de zorgverlener. Die aanpak werpt vruchten af.
- 46 Farmacotherapie bij patiënten met een verminderde nierfunctie**
Geïndividualiseerd medicamenteus therapiemanagement is meer dan een doseringsadvies op basis van de eGFR. Monitoring van de bijwerkingen en de effectiviteit is essentieel, evenals samenwerking met apothekers en adequaat gebruik van de mogelijkheden van het HIS.
- 53 Kennistoets**
HPV-infectie en vaccinatie
- 59 Uw diagnose**



Nieuws

- 6 Behandeling subklinische hypothyreoïdie
- 6 Minder opnames patiënten met chronisch nierfalen
- 7 Herhaald bepalen TSH bij ouderen zelden zinvol
- 8 Geen week- of maandrecept voor vitamine D
- 8 De bestedokter.com werkt niet
- 9 Herstel na staken cannabisgebruik
- 10 Zicht op het einde van hiv en aids
- 10 Drukker in de stad of op het platteland?
- 11 Ook e-health voor middelenafhankelijkheid
- 54 Ivermectine of permethrine bij scabiës
- 55 Streefwaarden bij behandeling hypertensie
- 56 Behandelstrategie bij kinderen met allergische rinitis
- 57 Onvoldoende bewijs dat vitamine D bij moeheid helpt
- 58 Ingezonden
Discussie behandeling bekkengordelpijn
- 59 Boeken
- 61 Apptip
- 62 CWO-weekend, abuis en colofon



NHG

- 63 LabGuard voor afwijkende labwaarden
- 63 NHG-Wetenschapsdag 2019
- 63 HIS-Referentiemodel vernieuwd
- 64 Symposium Onderzoek in de huisartsenpraktijk
Hoe zet je goed huisartsgeneeskundig onderzoek op?
- 66 'Het vertrekpunt is steeds lokaal en samen'
Interview met Marcel Kerkhoven, werkt samen met lokale boeren, patiënten en tweede lijn



www.henw.org

- Vergeet de casemanager niet bij dementie
- Behandeling van sepsis op de HAP
- Bloedingen door bloedverduunners
- Interventies bij SOLK lijken kosteneffectief
- Behandeling van artrose

Behandeling subklinische hypothyreoïdie heeft weinig zin

Vincent van Vugt

Behandeling van subklinische hypothyreoïdie bij niet-zwangere patiënten vermindert de klachten niet en zorgt evenmin voor een betere kwaliteit van leven. Dat is de conclusie van een recent systematisch literatuuronderzoek. De conclusie komt overeen met de NHG-Standaard Schilddklierandoeningen die ook adviseert subklinische hypothyreoïdie niet te behandelen.

De auteurs selecteerden 21 RCT's met in totaal 2192 deelnemers. De kwaliteit van de onderzoeken was matig tot hoog. Subklinische hypothyreoïdie was gedefinieerd als een verhoogd TSH en een normaal vrij T_4 . De gemiddelde leeftijd van de deelnemers lag tussen de 32 en 74 jaar, de meerderheid van hen was vrouw. De deelnemers werden verdeeld over een behandelgroep die levothyroxine kreeg

en een controlegroep die een placebo of geen behandeling kreeg. Bij de follow-up werd gekeken naar hypothyreoïdieklachten zoals vermoeidheid en verminderde kwaliteit van leven.

De onderzoekers volgden de deelnemers 3 tot 18 maanden. Over het algemeen normaliseerden de TSH-waarden in de behandelgroep (range 0,5 tot 3,7 mU/l) maar niet in de controlegroep (range 4,6 tot 14,7 mU/l). Die verbetering had echter geen significante invloed op de hypothyreoïdieklachten (SMD 0,01; 95%-BI -0,12 tot 0,14). De gemeten kwaliteit van leven was ook niet beter in de behandelgroep (SMD -0,11; 95%-BI -0,25 tot 0,03). Dit onderzoek bevestigt het advies van de NHG-Standaard dat behandeling van subklinische hypothyreoïdie bij niet-zwangere patiënten de klachten niet vermindert. Een kleine kanttekening is



Behandeling van subklinische hypothyreoïdie bij niet-zwangere patiënten geeft geen betere kwaliteit van leven. Foto: Shutterstock

wel dat deelnemers in slechts 2 van de 21 RCT's een subklinische hypothyreoïdie hadden met een TSH-waarde boven 10 mU/l. De auteurs stellen daarom dat de conclusies vooral toepasbaar zijn bij een TSH < 10 mU/l. ■

Feller M, et al. Association of thyroid hormone therapy with quality of life and thyroid-related symptoms in patients with subclinical hypothyroidism: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2018;320:1349-59.

Naar minder opnames van patiënten met chronisch nierfalen

Loes Wouters

Patiënten met chronische nierschade (CNS) worden vaker opgenomen voor hartfalen, infecties en acuut nierfalen dan patiënten zonder nierschade. Dat geldt ook voor patiënten met milde nierschade, zo blijkt uit een Brits retrospectief cohortonderzoek in de eerste lijn. Wanneer huisartsen zich van dit risico bewust zijn, kunnen zij een deel van de ziekenhuisopnames mogelijk voorkomen.

Britse onderzoekers volgden gedurende 10 jaar 242.349 patiënten met CNS uit de landelijke Clinical Practice Research Database. De meeste patiënten (71,2%) in het onderzoek hadden CNS stadium G3a. De onderzoekers volgden alle patiënten tot een eerste ziekenhuisop-

name vanwege een veelvoorkomende indicatie (tien in totaal). Vervolgens vergeleken ze de opname-incidentie

in de onderzoeksgroep met die in de controlegroep, waarin de patiënten waren gematcht op leeftijd, geslacht,



Preventie kan een deel van de ziekenhuisopnames van patiënten met milde nierschade voorkomen. Foto: Shutterstock

Herhaald bepalen TSH bij ouderen zelden zinvol

Hanneke Borgdorff

Het thyreoïdstimulerend hormoon (TSH) stijgt gemiddeld met de leeftijd, evenals de incidentie van hypo- en hyperthyreoïdie. De schildklierfunctie wordt dan ook veelvuldig getest bij ouderen. Een recent onderzoek laat zien dat dit weinig zin heeft als de ouderen minder dan vijf jaar geleden nog een normale uitslag hadden.

Als onderdeel van het eerstelijns onderzoek de Birmingham Elderly Thyroid Study bepaalden onderzoekers bij ouderen (> 65 jaar) cross-sectioneel het TSH en vrij T₄. Zij herhaalden deze test na vijf jaar bij ouderen die een normale schildklierwerking, subklinische hypo- of hyperthyreoïdie hadden.

Aan het onderzoek deden 2963 ouderen mee. Zij waren gemiddeld 76,9 jaar oud en 49% was vrouw. Van de ouderen die bij de eerste test een normale schildklierwerking hadden, had 96% (95%-BI 95 tot



Het heeft weinig zin de schildklierfunctie van ouderen te testen als ze minder dan vijf jaar geleden nog een normale uitslag hadden.

Foto: Shutterstock

96) bij follow-up opnieuw een normale TSH-waarde. Slechts 0,2% (95%-BI 0,1 tot 0,5) had hypothyreoïdie ontwikkeld en 0,3% (95%-BI 0,1 tot 0,5%) hyper-

thyreoïdie. Verder had 3,5% subklinische hypothyreoïdie ontwikkeld en 0,5% subklinische hyperthyreoïdie.

De 143 ouderen met subklinische hypothyreoïdie op baseline hadden een grotere, maar nog steeds beperkte kans om hypothyreoïdie te ontwikkelen; 2% had hypothyreoïdie bij follow-up. Van hen had 40% een normale schildklierwerking ontwikkeld en 58% had nog steeds subklinische hypothyreoïdie. Risicofactoren voor het ontwikkelen van hypothyreoïdie waren een hoger TSH en lager T₄ op baseline, nieuw ontdekt atriumfibrilleren, nierziekte, of start met amiodarone. Volgens de NHG-Standaard Schildklier-aandoeningen is de indicatie voor TSH-bepaling breed vanwege de vaak specifieke klachten van een schildklier-aandoening. Uit dit onderzoek blijkt echter dat bij ontbreken van typische klachten en bovengenoemde risicofactoren, en een recente (< 5 jaar) normale uitslag, het weinig zin heeft om bij ouderen opnieuw het TSH te bepalen. ■

Roberts L, et al. Stability of thyroid function in older adults: the Birmingham Elderly Thyroid Study. *Br J Gen Pract* 2018;68:e718-e26.

huisarts en datum van inclusie. Het verschil bleek het grootst bij opnames voor hartfalen, hier was het incidentieverschil 6,6/1000 persoonsjaren (9,7/1000 versus 3,1/1000 persoonsjaren bij patiënten respectievelijk met en zonder CNS; 95%-BI 6,4 tot 6,8). Na hartfalen waren er ook meer ziekenhuisopnames vanwege urineweginfecties, pneumonie en acuut nierfalen: incidentieverschil respectievelijk 5,2 (95%-BI 4,9 tot 5,5), 4,4 (95%-BI 4,1 tot 4,7) en 4,1 (95%-BI 3,9 tot 4,2) per 1000 persoonsjaren. De incidentieverschillen bleken minder groot bij patiënten ouder dan 75 jaar.

CNS komt voor bij ongeveer 12% van de Nederlandse bevolking. Het merendeel van hen heeft milde nierschade (eGFR 45 tot 59 ml/min/1,73m², stadium G3A). Hoewel er zorgen zijn over overdiagnostiek, met name bij ouderen, blijkt dat ook patiënten

met milde nierschade vaker in het ziekenhuis belanden. Een aantal van deze ziekenhuisopnames kan mogelijk worden voorkomen wanneer er meer aandacht is voor preventie, zoals de NHG-Standaard Chronische nierschade beschrijft (leefstijladviezen, aanpassing medicatie en uitnodiging voor de jaarlijkse griepvaccinatie). In de NHG-Standaard staat een tabel om het risico in te schatten op cardiovasculaire schade, progressie van nierschade en mortaliteit. Huisartsen kunnen deze gebruiken voor individuele voorlichting en adviezen. ■

Iwagami M, et al. Chronic kidney disease and cause-specific hospitalisation: a matched cohort study using primary and secondary care patient data. *Br J Gen Pract* 2018;68:e512-e523.

Week- of maandrecept voor vitamine D wordt sigaar uit eigen doos

Tjerk Wiersma

De Gezondheidsraad adviseert al jaren dat een grote groep Nederlanders dagelijks een tabletje vitamine D moet innemen. Hiermee kan circa 10% van de osteoporotische fracturen worden voorkomen, mits de betrokkene zich tevens voorziet van voldoende calcium. Per 1 januari 2019 wordt vitamine D, evenals andere vitamines en paracetamol, niet langer vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekeraars. Nu duiken er voorstellen op om patiënten voortaan de hogere wekelijkse dosering van 5600 IE of maandelijkse dosering van 25 tot 30.000 IE voor te schrijven, omdat deze doseringen nog niet uit het pakket zijn geschrapt. Dat is echter ongewenst.

In het *Pharmaceutisch Weekblad* verscheen een beschouwing waaruit blijkt dat er helemaal geen onderbouwing is voor de gedachte dat maandelijkse doseringen net zo effectief zijn als dagelijkse. De schaarse onderzoeken die er zijn gedaan naar maandelijkse doseringen laten wisselende resultaten zien. Ook om andere redenen is het weinig verstandig om patiënten en apothekers voortaan met nieuwe receptuur ter wille te zijn. De minister heeft de vitamines uit het

basispakket geschrapt, omdat de patiënt ze vaak veel goedkoper bij de supermarkt of drogist kan aanschaffen. Zo kost een tabletje van 10 microgram bij het Kruidvat minder dan 1 cent. Bovendien kunnen hiermee miljoenen door de apothekers te declareren afleverkosten worden bespaard. Al met al zorgt de route van verstrekking via de zorgverleners voor meer dan een verdubbeling van de uitgaven.

Mocht de patiënt bovenstaande niet geloven: leg uit dat voortzetting van de receptenschrijverij op termijn niks anders is dan een sigaar uit eigen doos, want volgend jaar zullen de kosten voor zijn zorgverzekering navenant stijgen. ■

Brouwers JRB, et al. Twijfels bij massale omzetting naar hoge dosis vitamine D. www.pw.nl/achtergrond/2018.



Vitamines zitten niet langer in het basispakket, ze zijn goedkoper aan te schaffen bij de supermarkt of drogist.

Foto: Shutterstock

De bestedokter.com werkt niet

Sjoerd Hobma

Het is steeds gebruikelijker om performance data van individuele zorgverleners of zorgorganisaties openbaar te maken. Het onderliggende idee is dat patiënten hiermee een weloverwogen keuze kunnen maken voor hun ideale behandelaar en dat zorgverleners zich door de vergelijkingen zullen haasten hun zorg te verbeteren. Hiervoor ontbreekt echter ieder bewijs.

Een systeem waarin de patiënt/consument kiest en de arts/aanbieder concurreert, is een van de pijlers onder de Zorgverzekeringswet uit 2006. Destijds leverde het beschikbare onderzoek geen bewijs dat het zo werkt, maar een visionair bestuurder kan ook zonder. Inmiddels zijn we 12 jaar verder en blijft het interessant of *public release of performance* de beoogde effecten heeft.

In een update van een Cochrane-review onderzochten de auteurs of de aannames over gebruik door het publiek en verbetering van de zorg juist zijn. Ondanks niet al te strenge selectiecriteria vonden zij slechts 12 onderzoeken die zich op deze vraag richtten. Ongeveer 7500 aanbieders (individuele en organisaties) en ongeveer 3,5 miljoen patiëntencontacten werden in deze

Herstel na staken cannabisgebruik

Niels van der Steen

Als jongeren langer dan 72 uur zijn gestopt met gebruik van cannabis zijn er geen verschillen meer in cognitieve functies tussen hen en niet-gebruikers. Dat concluderen onderzoekers die een meta-analyse uitvoerden onder frequente cannabisgebruikers.

Er werden al eerder kleine onderzoeken gedaan naar de kortetermijneffecten van cannabis op de cognitieve functies van volwassen gebruikers en die lieten wisselende resultaten zien. In deze meta-analyse keken de onderzoekers naar jongere gebruikers. Zij selecteerden 69 internationale onderzoeken uit de periode van 1973 tot 2017, met in totaal 2152 adolescenten tot 26 jaar die frequent of problematisch cannabisgebruik vertoonden.

Aangezien de cognitieve functies op uiteenlopende manieren werden bepaald, vergeleken de onderzoekers alleen de effectgroottes van de onderzoeken. Daarbij zagen zij kleine, significante, negatieve effecten op de cognitie wanneer de meting kort na gebruik van cannabis plaatsvond. Bij de 15 onderzoeken die een abstinentieperiode van 72 uur in acht namen, waren er geen cognitieve verschillen meer tussen gebruikers en niet-gebruikers ($d = -0,08$; 95%-BI $-0,22$ tot $0,07$). Ook vergelijkingen tussen subgroepen op basis



Het gebruik van een joint, mits tijdig gestaakt, heeft geen invloed op de cognitieve functies.

Foto: Shutterstock

van kenmerken als vroege/late beginners, leeftijd en alcoholgebruik lieten geen verschillen zien.

De auteurs benadrukken dat de resultaten van hun onderzoek niet de risico's wegnemen van langdurig gebruik, zoals longschade of verslaving. Binnen het Nederlandse gedoogklimaat kunnen deze resultaten echter wel informatief zijn voor ouders. Het gebruik van een joint, mits

tijdig gestaakt, zal geen invloed hebben op het te maken examen. ■

Scott JC, et al. Association of cannabis with cognitive functioning in adolescents and young adults. JAMA Psychiatry 2018;75:585-95.



Er is geen enkel bewijs dat openbaarmaking van 'performance data' de zorg verbetert. Foto: iStock

onderzoeken gezamenlijk onderzocht. Alle gevonden bewijs was van lage kwaliteit. De auteurs vonden geen effect op de keuze voor een zorgverlener door patiënten en evenmin op de kwaliteit van de geleverde zorg. Zij vonden wel bewijs van lage kwaliteit op de uitkomsten van de zorg, deze verbetert wellicht minimaal.

Beleidsmakers, beroepsgroepen en patiëntenorganisaties gaan uit van het 'booking.com'-effect van de openbaarmaking van *performance data*. Het blijft verbazingwekkend dat er zo weinig

aandacht is voor het ontbreken van een degelijke, wetenschappelijke onderbouwing van dit beleid. ■

Metcalfe D, et al. Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. Cochrane Database Syst Rev 2018;9:CD004538.

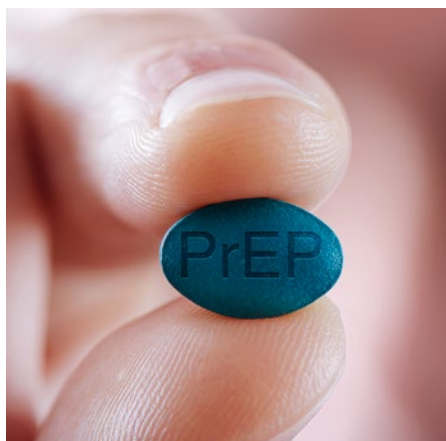
Zicht op het einde van hiv en aids

Marcelle van Eupen

Als bij hiv-patiënten naast antiretrovirale therapie (ART) ook Pre-Expositie Profylaxe (PrEP) breedschalig wordt ingezet ter preventie van hiv/aids zou deze infectieziekte op termijn in Nederland ophouden te bestaan. Een mooi vooruitzicht, en volgens dit onderzoek is het haalbaar.

In Nederland heeft hiv/aids een prevalentie van 22.900 patiënten en er zijn jaarlijks 800 nieuwe infecties. PrEP is een profylactisch medicijn tegen hiv dat bestaat uit de antivirale middelen emtricitabine en tenofoviridisoproxil. Voorheen was alleen het dure Truvada op de markt, maar tegenwoordig zijn goedkopere merken beschikbaar (30 tot 50 euro per maand). Er loopt momenteel een proef waarin een selecte groep mannen PrEP krijgt vergoed. Na 5 jaar wordt de proef geëvalueerd en wordt besloten of er een eventuele vergoeding vanuit het basispakket komt, aldus minister Bruins. In dit Nederlandse onderzoek werd een computermodel ontwikkeld dat de

effectiviteit van de inzet van PrEP onderzocht. Het model toonde aan dat alleen ART bij reeds besmette patiënten, zoals op dit moment gebeurt, onvoldoende is om hiv uit Nederland te verbannen. Dat zou wel kunnen lukken met een combinatie van een ART-dekking van 80% en een



Als hiv-patiënten naast de gebruikelijk medicatie ook PrEP zouden krijgen, komen hiv en aids op den duur waarschijnlijk niet meer voor.

Foto: iStock

PrEP-dekking van 82% gedurende 5 jaar in de hoogste risicogroep (mannen met meer dan 18 seksuele partners per jaar). Het had niet veel additioneel effect om groepen met een lager risico mee te behandelen. Onder deze voorwaarden zou de incidentie na 15 jaar zijn gehalveerd en de prevalentie na 40 jaar. Na meer dan 80 jaar zou de prevalentie zijn gedaald naar 0%. Dat dit zo lang duurt, komt doordat hiv/aids in Nederland is verworpen van een dodelijke aandoening tot een chronische ziekte. PrEP kan al worden voorgeschreven door de huisarts, maar de patiënt betaalt dan zelf de kosten. Dit onderzoek geeft extra argumenten om PrEP in te zetten, ook door de huisarts. Hoe u dat kunt doen en waar u op moet letten, staat op www.nhg.org/actueel/nieuws/vragen-over-pre-expositie-profylaxe-prep-tijdens-het-sprekeuur. ■

Rozhnova G, et al. Elimination prospects of the Dutch HIV epidemic among men who have sex with men in the era of preexposure prophylaxis. AIDS 2018;32:2615-23.

Drukker in de stad of op het platteland?

Sjoerd Hobma



Het verschil in werkdruk zit niet in een praktijk in de stad of op het platteland, maar in een solo- of groepspraktijk.

Foto: Bart de Boer

Maken huisartsen op het platteland langere werkweken dan hun collega's in de stad of is het juist andersom? Het NIVEL zocht het uit en concludeert dat het verschil in werkdruk niet zozeer optreedt tussen stad of platteland maar tussen solo- of groepspraktijken.

Ruim duizend huisartsen deden aan het onderzoek van het NIVEL mee, zij kregen via SMS regelmatig de vraag wat zij aan het doen waren. Op die manier kregen de onderzoekers inzicht in de werktijden en zij koppelden deze gegevens aan CBS-data om de relatie met de bevolkingsdichtheid en -krimp te bepalen. Het onderzoek werd uitgevoerd in de periode van 2012 tot 2014. Een mogelijke oorzaak voor het steeds moeilijker vinden van opvolgers in de perifere regio's van ons land is, zo stellen

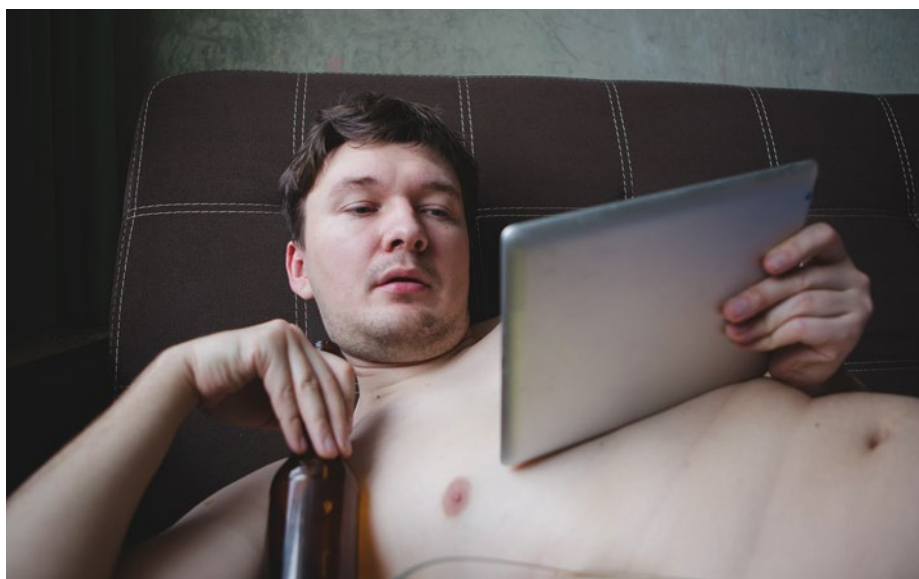
Ook e-health voor middelenafhankelijkheid

Niels van der Steen

Voor gemotiveerde personen die afhankelijk zijn van middelen zou cognitieve gedragstherapie (CGT) in digitale vorm effectiever zijn dan reguliere (groeps)behandeling en mogelijk gelijkwaardig aan persoonlijke een-op-een CGT. Dat blijkt uit recent Amerikaans onderzoek. De onderzoekers opperen dat digitale CGT wellicht een extra behandeloptie creëert voor hulpzoekende verslaafden.

De onderzoekers selecteerden in ruim vier jaar tijd in totaal 137 personen die voldeden aan de DSM-IV-criteria voor middelenafhankelijkheid en -misbruik. Zij werden gerandomiseerd in drie groepen die alle een drie maanden durende behandeling kregen. De eerste groep kreeg de gebruikelijke behandeling die voornamelijk bestond uit groepsessies. De tweede groep kreeg een-op-een CGT. De derde groep kreeg digitale CGT-sessies met nadien een tienminutengesprek waarin alleen een korte observatie van het mentale welzijn werd gedaan.

de onderzoekers, het feit dat in deze praktijken de werkbelasting zwaarder is. Dit zou te maken kunnen hebben met reistijden, de door de populatie verlangde beschikbaarheid en de krimp van deze regio's waardoor een vergrijssde, hulpbehoevende groep met weinig mantelzorgers achterblijft. Deze aanneme blijkt echter niet te kloppen. Dokters op het platteland maken wat meer uren in de week (gemiddeld 3,5 uur meer, oftewel 6% waarvan 2,6 uur direct patiëntencontact), maar zij hebben ook meer ingeschreven patiënten (gemiddeld 231, 9%). Er is daarmee een kleine maar significante relatie tussen urbanisatiegraad, praktijkgrootte en werkweek. Wonen in een krimpregio heeft in dit onderzoek geen relatie met de werkbelasting. De belangrijkste voorspeller voor de werkbelasting



Digitale CGT is wellicht een extra behandeloptie voor hulpzoekende verslaafden. Foto: Shutterstock

De deelnemers kregen in totaal 16 keer een vragenlijst toegestuurd. Naast het bevragen van het mentale welzijn werd ook naar middelengebruik gevraagd (verificatie met een urinetest). Een groot aantal patiënten rondde het onderzoek volledig af (90%), waarschijnlijk gestimuleerd door het feit dat de deelnemers cadeau-

bonnen tot 285 dollar kregen naarmate ze meer sessies voltooiden.

Door de tijd heen was zowel een-op-een CGT als digitale CGT met monitoring enigszins maar wel significant beter dan de gebruikelijke behandeling ten aanzien van de primaire uitkomstmaat: gebruik van drugs of alcohol per week (respectievelijk gestandaardiseerd gemiddeld verschil -0,51; 95%-BI -0,81 tot -0,22; $p < 0,01$ en -0,33; 95%-BI -0,61 tot -0,04; $p = 0,02$). Het onderzoek had onvoldoende power om de twee interventies onderling te vergelijken. Alleen de digitale CGT behield zijn effect gedurende de totale follow-up van 6 maanden (gestandaardiseerd gemiddeld verschil -1,20; 95%-BI -2,37 tot -0,04; $p = 0,04$). Bij de interpretatie moeten we bedacht zijn op de mogelijk selectieve inclusie van financieel gemotiveerde patiënten.

Ondanks de kanttekeningen laat deze relatief kleinschalige RCT zien dat ook middelenafhankelijkheid zich waarschijnlijk leent voor begeleiding via e-health. ■

Kiluk B, et al. Randomized clinical trial of computerized and clinician-delivered CBT in comparison with standard outpatient treatment for substance use disorders: primary within-treatment and follow-up outcomes. *Am J Psychiatry* 2018;175:853-63.

is de praktijkvorm, waarbij solisten meer uren maken dan hun collega's in groepspraktijken.

De conclusie is dat er geen objectieve redenen zijn om praktijken op het platteland te mijden in verband met werkdruk. Wie de werktijd wil beperken, moet vooral in een groter verband samenwerken. ■

Van Hassel D, et al. Assessing the variation in workload among general practitioners in urban and rural areas: an analysis based on SMS time sampling data. *Int J Health Plann Manage* 2018 Sep 20. DOI: 10.1002/hpm.2663 [Epub ahead of print].

Kan het diagnostisch traject bij kanker sneller?

Nicole Felice van Erp, Charles Helsper, Petra Peeters, Niek de Wit

- Inleiding** Het is niet bekend hoe lang de verschillende fases van het diagnostisch traject voor kanker in Nederland duren. Dit onderzoek brengt dit voor de vijf meest voorkomende kankersoorten in kaart.
- Methode** Een retrospectief cohortonderzoek in geanonimiseerde huisartsdossiers en de Nederlandse kankerregistratie. De onderzoekers bepaalden de mediane duur van 1) het huisartsinterval (HI); de periode vanaf het eerste kankergerelateerde consult bij de huisarts tot de verwijzing; 2) het verwijzingsinterval (VI): de verwijzing tot de diagnosestelling; 3) het behandelinterval (BI): van de diagnosestelling tot de start van de behandeling; 4) het diagnostisch interval (DI): vanaf het eerste kankergerelateerde consult bij de huisarts tot de diagnosestelling en 5) het zorginterval (ZI): vanaf het eerste kankergerelateerde consult bij de huisarts tot de start van de behandeling.
- Resultaten** Voor 301, 309, 197, 237 en 149 patiënten met respectievelijk borst-, colorectale, long- en prostaatkanker, en melanoom was de mediane duur van HI, VI en DI het kortst voor borstkanker en melanoom (DI 7 en 21 dagen), middellang voor long- en colorectale kanker (DI 49 en 54 dagen) en het langst voor prostaatkanker (DI 137 dagen). Hoewel de duur van de diagnostische intervallen bij alle kankersoorten voor het grootste deel van de patiënten beperkt was, was bij 10 tot 25% van de patiënten de duur opvallend lang. Bij colorectale kanker werd bij stijgende DI-duur steeds meer tijd bij de huisarts gespendeerd.
- Conclusie** De duur van het diagnostisch proces bij kanker lijkt voor het grootste deel van de patiënten weinig ruimte voor substantiële verbetering te geven. Binnen de groep patiënten met de langste diagnostische trajecten (10 tot 25%) zien we echter een sterke toename van de duur. Vooral voor colorectale kanker lijkt het relevant om te onderzoeken hoe de lengte van het huisartsinterval kan worden verkort.

INLEIDING

Ondanks verbeterende ziekte-uitkomsten blijft kanker een belangrijk gezondheidsprobleem met een hoge morbiditeit en mortaliteit. Om de tijd die patiënten in onzekerheid doorbrengen en de ziektelast te verminderen streven artsen ernaar de diagnose snel te stellen en de behandeling zo snel mogelijk in te zetten.^{1,2} De relatie tussen de duur van de verschillende fases van het diagnostisch proces en de overleving is complex, maar de literatuur suggereert dat de uitkomst slechter is naarmate het langer duurt voor de diagnose wordt gesteld.^{3,4}

Een internationale vergelijking van de duur van het diagnostisch proces kan inzicht geven in systeem-, ziekte- en patiëntgerelateerde factoren die de tijd tot de diagnosestelling onnodig langer maken. Voor sommige landen in Europa, onder andere Groot-Brittannië en Denemarken, is de duur van de verschillende fases voor diverse kankersoorten al in kaart gebracht, maar voor Nederland nog

niet. Daarom hebben de onderzoekers voor de vijf meest voorkomende kankersoorten in Nederland – borst-, colorectale, long- en prostaatkanker, en melanoom – de duur van het diagnostisch traject en de verschillende fasen daarvan geanalyseerd. Daarbij hebben ze ook gekeken naar de rol die de huisarts in dit traject speelt. De onderzoekers hebben verschillende intervallen gedefinieerd, zoals de tijd van eerste keer dat de patiënt met klachten bij de huisarts komt tot de verwijzing, diagnosestelling en behandeling.⁵

METHODE

Onderzoeksopzet

De onderzoekers hebben een retrospectief cohortonderzoek uitgevoerd door gegevens over de routinezorg van het Julius Huisartsennetwerk (JHN) te koppelen aan gegevens van de Nederlandse kankerregistratie. De koppelingsprocedure is elders in detail beschreven.⁶

Het JHN-gegevensbestand bevat geanonimiseerde gegevens over de routinezorg voor meer dan 300.000 patiënten, die ingeschreven zijn bij meer dan tweehonderd huisartsen in de regio Utrecht.⁷ Het bestand bevat het integrale huisartsdossier, inclusief de vrije tekstregels van de consultregistraties, de episodelijst, bepalingen en voorgeschreven medicatie. De Nederlandse kankerregistratie (NKR) bevat gedetailleerde diagnostische en therapeutische informatie over meer dan 95% van de Nederlandse kankerpatiënten.⁸

Patiënten

De onderzoekers hebben alle patiënten geïncludeerd van twintig tot negentig jaar oud met een diagnosecode (ICPC en ICD-O) voor borst-, colorectale, long- en prostaatkanker in zowel de JHN als de NKR tussen 2007 en 2011. Voor melanoom hebben ze in verband met de relatief lage incidentie patiënten uit de periode tussen 2004 en 2011 geïncludeerd. Er werden alleen patiënten geïncludeerd die met kankergerelateerde klachten bij de huisarts kwamen en ook door de huisarts werden verwezen.

Gegevensverzameling

In het gekoppelde gegevensbestand keken de onderzoekers naar het huisartsdossier van vijf jaar vóór tot één jaar na de datum van de histologische diagnose. Uit het dossier hebben ze patiëntkarakteristieken gehaald, de datum van het eerste consult en de verwijzing, en de klachten en symptomen. Uit de NKR-gegevens hebben ze de datum van de diagnosestelling en die van de eerste behandeling geëxtraheerd.

De onderzoekers hebben de tijdsintervallen, vanaf de tijd van het eerste consult waarop de klachten aan bod kwamen tot de verwijzing, diagnosestelling en behandeling, gedefinieerd in overeenstemming met het hiervoor opgestelde Aarhus-statement [figuur 1].⁵ De datum van het eerste kankergerelateerde consult werd gedefinieerd als het eerste contact (fysiek of tele-

WAT IS BEKEND?

- Bij patiënten met kanker hangt een kortere tijd tot verwijzing en diagnosestelling samen met een lagere ziektelast.
- Kennis over en een internationale vergelijking van de duur van het diagnostisch proces kunnen verder inzicht geven in systeem-, ziekte- en patiëntgerelateerde factoren die bijdragen aan onnodig lange diagnostische trajecten.

WAT IS NIEUW?

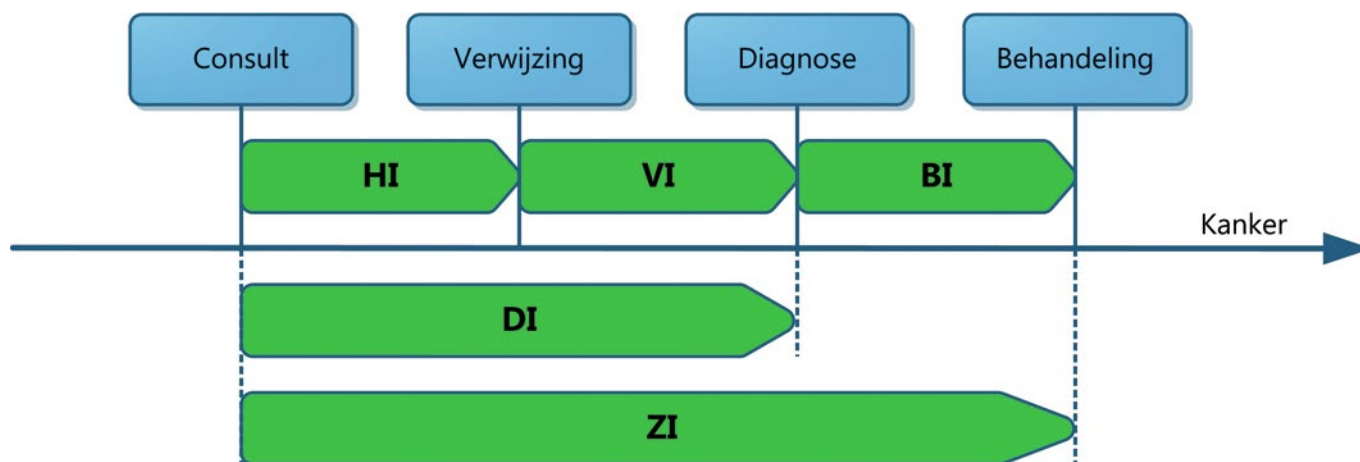
- De duur van de verschillende fases van het diagnostisch traject bij kanker blijkt het kortst voor borstkanker en melanoom, middellang voor long- en colorectale kanker en het langst voor prostaatkanker.
- Er is mogelijk ruimte voor verbetering bij de 10 tot 25% patiënten met de langste duur van het huisarts- en diagnostisch interval, vooral bij colorectale kanker.

fonisch) met de huisarts dat over met kanker samenhangende klachten ging. In het geval van prostaatkanker hebben de onderzoekers het kankergerelateerde consult gedefinieerd als het (huisarts)consult waarop de symptomen of bevindingen (inclusief verhoogd PSA) aan bod kwamen die tot de diagnose hebben geleid. De datum van verwijzing werd gedefinieerd als het moment waarop de huisarts de verantwoordelijkheid voor de patiënt overdroeg aan de tweede lijn. Bij onderlinge verwijzingen via meerdere specialisten hebben de onderzoekers de eerste verwijzing voor verdere analyse van kankergerelateerde klachten aangehouden.

De datum van de diagnosestelling hebben de onderzoekers uit de NKR-gegevens geëxtraheerd. Voor de datum van eerste behandeling hebben ze de datum aangehouden die in de NKR is vastgelegd, op basis van het ziekenhuisdossier. In het geval

Figuur 1

Overzicht van het diagnostisch traject van kanker en de verschillende intervallen



HI = huisartsinterval; VI = verwijzingsinterval; BI = behandelinterval; DI = diagnostisch interval; ZI = zorginterval

Tabel 1

Kenmerken van geïncludeerde patiënten ten tijde van de start van het diagnostisch interval

	Borstkanker	Colorectale kanker	Longkanker	Prostaatkanker	Melanoom
Populatie [n]	301	309	197	237	149
Geslacht vrouw, n [%]	301 [100]	154 [49,8]	91 [46,2]	0 [0,0]	82 [55,0]
Leeftijd gemiddeld	57,2	66,7	66,5	67,1	55,2
Leeftijd $\pm$ sd	$\pm$ 15,5	$\pm$ 12,2	$\pm$ 10,7	$\pm$ 7,6	$\pm$ 15,6

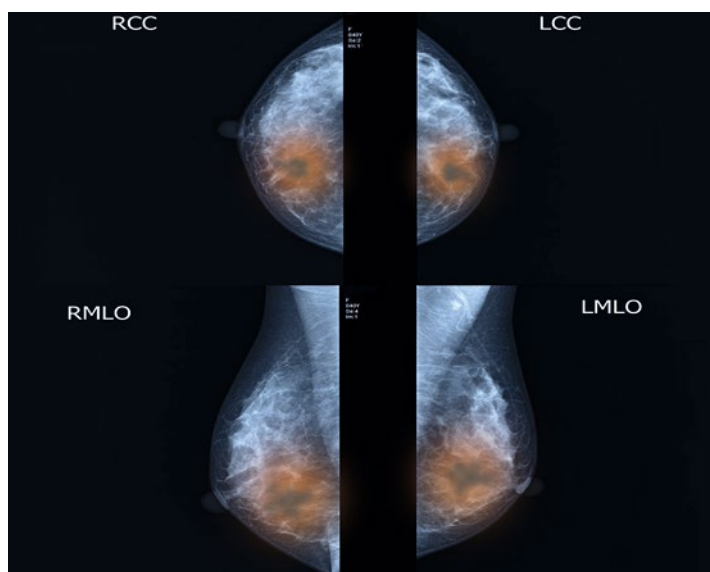
van melanoom is het bij twee behandeldata aannemelijk dat de eerste datum de diagnostische excisie betreft en de tweede de datum van de behandeling is. Voor patiënten met melanoom onderscheiden de onderzoekers twee diagnostische trajecten: 1) door de huisarts verwezen voor diagnostische excisie of 2) diagnostische excisie door de huisarts zelf.

Statistische analyse

Voor alle intervallen hebben de onderzoekers de mediane duur met het interkwartielinterval (IKI) berekend, evenals de 90e percentielwaarde (P90). Acties die op dezelfde dag plaatsvonden beschouwden de onderzoekers als een duur van één dag. Daarom telden ze bij alle duren consequent één dag op. Om het aandeel van de huisarts (HI) bij een lang diagnostisch traject (DI) te bepalen, hebben ze voor elk kwartiel van DI-duur, de duur van HI ten opzichte van DI bepaald en in procenten uitgedrukt. Alle analyses zijn verricht in SPSS, versie 22.

RESULTATEN

De onderzoekers includeerden 301, 309, 197, 237 en 149 patiënten met respectievelijk borst-, colorectale, long- en prostaatkanker, en melanoom. De kenmerken van deze patiënten staan in [tabel 1].



De meeste patiënten die kanker blijken te hebben, worden binnen twee weken door de huisarts verwezen.

Foto: iStock

De duur van de verschillende intervallen

De mediane duur (IKI, P90) van de verschillende intervallen is weergegeven in [tabel 2]. De mediane duur van HI, VI en DI is het kortst voor borstkanker en melanoom (DI 7 en 21 dagen), middellang voor long- en colorectale kanker (DI 49 en 54 dagen) en het langst voor prostaatkanker (DI 137 dagen). Voor alle kankersoorten nam de duur van de intervallen vooral sterk toe bij de langstdurende 10 tot 25% (rechts scheve verdeling).

[Figuur 2] toont voor alle kankersoorten het aandeel van tijd gespendeerd bij de huisarts (HI), voor de verschillende kwartielen van de totale DI-duur. Voor colorectale kanker neemt bij een langere duur van het diagnostisch interval de proportie gespendeerde tijd bij de huisarts toe.

BESCHOUWING

De mediane duur van de diagnostische intervallen is het kortst voor borstkanker en melanoom, en het langst voor prostaatkanker. Binnen de groep patiënten met de langste diagnostische trajecten (10 tot 25%) zien we echter een sterkte toename van de duur. Dit wijst op een mogelijk klinisch relevante 'vertraging' in de diagnosestelling. Voor patiënten met colorectale kanker hing een langere duur van het totale diagnostisch interval (DI) samen met een relatief groot aandeel van tijd gespendeerd in de eerste lijn (HI).

In vergelijking met andere West-Europese landen waarin de huisarts een poortwachtersrol vervult, zijn de mediane duren tot verwijzing in Nederland voor de verschillende kankersoorten korter of vergelijkbaar.⁹⁻¹² Van de longkankerpatiënten werd 50% binnen twee weken doorverwezen, sneller dan in het Verenigd Koninkrijk (mediaan 52 dagen).¹³ Voor patiënten met colorectale kanker was de mediane duur met 8 dagen (IKI 1-60) korter dan de onderzoekers in een onderzoek over een eerdere periode (1997-2007) vonden (mediaan 14 dagen, IKI 0-61)¹⁴ en vergelijkbaar met die in het Verenigd Koninkrijk (mediaan 6 dagen, IKI 0-29)¹⁰ en Denemarken (mediaan 0 dagen, IKI 0-6).⁹ De mediane duur voor patiënten met prostaatkanker (14 dagen (IKI 3-153)) is moeilijker te vergelijken met andere landen omdat er beperkt onderzoek naar is gedaan en intervallen vaak anders zijn gedefinieerd.

Het gebruik van routinezorggegevens voor onderzoek heeft voor- en nadelen.¹⁵ Voordelen zijn de aanwezigheid van vrije tekst met een hoge informatiedichtheid en het feit dat de gegevens een directe representatie van de dagelijkse praktijk

Tabel 2

Duur van de verschillende fases van het diagnostisch traject in dagen

	HI	VI	BI	DI	ZI
<i>Borstkanker</i>	n = 295	n = 295	n = 284	n = 301	n = 284
Mediaan	1	6	21	7	29
[IKI]	[1-1]	[3-10]	[15-28]	[3-13]	[22-43]
P90-waarde	4	20	40	36	61
Spreiding	1-267	1-583	1-98	1-583	7-609
<i>Colorectale kanker</i>	n = 309	n = 309	n = 295	n = 309	n = 295
Mediaan	8	26	27	54	82
[IKI]	[1-59]	[13-54]	[15-39]	[21-116]	[50-152]
P90-waarde	219	96	50	316	313
Spreiding	1-1177	1-864	1-78	1-1226	1-1244
<i>Longkanker</i>	n = 197	n = 197	n = 139	n = 197	n = 139
Mediaan	13	21	22	49	76
[IKI]	[2-36]	[9-51]	[9-38]	[23-83]	[49-117]
P90-waarde	66	93	56	162	187
Spreiding	1-484	-22*-250	1-105	3-513	14-563
<i>Prostaatkanker</i>	n = 237	n = 237	n = 159	n = 237	n = 159
Mediaan	14	51	65	137	237
[IKI]	[3-153]	[28-203]	[34-92]	[44-639]	[124-734]
P90-waarde	637	769	129	1310	1371
Spreiding	1-1631	1-1825	1-811	5-1985	8-2040
<i>Melanoom – verwezen</i>	n = 107	n = 107	n = 92 [†]	n = 111	n = 92 [†]
Mediaan	1	20	35	21	57
[IKI]	[1-1]	[9-43]	[22-46]	[9-50]	[37-85]
P90-waarde	15	61	59	106	148
Spreiding	1-996	1-609	1-108	1-996	4-1020
<i>Melanoom – excisie door HA</i>	n = 32 [‡]	n.v.t.	n = 23 [†]	n = 38	n = 23 [†]
Mediaan	8.5	n.v.t.	29	17	47
[IKI]	[4-35]	n.v.t.	[19-39]	[8-65]	[28-92]
P90-waarde	214	n.v.t.	51	229	170
Spreiding	1-1289	n.v.t.	8-419	1-1291	20-1327

* Verwijzing naar de tweede lijn ná diagnose door middel van eerstelijnsdiagnostiek.

† BI en ZI zijn gebaseerd op de datum van de tweede behandeling. Voor deze analyse zijn daarom de 11% patiënten met slechts één excisiedatum geëxcludeerd [de diagnostische excisiedatum is waarschijnlijk ook de therapeutische excisiedatum].

‡ De duur van het eerste consult tot de diagnostische excisie door de huisarts.

HI = huisartsinterval; VI = verwijzingsinterval; BI = behandelinterval; DI = diagnostisch interval; ZI = zorginterval; IKI = interkwartielinterval;

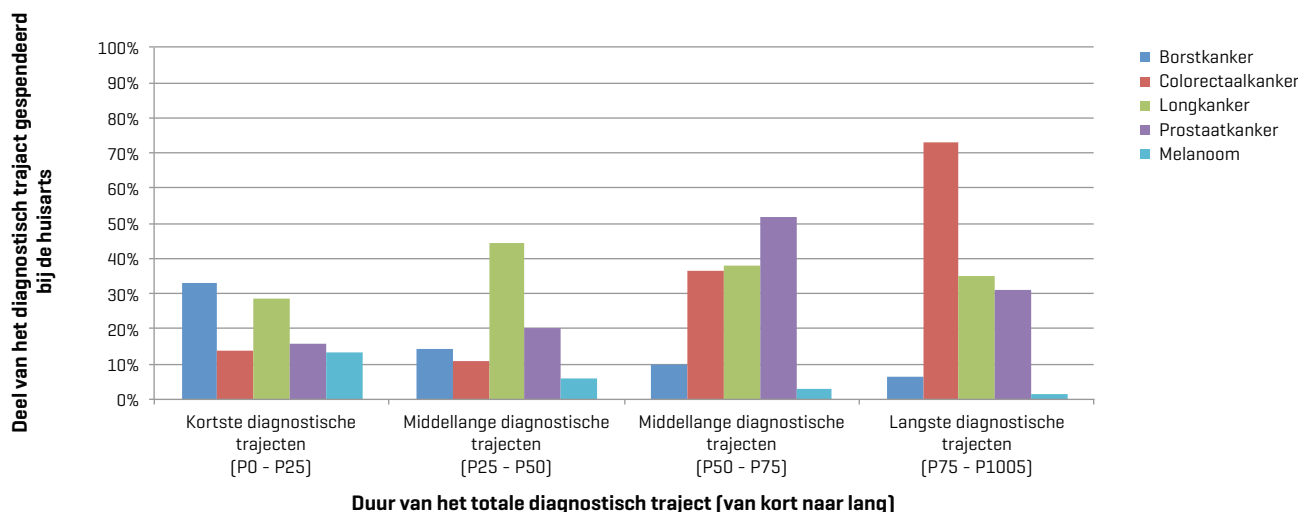
HA = Huisarts; n.v.t. = niet van toepassing.

vormen, waarbij *recall bias* geen rol speelt. De belangrijkste nadelen zijn dat de registraties niet primair bedoeld zijn voor onderzoek en incompleet kunnen zijn, en dat gegevens door onderzoekers met een klinische achtergrond geïnterpreteerd moeten worden. Voor dit onderzoek was vooral het bepalen van het eerste kankergerelateerde symptoom een uitdaging, omdat de relatie tussen een klacht en de uiteindelijke kankerdiagnose niet altijd duidelijk is (zoals hoest bij longkanker). Eerder onderzoek heeft verschillen in de organisatie van zorgsystemen in verband gebracht met verschillen in de duur van het diagnostisch traject.¹ Zo werd het poortwachtersysteem aangemerkt als een van de mogelijke oorzaken van slechtere overlevingscijfers bij kanker.¹⁶ Omdat 85% van de kankerpatiënten zich in eerste instantie bij de huisarts meldt, is vroege herkenning van kanker in de eerste lijn een voorwaarde voor tijdige diagnosestelling.¹¹ Het vervolgen van

klachten in de tijd is een belangrijk element van het diagnostisch proces in de huisartsenpraktijk en het is dus zeer wel mogelijk dat patiënten die geen duidelijk kankergerelateerde symptomen hebben enige tijd in de eerste lijn doorbrengen. Dit onderzoek laat zien dat de meeste patiënten die uiteindelijk kanker blijken te hebben binnen twee weken door de huisarts verwezen worden. Bij 10 tot 25% van de patiënten is het huisartsinterval echter relatief lang. Voor patiënten met colorectale kanker geldt dat wanneer het totale diagnostisch traject langer duurt, het vooral langer duurt voordat de patiënt door de huisarts verwezen wordt. De literatuur beschrijft uiteenlopende factoren die de duur bij de huisarts positief dan wel negatief beïnvloeden, onder andere kenmerken en de voorgeschiedenis van de patiënt (sociaaleconomische status, comorbiditeit, consultfrequentie, enzovoort), de symptomen die tijdens het consult aan de orde komen en het handelen

Figuur 2

Het aandeel van het huisartsinterval, als percentage van de totale duur van het diagnostisch traject



van de huisarts (naleven van richtlijnen, initiële misdiagnose, enzovoort).¹⁷ Het verder in kaart brengen van de 10 tot 25% patiënten met de langste duur, vooral gericht op het vinden van vermijdbare verklaringen voor een relatief lange duur, kan aanknopingspunten bieden voor meer gerichte benaderingen om de tijd tot verwijzing en diagnosestelling te verkorten. Met dit doel worden momenteel de DICKENS-onderzoeken uitgevoerd, vervolgonderzoeken waarvan de resultaten binnenkort bekend zullen worden.

CONCLUSIE

Voor de meeste patiënten met kanker verloopt het traject tot verwijzing en diagnosestelling relatief snel. Bij 10 tot 25% van de patiënten met kanker duurt het diagnostisch traject echter relatief lang. Dat geldt ook voor het aandeel van de huisarts in dat traject. Verder onderzoek zal verklaringen daarvoor moeten vinden en moeten uitzoeken waar ruimte is voor verbetering. Vooral voor patiënten met een langdurig diagnostisch proces bij colorectale kanker lijkt het van belang om te zoeken naar aanknopingspunten om de duur van het huisartsinterval terug te dringen. ■

LITERATUUR

1. Neal RD. Do diagnostic delays in cancer matter? *Br J Cancer* 2009;101(Suppl 2):S9-12.
2. Neal RD, Din NU, Hamilton W, Ukoumunne OC, Carter B, Stapley S, et al. Comparison of cancer diagnostic intervals before and after implementation of NICE guidelines: analysis of data from the UK General Practice Research Database. *Br J Cancer* 2014;110:584-92.
3. Neal RD, Tharmanathan P, France B, Din NU, Cotton S, Fallon-Ferguson J, et al. Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review. *Br J Cancer* 2015;112(Suppl 1):S92-107.
4. Tørring ML, Murchie P, Hamilton W, Vedsted P, Esteva M, Lautrup M, et al. Evidence of advanced stage colorectal cancer

with longer diagnostic intervals: a pooled analysis of seven primary care cohorts comprising 11,720 patients in five countries. *Br J Cancer* 2017;117:888-97.

5. Weller D, Vedsted P, Rubin G, Walter FM, Emery J, Scott S, et al. The Aarhus statement: improving design and reporting of studies on early cancer diagnosis. *Br J Cancer* 2012;106:1262-7.
6. Sollie A, Roskam J, Sijmons RH, Numans ME, Helsper CW. Do GPs know their patients with cancer? Assessing the quality of cancer registration in Dutch primary care: a cross-sectional validation study. *BMJ Open* 2016;6:e012669.
7. Smeets HM, Kortekaas MF, Rutten FH, Bots ML, Van der Kraan W, Daggelders G, et al. Routine primary care data for scientific research, quality of care programs and educational purposes: the Julius General Practitioners' Network (JGPN). *BMC Health Serv Res* 2018;18:735.
8. Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Cijfers over kanker. Geraadpleegd op 21 maart 2016.
9. Hansen RP, Vedsted P, Sokolowski I, Søndergaard J, Olesen F. Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Serv Res* 2011;11:284.

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

Van Erp NF, Helsper CW, Peeters PHM, De Wit NJ. Kan het diagnostisch traject bij kanker sneller? *Huisarts Wet* 2019;62(2):12-6. DOI:10.1007/s12445-018-0403-x.

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht/Universiteit Utrecht, Utrecht: N.F. van Erp, arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker, n.f.vanErp@umcutrecht.nl; dr. C.W. Helsper, senior arts-onderzoeker; prof.dr. P.H.M. Peeters, hoogleraar Epidemiologie van chronische ziekten; prof.dr. N.J. de Wit, huisarts/hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Helsper CW, Van Erp NF, Peeters PHM, De Wit NJ. Time to diagnosis and treatment for cancer patients in the Netherlands: room for improvement? *Eur J Cancer*. 2017;87:113-121. Publicatie gebeurt met toestemming.

Milde tot matige nierschade

Kennis, gedachten en ervaringen van patiënten

Carola van Dipten, Wim de Grauw, Nynke Scherpbier-de Haan, Marianne Dees

- Inleiding** Leven met chronische nierschade vraagt zelfmanagement en dus kennis over de aandoening, maar veel patiënten hebben vermoedelijk onvoldoende kennis. De onderzoekers gingen na welke kennis, gedachten en ervaringen patiënten met nierschade hebben, en hoe zij de informatievoorziening over chronische nierschade beleven.
- Methode** Interviews met patiënten met milde tot matige nierschade die in behandeling zijn bij hun huisarts.
- Resultaten** In 21 interviews kwamen vier thema's naar voren: kennis over nierschade, omgaan met angst, voorwaarden voor zelfmanagement en tweerichtingsverkeer bij informatie-uitwisseling. Patiënten gaven aan dat zij weinig van nierschade afwisten en vulden kennislacunes in met eigen (onjuiste) ideeën en cognities. De angst bij het horen van de diagnose bleek te contrasteren met de beleving naderhand dat nierschade irrelevant was, omdat er geen klachten waren en de behandelaars er weinig aandacht aan besteedden. De meeste patiënten waren niet op de hoogte van de mogelijke gevolgen en zagen geen verband tussen leefstijl en behoud van nierfunctie. Patiënten waardeerden het als de informatie beter aansloot bij hun beleving en hun behoeften.
- Conclusie** Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen patiënten met nierschade gerichter informeren als ze eerst hun cognities over nierschade in kaart brengen. Ook moeten ze beseffen dat de signalen die zij uitzenden de patiënt het idee kunnen geven dat leefstijlveranderingen bij nierschade niet nodig zijn.

INLEIDING

De meeste patiënten met milde tot matige nierschade worden behandeld door de huisarts.¹ De behandeling is gericht op het voorkomen van verdere achteruitgang van de nierfunctie en de preventie van cardiovasculaire complicaties.² Centraal staan, naast optimale bloeddrukregulatie, een gezonde leefstijl, kennis over nefrotoxische medicatie en wat te doen bij braken en diarree.² Zelfmanagement heeft geen kans van slagen als de patiënt onvoldoende kennis heeft over de oorzaken, de behandeling en de gevolgen van nierschade. Onderzoek uit het buitenland laat zien dat het met die kennis slecht is gesteld, en ook dat huisartsen het moeilijk vinden om met een patiënt over nierschade te praten.^{3,4,5,6} Doel van dit onderzoek was de kennis, gedachten en ervaringen van patiënten met milde tot matige nierschade in kaart te brengen, en inzicht te krijgen in hoe zij de informatievoorziening door de huisarts en praktijkondersteuner beleven.

METHODE

Opzet en inclusie

De onderzoekers hielden diepte-interviews met patiën-

ten met milde tot matige chronische nierschade, dat wil zeggen met proteïnurie en/of een geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) van 30 tot en met 60 ml/min/1,73 m². Huisartsen uit de acht praktijken binnen het academisch huisartsennetwerk Nijmegen vroegen patiënten deel te nemen die milde tot matige nierschade hadden, de Nederlandse taal beheersten, geïnformeerd waren over de diagnose en daarvoor primair in de huisartsenpraktijk onder behandeling waren. Om voldoende variatie in leeftijd, geslacht, oorzaak, nierfunctie en opleidingsniveau te krijgen, vroegen de onderzoekers de huisartsen patiënten met specifieke kenmerken te werven. In alle huisartsenpraktijken werden deelnemers gevonden. De cascade van werving, dataverzameling en analyse werd iteratief uitgevoerd, telkens per drie tot zeven deelnemers. De interviews vonden plaats tussen december 2015 en augustus 2016.

Dataverzameling en analyse

De onderzoekers baseerden de interviewvragen op bestaande literatuur en optimaliseerden de vragen na elke drie tot zeven interviews. Alle interviews werden opgenomen en letterlijk uitgetypt. De geïnterviewden kregen de

WAT IS BEKEND?

- Bij patiënten met nierschade is, naast bloeddrukregulatie, een gezonde leefstijl een belangrijke factor voor het behoud van de nierfunctie.
- Nierschade is een onafhankelijke risicofactor voor hart- en vaatziekten.

WAT IS NIEUW?

- Patiënten vullen lacunes over oorzaak, symptomen en behandeling van nierschade in met eigen (onjuiste) ideeën en cognities.
- Patiënten zijn er onvoldoende van op de hoogte dat nierschade leidt tot hart- en vaatziekten.
- Patiënten beseffen onvoldoende dat verandering van leefstijl kan zorgen voor behoud van de nierfunctie.
- Uit de signalen die huisartsen afgeven, maken patiënten op dat nierschade niet belangrijk genoeg is om van leefstijl te veranderen.

uitwerking toegestuurd met de mogelijkheid om aanvullingen en correcties aan te brengen.

De analyse begon direct na afname van het eerste interview. De onderzoekers gebruikten de techniek van constante vergelijkende analyse, waarbij codes en conclusies telkens opnieuw

aan de nieuwe data worden getoetst. Met behulp van Atlas.ti kenden twee onderzoekers (CD en MD) onafhankelijk van elkaar omschrijvende codes toe aan relevante citaten, waarbij zij dicht bij de oorspronkelijke tekst bleven (inductief coderen). Zij bediscussieerden en hernoemden de gevonden codes na 3, 10, 16 en 21 interviews. Toen er geen nieuwe codes of concepten meer werden gevonden, besloten ze dat saturatie was bereikt. In vijf bijeenkomsten met het hele onderzoeksteam werden de codes vervolgens ingedeeld in categorieën en thema's.

RESULTATEN

Aan in totaal 25 patiënten werd gevraagd om deel te nemen; twee patiënten werden uiteindelijk niet geïnterviewd en twee werden geëxcludeerd vanwege ernstige nierschade (stadium 4-5). Er waren 21 patiënten geïnterviewd toen saturatie werd bereikt. Voor kenmerken van de gevraagde patiënten, zie de [tabel]. De onderzoekers vonden vier thema's:

- kennis over nierschade;
- omgaan met angst;
- voorwaarden voor zelfmanagement;
- tweerichtingsverkeer bij informatie-uitwisseling.

Kennis over nierschade

Het beeld van nierschade was uiteenlopend: een verschrompelde nier, een bloedvergiftiging, een getal in de computer, tekort aan bloedbestanddelen. Een patiënt vertelde:

Tabel

Demografische gegevens van de deelnemers

Deelnemer	M/V	Leeftijd (jaar)	Burgerlijke staat	Opleiding	Nierschade sinds	eGFR (ml/min/1,73 m ²)	Albuminurie	Comorbiditeit
1	m	71	getrouwd	mbo	1995	48	nee	hypertensie, jicht
2	v	64	getrouwd	mbo	2010	43	nee	hypertensie, adipositas, hypothyreoïdie
3	v	66	getrouwd	basisschool	2015	54	niet gemeten	hypertensie, psoriasis, artrose
4	m	75	samenwonend	basisschool	2011	48	mild tot matig	diabetes, hypertensie, jicht, CVA, angina pectoris
5	m	73	getrouwd	mbo	2014	43	niet gemeten	hypertensie, artrose
6	v	66	weduwe	hbo	2006	48	mild tot matig	hypertensie
7	voldeed niet aan de inclusiecriteria.							
8	voldeed niet aan de inclusiecriteria.							
9	v	62	gescheiden	wo	onbekend	45	niet gemeten	hypertensie, artrose
10	v	41	gescheiden	mbo	1992	56	mild tot matig	nephrectomie schrompelnier, recidiverende cystitis
11	v	86	weduwe	hbo	onbekend	55	mild tot matig	hypertensie, artrose, diepe veneuze trombose
12	was verkeerd geïnformeerd over het type onderzoek en besloot niet deel te nemen.							
13	m	62	getrouwd	hbo	2011	38	mild tot matig	diabetes, hypertensie, CVA, jicht, polyneuropathie
14	v	76	getrouwd	lbo	1996	46	nee	diabetes, CVA, endometriumcarcinoom
15	was getrouwd met een andere deelnemer en is daarom niet geïnterviewd.							
16	v	78	getrouwd	hbo	2014	47	mild tot matig	hypertensie, hypercholesterolemie
17	m	64	samenwonend	vwo	1995	45	ernstig	hypertensie, aortaklepinsufficiëntie
18	v	78	weduwe	lbo	2012	46	nee	hypertensie, hypercholesterolemie
19	v	65	getrouwd	vwo	2013	48	mild tot matig	astma, ileostoma bij chronische obstipatie
20	m	71	getrouwd	hbo	2012	47	nee	hypertensie, prostaatacarcinoom
21	v	56	getrouwd	lbo	onbekend	50	mild tot matig	astma, osteoporose, reumatoïde artritis
22	m	76	getrouwd	wo	2009	39	niet gemeten	hypertensie, urotheelcelcarcinoom
23	m	64	getrouwd	lbo	2013	41	mild tot matig	hypertensie
24	v	62	onbekend	onbekend	onbekend	51	mild tot matig	hypertensie, hypercholesterolemie
25	v	73	getrouwd	basisschool	onbekend	53	nee	diabetes, hypertensie, astma



Patiënten weten vaak niet dat nierschade het cardiovasculair risico doet toenemen en dat zij zelf invloed kunnen uitoefenen op het behoud van hun nierfunctie.

Foto: Shutterstock

'Dat ik een nier had die je kon vergelijken met een aardewerk kopje waar allemaal barstjes in zaten. Oud kopje zeg maar. Zo was mijn nier ook.' (P5)

De correcte kennis bij patiënten varieert. Bekend was meestal dat nieren aan de rugzijde zitten en bloed filteren. Minder bekend was dat nierschade is geassocieerd met hart- en vaatziekten. Soms legden patiënten het verband met hoge bloeddruk:

'Maar bij mijn huisarts leefde er wel een gedachte van de invloed van de hoge bloeddruk, dat hoge bloeddruk dus de organen aantast.' (P6)

Er waren verschillende misvattingen over de oorzaak van nierschade, bijvoorbeeld dat deze kan worden veroorzaakt door stress, narcose, een auto-ongeluk of een virus, of dat nierschade past bij psoriasis. Patiënten speculeerden ook over klachten die je bij nierschade kunt krijgen: pijn, oedemen, infecties en plasproblemen.

'Ja ik weet dat het heel pijnlijk kan zijn als je het aan de nieren hebt, dat had mijn vader dus ook. En dat je dan moeilijk kunt plassen en zo.' (P14)

Enkelen dachten dat er geen behandeling is voor nierschade, anderen dachten dat nierschade te genezen en van tijdelijke aard is. Er waren ook uitspraken die in de context van de patiënt wellicht niet klopten, maar die niet per definitie fout waren:

'... en dan moet ik wel zeggen, mijn moeder had ook een zwakke nier. Dus het zit ook nog een beetje in de genen.' (P6)

Omgaan met angst

Voor velen was het horen van de diagnose 'nierschade' beangstigend. Deze patiënten dachten meteen aan dialyse en transplantatie. Ook bloedonderzoek bracht elke keer spanningen met zich mee:

'De werking van mijn nier was niet goed. Die zat maar op 60% of zo. Dus ja dat was best wel angstig, dus daar heb ik best wel een tijdje over ingezet.' (P10)

Angst net na het horen van de diagnose maakte na verloop van tijd plaats voor twijfels over de prioriteit. De patiënt had weinig tot geen klachten, de huisarts sprak weinig over de

AANBEVELINGEN

- Huisartsen hoeven niet te schromen het onderwerp ‘nierschade’ ter sprake te brengen. Patiënten met nierschade hebben behoefte aan eerlijke en volledige informatie over hun nierfunctie. Ook vinden ze het belangrijk dat het gesprek over de nierschade wordt herhaald.
- Het helpt om de kennis en cognities van patiënten over nierschade uit te vragen, zodat de huisarts of praktijkondersteuner vervolgens informatie op maat kan geven en er minder misvattingen ontstaan.
- Patiënten zijn er onvoldoende van op de hoogte dat nierschade het cardiovasculaire risico doet toenemen en dat zij zelf invloed kunnen uitoefenen op het behoud van hun nierfunctie. De huisarts en praktijkondersteuner moeten dit expliciet bespreken.
- Goede patiënteninformatie is te vinden op thuisarts.nl en op www.nieren.nl.

nierschade en behandelde die niet, en verwijzing naar het ziekenhuis was niet nodig.

‘Ja, ik denk ik heb daar geen last van, dus ik zal me er maar niet druk om maken.’ (P11)

Voorwaarden voor zelfmanagement

Patiënten gaven aan dat kennis over leefstijl en bereidheid om te veranderen nodig zijn om gezonder te gaan leven. De geïnterviewden kenden veel leefstijlinterventies, maar zagen zelden het verband met nierschade:

‘Dat ik best wel ja besef heb van dat ik te hoge bloeddruk heb, dat ik cholesterol niet juist heb, dat ik te veel gewicht heb, dat ik daar wat aan moet blijven doen en mijn aandacht moet behouden. Maar ik heb nooit de link kunnen leggen richting de nieren.’ (P17)

Anderen gaven aan dat ze hun leefstijl niet wilden veranderen, ondanks goede informatie:

‘... ze kunnen je daar wel goed zeggen van; dat is dit en dat moet je zo en zus doen. Maar de mensen doen het niet. En ik zelf ook niet. En daarom zeg ik van ja dan heeft het eigenlijk geen zin.’ (P23)

Tweerichtingsverkeer bij informatie-uitwisseling

Patiënten vonden het belangrijk dat de huisarts en de praktijkondersteuner hun keuzes bij behandeling en leefstijl accepteerden. Patiënten wilden tijdig geïnformeerd worden, bijvoorbeeld bij achteruitgang van de nierfunctie. Een enkeling gaf aan dat hij zich vrijer zou willen voelen om vragen

te stellen. De huisarts vroeg soms onvoldoende door naar angsten en gedachten over nierschade:

‘Ik weet eigenlijk niks en ik ben eigenlijk een beetje bang gemaakt. Hij heeft me wel verteld dat de functie van de nier dan niet zo heel denderend was. Ja ... ik ben dan iemand die zijn mond niet open trekt.’ (P10)

Ook werd genoemd dat de huisarts te weinig tijd had voor het geven van uitgebreide informatie. Er was behoefte aan uniforme en duidelijke informatie over nierschade, bijvoorbeeld op internet:

‘Ik ben wel geïnformeerd, maar niet goed geïnformeerd.’ (P20)

Er was verwarring over de verschillende termen zoals ‘nierschade’, ‘nierinsufficiëntie’ en ‘nierfalen’. Patiënten gaven aan dat het fijn zou zijn als de huisarts informatie zou toespitsen op het kennen en kunnen van de patiënt:

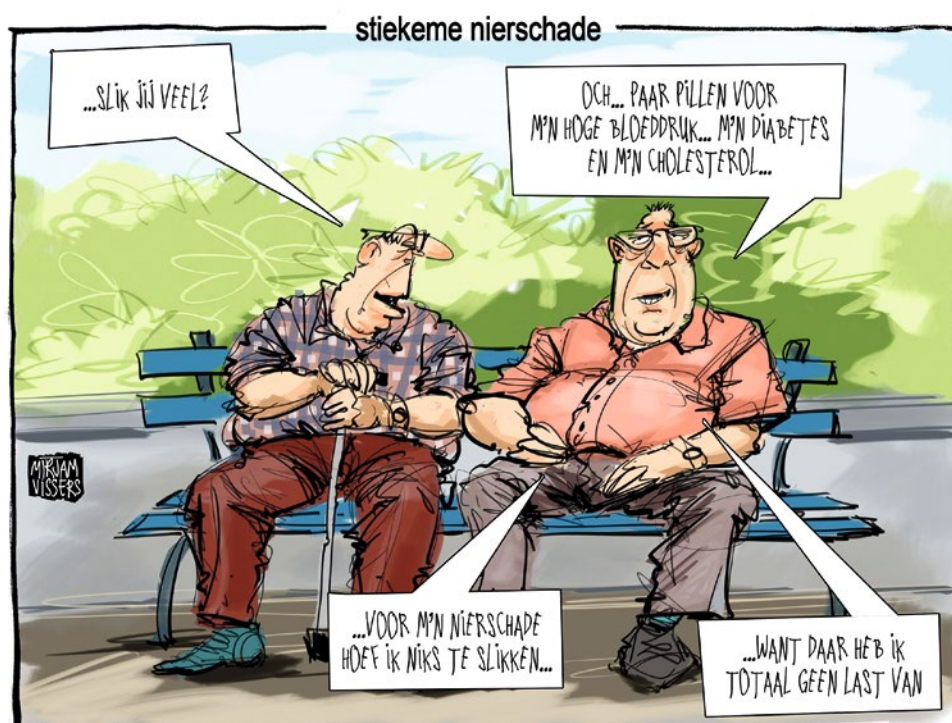
‘We moeten niet te veel van die geleerde woorden hebben, want dan komen wij er toch niet uit, dat is mijn vak ook nooit geweest.’ (P1)

BESCHOUWING

Patiënten met chronische nierschade missen informatie over hun aandoening en vullen die lacune voor een deel met misvattingen. Deze bevinding sluit aan bij ander onderzoek waaruit bleek dat huisartsen het moeilijk vinden om met patiënten te praten over hun nierschade.^{5,7} Huisartsen willen niet medicaliseren, vinden nierschade lastig te verwoorden en zwakken hun boodschap naar de patiënt af.^{5,8,9} Uit ons onderzoek blijkt dat de signalen die huisartsen en praktijkondersteuners afgeven van invloed zijn op de conclusie die de patiënt trekt over de ernst van nierschade. Patiënten lijken minder bereid om hun leefstijl te veranderen indien nierschade niet wordt besproken en zij de relatie met hart-en-vaatziekten niet kennen. Het kennen van de ideeën en wensen van de patiënt ten tijde van de diagnose en gedurende de follow-up is een voorwaarde voor informatie op maat. Het geven van een uniforme boodschap helpt.

Beperkingen van het onderzoek

Een van de inclusiecriteria in dit onderzoek was dat de deelnemers waren geïnformeerd over de nierschade. Onze onderzoekspopulatie bevatte dus mogelijk de ‘beter geïnformeerde’ patiënten. Desondanks vonden wij bij onze deelnemers tal van kennislacunes en misvattingen. Alle deelnemers waren van Nederlandse afkomst, dus wij kunnen geen uitspraken doen over wat patiënten met een (niet-westerse) migratieachtergrond over nierschade weten, denken en verwachten.



CONCLUSIE

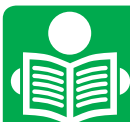
Patiënten met nierschade weten weinig over hun aandoening, zelfs als zij daarover geïnformeerd zijn. Hun bezorgdheid bij het horen van de diagnose contrasteert met het gevoel, naderhand, dat de aandoening irrelevant is. Het is belangrijk dat huisartsen en praktijkondersteuners de verschillende, soms verrassende cognities over nierschade in kaart brengen zodat zij informatie op maat kunnen geven. Het is ook belangrijk dat zij beseffen dat de signalen die zij afgeven ertoe kunnen leiden dat de patiënt concludeert dat leefstijlveranderingen bij nierschade niet nodig zijn. ■

LITERATUUR

1. Levey AS, De Jong PE, Coresh J, El Nahas M, Astor BC, Matsushita K, et al. The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report. *Kidney Int* 2011;80:17-28.
2. De Grauw W, De Leest K, Schenk P, Scherpier-de Haan N, Tjin-A-Ton J, Tuut M, et al. NHG-Standaard Chronische nierschade. Utrecht: NHG, 2018.
3. Chow WL, Joshi VD, Tin AS, Van der Erf S, Lim JF, Swah TS, et al. Limited knowledge of chronic kidney disease among primary care patients: A cross-sectional survey. *BMC Nephrol* 2012;13:54.
4. Wright Nunes JA, Wallston KA, Eden SK, Shintani AK, Ikizler TA, Cavanaugh KL. Associations among perceived and objective disease

knowledge and satisfaction with physician communication in patients with chronic kidney disease. *Kidney Int* 2011;80:1344-51.

5. Van Dipten C, Van Berkel S, De Grauw WJC, Scherpier-de Haan ND, Brongers B, Van Spaendonck K, et al. General practitioners' perspectives on management of early-stage chronic kidney disease: a focus group study. *BMC Fam Pract* 2018;19:81.
6. Greer RC, Crews DC, Boulware LE. Challenges perceived by primary care providers to educating patients about chronic kidney disease. *J Ren Care* 2012;38:174-81.
7. Crinson I, Gallagher H, Thomas N, de Lusignan S. How ready is general practice to improve quality in chronic kidney disease? A diagnostic analysis. *Br J Gen Pract* 2010;60:403-9.
8. Greer RC, Ameling JM, Cavanaugh KL, Jaar BG, Grubbs V, Andrews CE, et al. Specialist and primary care physicians' views on barriers to adequate preparation of patients for renal replacement therapy: a qualitative study. *BMC Nephrol* 2015;16:37.
9. Blakeman T, Protheroe J, Chew-Graham C, Rogers A, Kennedy A. Understanding the management of early-stage chronic kidney disease in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2012;62:e233-42.



Lees ook het artikel 'Farmacotherapie bij patiënten met verminderde nierfunctie' van Willemijn Eppenga en collega's. *Huisarts Wet* 2019;62[2]:46-8. DOI:10.1007/s12445-018-0402-y.

Van Dipten C, De Grauw WJ, Scherpier-de Haan ND, Dees MK. Milde tot matige nierschade. Kennis, gedachten en ervaringen van patiënten. *Huisarts Wet* 2019;62[2]:17-23. DOI:10.1007/s12445-018-0399-2. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: C. van Dipten, aioto.carola.vandipten@radboudumc.nl; dr. W.J.C. de Grauw, huisarts, senior onderzoeker; dr. N.D. Scherpier-de Haan, hoofd eerstelijnsvervolgopleidingen; dr. M. Dees, huisarts, onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Van Dipten C, De Grauw WJ, Wetzels JF, Assendelft WJ, Scherpier-de Haan ND, Dees MK. What patients with mild-to-moderate kidney disease know, think, and feel about their disease: an in-depth interview study. *J Am Board Fam Med* 2018;31[4]:570-7. Publicatie gebeurt met toestemming.

Kosteneffectiviteit van diagnose van urineweginfecties bij vrouwen

Judith Bosmans, Veerle Coupé, Bart Knottnerus, Suzanne Geerlings, Eric Moll van Charante, Gerben ter Riet

- Inleiding** Urineweginfecties [UWI's] komen vaak voor in de huisartsenpraktijk. De onderzoekers bekeken de kosteneffectiviteit van verschillende strategieën om de diagnose urineweginfectie te stellen.
- Methoden** De onderzoekers ontwikkelden beslisbomen voor zestien diagnostische strategieën, waarbij ze gegevens gebruikten van 196 vrouwen die een anamnese, onderzoek met een urinestick, sediment en dipslide ondergingen, én bij wie een urinekweek [de gouden standaard] werd afgenomen. Ze maakten een schatting van het percentage correcte diagnoses, de kosten per strategie en de kosteneffectiviteit bij verschillende drempelwaarden [het maximale bedrag dat de maatschappij bereid is te betalen per correcte diagnose] per strategie.
- Resultaten** Voor drempelwaarden tot € 10 per correcte diagnose had een urinestick bij een positieve anamnese [pijn score ≥ 3 op een vierpuntsschaal] de grootste kosteneffectiviteit; tussen € 10 en € 17 was dit gelijktijdige uitvoering van anamnese en urinestick; tussen € 17 en € 118 verrichting van het sediment wanneer anamnese en urinestick opeenvolgend negatief zijn; en voor drempelwaarden hoger dan € 118 een urinestick volgend op een negatieve anamnese, gevolgd door een dipslide als de urinestick negatief was.
- Conclusie** Bij drempelwaarden hoger dan € 17 per correcte diagnose is de meest bruikbare strategie om de diagnose UWI te stellen verrichting van het sediment wanneer anamnese en urinestick opeenvolgend negatief waren. Deze strategie komt overeen met de voorkeursstrategie uit de NHG-Standaard. Wanneer huisartsen het sediment niet onder optimale omstandigheden kunnen uitvoeren, moeten ze kiezen voor de dipslide.

INLEIDING

Ongeveer 60% van alle vrouwen heeft tijdens haar leven ten minste één urineweginfectie (UWI).¹ Om antibiotische resistentie te voorkomen, is het noodzakelijk om de diagnose UWI accuraat te stellen. Deze is gebaseerd op de aanwezigheid van symptomen van een UWI in combinatie met de aanwezigheid van bacteriën in de urine.²⁻⁵ Een urinekweek is de gouden standaard om de aanwezigheid van bacteriën in de urine aan te tonen, maar deze test is duur en bovendien kost het een aantal dagen voordat de uitslag bekend is. In de klinische praktijk worden daarom verschillende combinaties van anamnese en urinetests (dipslide, urinestick en sediment) uitgevoerd, maar het is niet duidelijk welke strategie leidt tot de hoogste diagnostische precisie tegen de laagste kosten (materiaal en personeel). De onderzoekers gingen na wat de kosteneffectiviteit is van verschillende strategieën om UWIs te diagnosticeren bij vrouwen die hun huisarts bezochten vanwege pijnlijke mictie en/of toegenomen mictiefrequentie.

METHODE

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van gegevens uit een diagnostisch cohortonderzoek waaraan 196 vrouwen hebben deelgenomen.⁶ Deze vrouwen bezochten hun huisarts vanwege pijnlijke mictie en/of toegenomen mictiefrequentie, en ondergingen vier diagnostische tests:

1. anamnese: positief bij een pijn score van 3 of 4 op een vierpuntsschaal;
2. een dipslide: positief bij meer dan 10^5 kolonievormende eenheden per ml urine (met uitzondering van strategie 11a waar een afkapwaarde van 10^3 kolonievormende eenheden per ml urine werd gebruikt);
3. een urinestick: positief bij aanwezigheid van nitriet in de urine;
4. sediment: positief bij aanwezigheid van meer dan 20 leukocyten per gezichtsveld.

De onderzoekers beschouwden een urinekweek als de gouden standaard voor het diagnosticeren van een



Er zijn verschillende strategieën om de diagnose urineweginfectie te stellen.

Foto: iStock

urineweginfectie ($> 10^3$ kolonievormende eenheden per ml).⁷ Ze hebben diverse combinaties van deze diagnostische tests samengesteld, wat resulteerde in zestien diagnostische strategieën [tabel].

Uitkomstmaten

De klinische uitkomst in de analyses was het percentage vrouwen dat correct werd gediagnosticeerd op basis van de specifieke diagnostische strategie (optelsom van het aantal terecht-positieven en terecht-negatieven). De kosten (prijsspeil 2011) per strategie waren een optelsom van de materiaal- en personeelskosten per test (telefonische anamnese door assistente € 7,38; urinestick € 7,91; sediment € 8,94; dipslide € 12,02) en de kosten van een behandeling met antibiotica (5 dagen nitrofurantoin 100 mg tweemaal daags inclusief afleverkosten, € 6,76).^{8,9}

Kosteneffectiviteitsanalyse

Om de kosteneffectiviteit van de verschillende strategieën te evalueren, maakten de onderzoekers gebruik van beslisbomen. In een beslisboom hebben ze per strategie de kans geschat op een correcte diagnose en de daarbij behorende kosten. Vervolgens rangschikten ze de strategieën op kosten en in geval van gelijke kosten op het percentage correcte diagnoses. Strategieën die duurder en even effectief of minder effectief waren dan (een combinatie van) andere strategieën hebben ze uit de analyse verwijderd.¹⁰ Deze strategieën noemen ze 'gedomineerd'. Vervolgens berekenden ze voor de overgebleven strategieën Incrementele Kosten-EffectiviteitsRatio's (IKER's) door het kostenverschil tussen twee opeenvolgende strategieën te delen door het effectverschil. De onzekerheid rondom de effect- en kostenschatten hebben ze geschat met behulp van een probabilistische analyse.¹¹ Ze gebruikten de resultaten van de probabilistische analyse om *cost-effectiveness acceptability*

curves (CEA-curves) te schatten. Een CEA-curve laat zien wat de kans is dat een bepaalde strategie kosteneffectief is bij een specifieke drempelwaarde.¹² Deze drempelwaarde is het maximale bedrag dat de maatschappij bereid is te betalen per extra correcte diagnose. Een gedetailleerde beschrijving van de methode is in het oorspronkelijke artikel te vinden.¹³

WAT IS BEKEND?

- Adequate diagnostiek van urineweginfecties is noodzakelijk om resistentie tegen antibiotica te voorkomen.
- Om een urineweginfectie vast te stellen, kunnen verschillende diagnostische tests in uiteenlopende combinaties worden gebruikt.
- Er is veel variatie in de strategieën die huisartsen gebruiken om de diagnose urineweginfectie te stellen.

WAT IS NIEUW?

- Het opeenvolgend uitvoeren van verschillende diagnostische tests om een urineweginfectie vast te stellen, leidt tot meer correcte diagnoses en lagere kosten dan het simultaan uitvoeren van verschillende diagnostische tests.
- De meest kosteneffectieve diagnostische strategie om een urineweginfectie te diagnosticeren, is het doen van een sediment wanneer de anamnese en vervolgens een urinestick negatief waren. De huisarts moet het sediment dan wel onder optimale omstandigheden verrichten.
- De dipslide verdient de voorkeur boven het sediment als de huisarts het laatste niet in optimale omstandigheden kan verrichten.

Tabel

Verwachte proportie vrouwen met een correcte diagnose, verwachte kosten en incrementele kosten per vrouw met een correcte diagnose voor alle diagnostische strategieën

Strategie ^a	Verwachte proportie vrouwen met een correcte diagnose [95%-BI]	UWI positief/terecht positief ^b	Verwachte kosten in euro's [95%-BI]	Incrementele kosten per vrouw met een correcte diagnose ^c
13 Anamnese +, urinestick	0,59 [0,52 tot 0,65]	0,24/0,22	9,13 [8,72 tot 9,57]	Referentie
1 Anamnese	0,65 [0,58 tot 0,71]	0,41/0,34	10,08 [9,63 tot 10,54]	Gedomineerd
6 Urinestick	0,68 [0,61 tot 0,75]	0,32/0,30	10,09 [9,65 tot 10,55]	Gedomineerd
7 Anamnese & urinestick	0,73 [0,67 tot 0,79]	0,39/0,37	10,53 [10,08 tot 10,95]	9,37
2 Anamnese -, urinestick	0,79 [0,73 tot 0,84]	0,57/0,49	11,48 [11,06 tot 11,90]	Gedomineerd
14 Urinestick -, anamnese	0,76 [0,70 tot 0,82]	0,55/0,46	11,63 [11,15 tot 12,08]	Gedomineerd
3 Anamnese -, urinestick -, sediment	0,87 [0,82 tot 0,91]	0,68/0,58	12,72 [12,43 tot 13,01]	15,89
8 Anamnese & urinestick & sediment	0,81 [0,75 tot 0,86]	0,51/0,47	13,01 [12,51 tot 13,50]	Gedomineerd
4 Anamnese -, urinestick -, dipslide	0,88 [0,83 tot 0,92]	0,67/0,58	13,74 [13,61 tot 13,88]	102,94
15 Urinestick -, dipslide	0,81 [0,74 tot 0,86]	0,48/0,45	14,36 [14,01 tot 14,71]	Gedomineerd
5 Anamnese -, urinestick -, sediment -, dipslide	0,88 [0,83 tot 0,92]	0,69/0,59	14,38 [14,17 tot 14,62]	Gedomineerd
11b Dipslide cut-off 105 CFU/ml	0,78 [0,72 tot 0,83]	0,46/0,43	15,14 [14,67 tot 15,61]	Gedomineerd
9 Anamnese & urinestick & dipslide	0,81 [0,76 tot 0,86]	0,45/0,44	15,71 [15,24 tot 16,23]	Gedomineerd
12 Urinestick & dipslide	0,82 [0,76 tot 0,87]	0,46/0,44	15,75 [15,28 tot 16,24]	Gedomineerd
11a Dipslide cut-off 103 CFU/ml	0,73 [0,66 tot -0,79]	0,68/0,51	16,61 [16,13 tot 17,05]	Gedomineerd
10 Anamnese & urinestick & sediment & dipslide	0,83 [0,78 tot 0,88]	0,48/0,46	17,58 [17,10 tot 18,07]	Gedomineerd

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; UWI = urineweginfectie.

^a + = anamnese of test positief; - = anamnese of test negatief; indien geen + of - = resultaat niet van belang; & = test tegelijk uitgevoerd.

^b 'UWI positief' verwijst naar de proportie vrouwen bij wie met de betreffende strategie de diagnose UWI werd gesteld. UWI-terecht-positief betreft de proportie vrouwen met een positieve diagnose die volgens de gouden standaard (urinekeek) ook daadwerkelijk een UWI bleken te hebben.

^c 'Gedomineerd' betekent dat de strategie niet wordt meegenomen in de onderlinge vergelijking van strategieën, omdat ze meer kost dan andere strategieën, maar gelijke of lagere gezondheidswinst oplevert.

De strategieën zijn gerangschikt op oplopende kosten en als de kosten gelijk waren op oplopend percentage vrouwen met een correcte diagnose. Incrementele Kosten-Effectiviteits-Ratio's [IKER's] voor dominante strategieën zijn berekend ten opzichte van de voorgaande strategie.

RESULTATEN

Van de 196 geïncludeerde vrouwen hadden er 120 (61%) een UWI op basis van een positieve urinekeek. De gemiddelde leeftijd van de geïncludeerde vrouwen was 43 jaar, de meerderheid was van Nederlandse origine (87%) en in goede of zeer goede gezondheid (67%).⁶

De [tabel] laat zien wat het verwachte percentage correcte diagnoses en de verwachte kosten per diagnostische strategie zijn. De strategie met de laagste kosten (strategie 13: anamnese gevolgd door een urinestick wanneer de anamnese positief was; € 9,13) resulteerde ook in een relatief lage proportie correcte diagnoses (0,59). Over het geheel genomen leidde het doen van twee simultane tests (strategieën 8 tot 10 en 12) tot een lager percentage correcte diagnoses dan strategieën die bestaan uit opeenvolgende tests, terwijl de kosten aanzienlijk toenamen. De [tabel] laat zien dat twaalf strategieën (strategieën 1, 2, 5, 6, 8, 9, 10, 11a, 11b, 12, 14 en 15) gedomineerd werden. Deze zijn daarom uitgesloten van de vergelijking

van de strategieën. Voor drempelwaarden tot € 10 per vrouw met een correcte diagnose had strategie 13 (urinestick bij een positieve anamnese) de grootste kans op kosteneffectiviteit. Voor drempelwaarden tussen € 10 en € 17 per vrouw met een correcte diagnose was dit strategie 7 (gelijktijdig anamnese en urinestick); voor drempelwaarden tussen € 17 en € 118 per vrouw met een correcte diagnose was dit strategie 3 (sediment als anamnese en vervolgens een urinestick negatief waren). Voor drempelwaarden hoger dan € 118 per vrouw met een correcte diagnose had strategie 4 (urinestick volgend op een negatieve anamnese, gevolgd door een dipslide als de urinestick negatief was) de grootste kans om kosteneffectief te zijn.

BESCHOUWING

De resultaten laten zien dat van de zestien geëvalueerde strategieën er vier in potentie kosteneffectief zijn. De vraag is nu welke diagnostische strategie in de praktijk de voorkeur verdient. Op basis van de resultaten zijn twee strategieën het

meest kosteneffectief: de strategie die uit een gelijktijdige anamnese en urinestick bestaat, en de strategie waarin het sediment wordt verricht als de anamnese en een daaropvolgende urinestick negatief zijn. Deze laatste strategie komt overeen met de voorkeursstrategie uit de NHG-Standaard, waarbij deze de keuze laat voor de dipslide of het sediment.⁴ De resultaten laten zien dat verrichten van het sediment tot lagere kosten leidt in vergelijking met het doen van een dipslide en dat deze strategie daarom de voorkeur verdient. Voorwaarde is echter wel dat het sediment onder optimale omstandigheden wordt verricht, zoals in dit onderzoek het geval was (in een laboratorium door getrainde laboranten). Wanneer dat niet mogelijk is, gaat de voorkeur uit naar de strategie die bestaat uit een dipslide als de anamnese en een daaropvolgende urinestick negatief zijn.

Sterke en zwakke punten

Alle gegevens uit dit onderzoek zijn afkomstig uit een cohort-onderzoek waarin alle deelnemende vrouwen alle onderzochte diagnostische tests én een gouden standaard (urinekweek) hebben ondergaan. De onderzoekers nemen in de primaire uitkomst zowel het aantal terecht-positieve als terecht-negatieve diagnoses mee. Het voordeel hiervan is dat ze de resultaten van de strategie in zijn geheel meenemen. Het nadeel is echter dat het aantal fout-positieve en fout-negatieve diagnoses niet wordt meegenomen. Hoewel de risico's die samenhangen met een fout-negatieve diagnose laag zijn (het risico op ernstige complicaties als gevolg van een UWI is laag), leidt een fout-positieve diagnose tot onnodige behandeling met antibiotica. Potentiële negatieve gevolgen hiervan zijn bijwerkingen voor de patiënt en antibioticaresistentie voor de maatschappij als geheel.

Een andere beperking van het onderzoek is dat het persoonlijk ongemak dat patiënten ervaren wanneer ze een dag op de uitslag van een dipslide moeten wachten, niet is meegenomen in het onderzoek. Dat nadeel maakt de dipslide minder aantrekkelijk voor de praktijk. Een andere beperking is dat er geen rekening is gehouden met de kosten van ziekteverzuim. In het cohortonderzoek hadden echter maar 25 (13%) van de vrouwen zich een of meer dagen ziek gemeld op het werk. De onderzoekers verwachten daarom dat de kosten van ziekteverzuim beperkt zijn. Ten slotte hebben ze de gegevens verzameld in de periode 2006 tot 2008, ruim tien jaar geleden. Er zijn echter geen aanwijzingen dat de prevalentie van UWI's in deze groep vrouwen sindsdien sterk is veranderd.

CONCLUSIE

Wanneer huisartsen uitgaan van een drempelwaarde hoger dan € 17 per correcte diagnose, is de meest bruikbare strategie om de diagnose UWI te stellen het verrichten van het sediment wanneer anamnese en urinestick opeenvolgend negatief waren. Deze strategie komt overeen met de voorkeursstrategie uit de NHG-Standaard. Als huisartsen het sediment niet onder optimale omstandigheden kunnen verrichten, moeten ze kiezen voor de dipslide. ■

LITERATUUR

1. Foxman B, Barlow R, D'Arcy H, Gillespie B, Sobel JD. Urinary tract infection: self-reported incidence and associated costs. *Ann Epidemiol* 2000;10:509-15.
2. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Dis Mon* 2003;49:53-70.
3. Gonzalez CM, Schaeffer AJ. Treatment of urinary tract infection: what's old, what's new, and what works. *World J Urol* 1999;17:372-82.
4. Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Wee GM, et al. NHG-Standaard Urineweg-infecties (derde herziening). *Huisarts Wet* 2013;56(6):270-80.
5. Warren JW, Abrutyn E, Hebel JR, Johnson JR, Schaeffer AJ, Stamm WE. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. *Infectious Diseases Society of America (IDSA)*. *Clin Infect Dis* 1999;29:745-58.
6. Knottnerus BJ, Geerlings SE, Moll van Charante EP, Ter Riet G. Toward a simple diagnostic index for acute uncomplicated urinary tract infections. *Ann Fam Med* 2013;11:442-51.
7. European Confederation of Laboratory Medicine. European urinalysis guidelines. *Scand J Clin Lab Invest Suppl* 2000;231:1-86.
8. Z-index. G-Standaard. Den Haag: Z-index, 2006.
9. Hakkaart-van Roijen L, Tan SS, Bouwmans CAM. Handleiding voor kostenonderzoek: methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Geactualiseerde versie 2010. Diemen: College voor zorgverzekeringen (CVZ), 2011.
10. Postma MJ, De Vries R, Welte R, Edmunds WJ. Health economic methodology illustrated with recent work on Chlamydia screening: the concept of extended dominance. *Sex Transm Infect* 2008;84:152-4.
11. Briggs AH, Goeree R, Blackhouse G, O'Brien BJ. Probabilistic analysis of cost-effectiveness models: choosing between treatment strategies for gastroesophageal reflux disease. *Med Decis Making* 2002;22:290-308.
12. Fenwick E, Marshall DA, Levy AR, Nichol G. Using and interpreting cost-effectiveness acceptability curves: an example using data from a trial of management strategies for atrial fibrillation. *BMC Health Serv Res* 2006;6:52.
13. Bosmans JE, Coupé VMH, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Moll van Charante EP, Ter Riet G. Cost-effectiveness of different strategies for diagnosis of uncomplicated urinary tract infections in women presenting in primary care. *PLoS One* 2017;12:e018881.

Bosmans JE, Coupé VMH, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Moll van Charante EP, Ter Riet G. Kosteneffectiviteit van diagnose van urineweg-infecties bij vrouwen. *Huisarts Wet* 2019;62(2):24-7. DOI:10.1007/s12445-018-0385-8.

Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, Amsterdam Public Health Research Institute, afdeling Gezondheidswetenschappen, Faculteit der Bètawetenschappen, Amsterdam: dr. J.E. Bosmans, universitair hoofddocent, j.e.bosmans@vu.nl. Amsterdam UMC, locatie Vrije Universiteit, afdeling Methodologie en Biostatistiek, Amsterdam: dr. V.M.H. Coupé, universitair hoofddocent. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisarts-geneeskunde, Amsterdam: dr. B.J. Knottnerus, senior onderzoeker en huisarts; dr. E.P. Moll van Charante, senior onderzoeker; dr. G. ter Riet, senior onderzoeker. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Inwendige Geneeskunde, Amsterdam: prof.dr. S.E. Geerlings, hoogleraar. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Bosmans JE, Coupé VMH, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Moll van Charante EP, Ter Riet G. Cost-effectiveness of different strategies for diagnosis of uncomplicated urinary tract infections in women presenting in primary care. *PLoS One* 2017;12:e0188818. Publicatie gebeurt met toestemming.



Foto: Margot Scheerder

Klasien Horstman: “Prima als huisartsen aan preventie doen, als het de relatie met de patiënt maar niet beschadigt”

Sjoerd Hobma

Zijn preventie en wijkzorg taken voor de huisarts? En zo ja, hoe moeten we dat doen? Ik sprak hierover met Klasien Horstman, hoogleraar Filosofie van de Publieke Gezondheidszorg. “Met de kennis uit de praktijk hebben huisartsen goud in handen, waar veel meer mee gedaan kan worden als ze hun verhaal daarover kwijt kunnen aan andere professionals. En als ze oppassen dat de relatie met de patiënt goed blijft.”

Jullie voeren als huisartsen discussies die je voortdurend ziet terugkomen in de zorg. Voor mijn promotie nam ik

de eerste zestig jaargangen van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* door. Toen ging het ook telkens over de interactie tussen de maatschappij en artsen en het streven naar professionele onafhankelijkheid. Ik keek bijvoorbeeld naar verzekeringsartsen voor de Tweede Wereldoorlog. Bij de keuringen voor levensverzekeringen keken steeds meer anderen over hun schouders mee. Ze kregen instructies voor het medisch onderzoek en de urine-analyse, standaardformulieren en er werd nauwkeurig gekeken of ze die wel op de juiste manier invulden. Alles wat je nu ziet in standaardisering en protocollering, dat gebeurde toen ook.

U bent hoogleraar Filosofie van Public Health, maar wat is dat en wat zie ik daarvan in Nederland?

Public Health zie ik als de *low tech* preventieve gezondheidszorg, dus niet klinisch en curatief georiënteerd. Het is niet in de spreekkamer en niet individueel maar het raakt aan wat voor iedereen belangrijk is. Vaccinatieprogramma's bijvoorbeeld, of de Gezonde Wijk. Waar mijn gezondheid afhankelijk is van die van jou.

De vaccinaties ken ik, maar de rest is toch vooral een papieren werkelijkheid waar ik als huisarts weinig van merk.

Ik vind dat in de huidige publieke gezondheidszorg dat publieke karakter een beetje verdwenen is. Er zijn allerlei mensen met preventie bezig en die ontwikkelen wel van alles, zoals nu het Preventieakkoord, maar dat is eigenlijk een particulier en geen publiek akkoord. Het gaat vooral over maatregelen voor specifieke 'risicogroepen'. Die boodschap van niet roken, minder drinken, anders eten en meer bewegen, dat is de boodschap geworden van een bepaalde groep mensen die allemaal hoog opgeleid en slank zijn. Die zelf wellicht te hard werken, maar dat is geen speerpunt, en intussen zijn ze het contact verloren met een ander deel van de maatschappij.

Vroeger kwam voor de geboorte van een kind de kraamzorg bij je langs kwam om te vertellen hoeveel hemdje en luiertjes je moest klaarleggen. Dat kon toen, er was er een gedeelde moraal tussen publiek en de preventieve zorg, binnen zuilen weliswaar, maar daarin deelden 'hoog' en 'laag' eenzelfde perspectief. Ze zaten in dezelfde kerk. Dat is nu weg. En de publieke gezondheidszorg, die er bij uitstek is voor 'het publieke', is een groot deel van haar publiek verloren. Vooral het deel waar ze de meeste boodschappen voor heeft. Dat komt omdat ze heel technocratisch geworden is, en sterk verstateelijkt. Eigenlijk weinig professioneel. Ze volgt het beleid van de minister. En omdat die graag cijfers ziet, is de publieke gezondheidszorg sterk geëpidemiologiseerd. Door dat cijfermatige denken is ze de leefwereld van mensen waar ze over spreekt uit het oog verloren. Ze ontbeert een antropologie van gezondheid en sociologisch conceptueel repertoire om de vele cijfers te interpreteren.

Speelt daarnaast de individualisering en de veel grotere nadruk op persoonlijke autonomie niet ook een belangrijke rol?

Zeker. Mensen laten zich niet zeggen hoe ze moeten leven. Maar het feit dat de publieke gezondheidszorg nog steeds het gevoel heeft dat je een preventieakkoord kunt maken zonder te spreken met de mensen over wie het gaat en die je eigenlijk helemaal niet kent, daar kan ik met mijn verstand niet bij. Natuurlijk moet er minder suiker in die frisdrank en een rookverbod in publieke ruimte, maar dat gemoraliseer, hou daar mee op! Een mens is meer dan zijn gewicht of elke avond een biertje.

Hoe zou het beter kunnen?

Laten we beginnen te erkennen dat we niet weten hoe het allemaal precies moet. En stoppen met het concept van een

'interventie', dat woord betekent 'vijandige overname' en dat is het vaak ook. Die moeten allemaal snel effectief zijn, *magic bullets*, terwijl iedereen weet dat context, ook een lastig woord, alles uitmaakt. Veel professionele praktijken gaan stuk door maakbaarheidsillussies, maar we evalueren alleen op doelen en niet op onbedoelde gevolgen, dus we zien niet hoe schadelijk die maakbaarheidsillussies zijn. Veranderen is lastig. Je wilt ergens mee stoppen, maar dat blijkt toch ingewikkeld. Je kunt het, je wilt het, maar je doet het toch niet: dat is de titel van een mooi boekje van de filosoof Van Gunsteren over de complexiteit van veranderen. We moeten een agenda maken van kennis die nodig is om een gezonde maatschappij te maken, dat is iets anders dan een databank met x effectieve interventies voor het individuele gedrag van een risicogroep. We hebben kennis van de alledaagse leefwereld nodig, een antropologie van het dagelijks leven. En kennis van de manier waarop instituties de krachtbronnen van het alledaagse leven in de weg zitten en beschadigen.

Nu naar de huisartsen. Wij gaan als beroepsgroep steeds de kant op die jij beschrijft. Vroeger ging ons vak over individuen met een hulpvraag. Maar inmiddels hebben we allerlei standaardprogramma's, bijvoorbeeld voor diabetes en hart- en vaatziekten. En we praten zelfs over het aanpakken van groepen zoals de wijk, als onderdeel van ons vak

Op zich is het niet slecht dat huisartsen zich bezighouden met preventie, maar het moet hun relatie met patiënten niet in de weg gaan zitten. Het lijkt me niet goed als die preventieprogramma's te grote ambities in te korte tijd moeten realiseren. Als je mensen door hoepels laat springen, dan haken ze af. Wat je nodig heb is tijd en ruimte om met mensen mee te bewegen, en er moet ook bewegingsruimte zijn voor de professional. Als je druk zet op preventie en het standaardiseert dan lijkt het succesvol, maakbaar en meetbaar, maar ik geloof er helemaal niet in. In die aanpak zit de mislukking eigenlijk al ingebakken.

Laten we stoppen met het concept
'interventie', dat woord betekent
'vijandige overname' en dat is het
vaak ook

Vind je dat je die programma's moet individualiseren?

Nee, juist niet. We weten dat het succes van preventie en behandeling van bijvoorbeeld infectieziekten en van diabetes, twee heel verschillende dingen, sterk samenhangen met de kracht van het netwerk dat iemand heeft. Geïsoleerde mensen zijn kwetsbare mensen. Hoe sterker je netwerk, hoe beter je in staat bent om ziekten te voorkomen en te behandelen. Het versterken van sociale weefsels en het creëren van plekken waar die kunnen ontstaan, daar kun je iets mee doen. Dus het

gaat niet om tien keer trainen, maar elkaar ontmoeten in een omgeving die daarbij past. De publieke gezondheidszorg moet zich om de kwaliteit van de publieke ruimte bekommeren. Dat arm en rijk, dik en dun, academisch en praktisch geschoold, elkaar nergens meer tegenkomen, dat is het probleem.

Het idee van een wijkgerichte aanpak ondersteun je dus?

Het lastige van een wijk is dat, als je goed kijkt, de wijk geen sociale eenheid is. Er wordt vaak een administratieve grens genomen. Maar je moet kijken hoe de sociale stromen lopen, dan blijft er van die wijken niet zoveel over. De ene straat is de andere niet.

Variatie toestaan en organiseren is een cruciale leerstrategie in een onzekere wereld

Zie jij een rol voor huisartsen daarin?

Ja. Want huisartsen hebben heel veel kennis van 'gezondheid in de praktijk' die veel andere professionals niet hebben. Die etnografische kennis zou veel meer gearticuleerd moeten worden. Het gaat dan niet om cijfers, maar het gaat om het verhaal van mensen en hun geworstel met gezondheid en ziekte in het alledaagse leven door de jaren heen. Huisartsen hebben goud in handen denk ik, daar zit zoveel kennis die we zouden kunnen gebruiken, en dat gebeurt nu niet. Dat is zonde.

Dat lijkt me ook een goed idee, maar verwacht je dat mensen daar geïnteresseerd naar zullen luisteren? Mijn ervaring is dat beleidsmakers daar niet op zitten te wachten.

Het gaat nu vaak om snel succes in de frontoffice, zichtbaar in cijfers, en daarmee creëren we een schijnwereld. In veel instituties is de voeling met de praktijk en met het besef van tijd volledig verdwenen. Daarom mislukken ook bijvoorbeeld ict-projecten. Het lijkt ideaal op papier, maar de werkelijkheid blijkt telkens weerbarstig. Dat we dat niet begrijpen, is het gevolg van een eenzijdige kwantitatieve kenniscultuur. Het is een Cartesiaanse illusie: als het cijfermatige model maar op orde is, dan voegen praktijken zich wel. Het is beter als we het omdraaien en kijken wat burgers en professionals in alledaagse praktijken nodig hebben. Vooral mensen die graag aan het stuur zitten vinden dat lastig omdat ze zich dan in 'de ander' moeten verdiepen.

Ik heb juist het idee dat de professionele ruimte bewust steeds meer wordt ingeperkt ten koste van geprotocolleerde ruimte en dat er weinig urgentie wordt gevoeld dat het anders zou moeten. Dat is dan een slechte zaak want het roept wantrouwen op en boosheid. Patiënten willen geen robot, maar een huisarts van vlees en bloed, daar kun je namelijk iets mee. Als jij je patiënten door hoepeltjes laat springen, omdat je zelf ook door

hoepeltjes moet springen van de verzekeraar of de overheid, dan is dat een soort *deskilling* van huisartsen. Datgene waar je goed in bent, verlies je.

Terug naar de toekomst van de huisartsen. Wat vind jij ervan dat zaken zoals preventie, de zorg voor de wijk et cetera, steeds meer door huisartsen naar zich toe worden getrokken?

Tja, die huisarts is een belangrijk iemand voor veel mensen, iemand die ze kennen, dus je kunt daar wel wat mee doen. Maar ik zie het zeker niet als een kerntaak. Die zie ik veel meer in de directe medische zorg. Mensen met complexe klachten zien diverse specialisten in het ziekenhuis, maar raken, alle casemanagers ten spijt, het spoor bijster in de huidige zorg. De huisarts heeft hier volgens mij een cruciale taak en daar moeten jullie ook veel meer ruimte claimen. Er moet veel meer met die patiënt worden meegedacht. Er wordt vaak slecht gecommuniceerd tussen specialisten en huisartsen, en jullie krijgen vaak te weinig informatie om die rol goed te kunnen vervullen. *Het past in ons idee van integrale zorg dat je bij de huisarts overal mee kunt aankloppen en we zien het allemaal ook nog in zijn verband. Is dat idee van integrale zorg geen illusie, een belofte die ook niet is waar te maken?*

Ik denk dat het goed is dat je iemand hebt die je vertrouwt en met wie je belangrijke zaken kunt bespreken. Die langskomt als je ernstig ziek bent, en die door blijft zoeken als specialisten hun werk hebben gedaan en niet kunnen helpen. Die soms initiatief neemt als een patiënt of de familie dat niet kan. Ook de huisarts kan niet alle problemen oplossen maar ik geloof wel in een proactieve en helpende integrale huisartsenzorg. Het helpen van mensen is lastig geworden omdat we allerlei rare opvattingen hebben over 'helpen' en 'autonomie'. Je mag mensen niet meer helpen op een ouderwetse paternalistische manier. Dat is goed, want mensen geven zelf betekenis aan hun lichaam en leven en moeten gehoord en gezien worden. Maar als de communicatie begint met 'wat is uw hulpvraag' dan lijkt me dat het begin van het einde van de huisartsenzorg. Als we een generatie huisartsen opleiden die alleen maar volgens protocollen en richtlijnen kunnen handelen, wordt de patiënt steeds minder gezien. Dan verliest ook de huisartsen de band met haar 'publiek'. Er zijn in het leven geen perfecte routes. Je wilt dat het grosso modo goed gaat en in verschillende situaties zijn verschillende dingen goed. Denken in termen van één norm en één standaard is een schraal en ook pervers ideaal. Goed is een gesitueerde, contextuele norm. Variatie toestaan en organiseren is een cruciale leerstrategie in een onzekere wereld, en streven naar standaardisatie is daarom een enorme verarming van ons leervermogen op de langere termijn. ■

Klasien Horstman studeerde wijsgerige en historische sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen en is hoogleraar Filosofie van de Publieke Gezondheidszorg in Maastricht.

Dubio in speculo

Leon de Hoog, Marco Bruens

Het advies om specula altijd te steriliseren is terecht, maar het advies specula steriel te verpakken is niet wetenschappelijk onderbouwd en zorgt voor praktische problemen in de huisartsenpraktijk. Zolang men maar een methode toepast waardoor duidelijk is dat een speculum gesteriliseerd is, is verpakken niet nodig.

De NHG-Richtlijn Infectiepreventie adviseert in het kader van de reiniging, sterilisatie en verpakking van instrumentarium specula te steriliseren en bij voorkeur verpakt te bewaren.¹

MOET EEN SPECULUM GESTERILISEERD WORDEN?

Specula worden aangemerkt als semi-kritisch instrumentarium, of kritisch wanneer ze worden gebruikt bij de insertie van een IUD [tabel]. Toch worden zij in de praktijk altijd gesteriliseerd, omdat zij het humaan papillomavirus (HPV) kunnen overdragen.² Om te onderzoeken wat het bewijs is voor het steriel verpakken van specula verrichtten de auteurs een kort literatuuronderzoek op PubMed, met als zoektermen 'HPV', 'non-sexual transmission', 'specula' en 'contamination'. Artikelen over de beste manier om HPV te elimineren wezen uit dat er na desinfectie met chloorhexidine nog epitheelcellen met HPV-DNA achterblijven,³ maar dat sterilisatie in een autoclaaf het virus volledig elimineert.⁴ Het advies om specula te steriliseren is dus zeker terecht.

MOET EEN SPECULUM STERIEL ZIJN BIJ GEBRUIK?

Het verpakken van gesteriliseerd instrumentarium is belangrijk om recontaminatie te voorkomen. Specula komen echter in aanraking met de vulva, vagina en cervix waarvan de slijmvliezen niet steriel zijn.⁵ Voorheen werd de uterus nog gezien als steriele omgeving, waarbij een gesteriliseerd speculum voor plaatsing van een IUD te overwegen zou zijn. Inmiddels is aangetoond dat ook de uterus een microbiom heeft en dus geen steriele omge-

ving is.^{5,6} Een steriel speculum is dan ook hiervoor niet van belang.

MOET EEN SPECULUM VERPAKT ZIJN?

Er is geen wetenschappelijke basis waarom specula verpakt moeten worden bewaard. Binnen de huisartsenpraktijk worden specula gebruikt voor inwendig onderzoek, het verrichten van uitstrijkjes en het plaatsen of verwijderen van een IUD. Voor al deze procedures volstaat een gesteriliseerd speculum. Telefonische rondvraag bij enkele poliklinieken Gynaecologie leert dat deze geen verpakte specula gebruiken voor de genoemde ingrepen. Ook de sectie Ontwikkeling Kwaliteitsinstrumenten & Evaluatie van het NHG laat weten dat het advies om specula verpakt te bewaren vooral ingegeven is door praktische overwegingen: dat maakt duidelijk dat de specula gesteriliseerd zijn.

Verpakken is inderdaad praktisch, maar levert soms ook problemen op. Verpakte specula nemen namelijk meer ruimte in bij het steriliseren. In de gemiddelde autoclaaf passen twee verpakte specula, zonder verpakking zijn dat er acht tot tien [figuur 1]. Daarbij duurt een sterilisatiecyclus met verpakte specula ongeveer 130 minuten, tegenover 20 minuten wanneer ze niet verpakt zijn. Uiteindelijk kunnen er dus minder specula per dag worden gesteriliseerd. Als er ook nog andere instrumenten moeten worden gesteriliseerd, is het een uitdaging om alles op tijd gesteriliseerd te krijgen. Je zou specula ook kunnen voorzien van autoclaaftape; ze kunnen dan in het korte sterilisatieprogramma van 20 minuten. Het tape

Tabel

Decontaminatierichtlijn voor instrumentarium in de huisartsenpraktijk

Kwalificatie instrumentarium	In contact met	Wijze van decontaminatie
Niet-kritisch	Intacte huid	Alleen reinigen en goed drogen
Semi-kritisch	Slijmvliezen	Reinigen, desinfecteren en goed drogen
Kritisch	Niet-intacte huid of slijmvliezen	Reinigen en steriliseren

Bron: NHG-Richtlijn Infectiepreventie.¹

Figuur 1

Als de specula zijn verpakt, passen er twee op een plateau [A], onverpakt zijn dat er vijf; ze kunnen worden gemarkeerd met sterilisatietape [B]



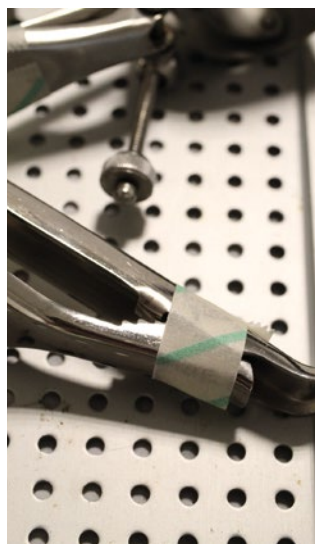
A



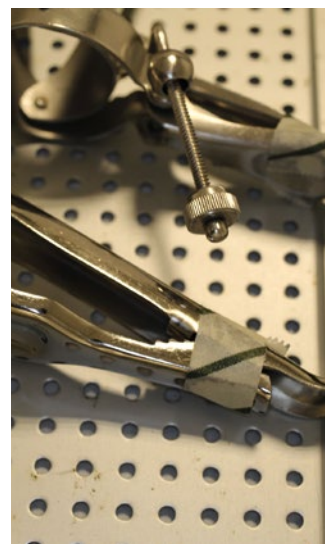
B

Figuur 2

De groene markering op sterilisatietape [A] verkleurt zwart na sterilisatie [B]



A



B

maakt duidelijk of een speculum gesteriliseerd is [figuur 2] en waarborgt zo dat gynaecologisch onderzoek wordt uitgevoerd met gesteriliseerde specula.

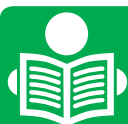
CONCLUSIE

Het advies om specula te steriliseren is onomstreden. Voor steriel verpakken is echter geen wetenschappelijke basis. Zolang men een methode toepast waardoor duidelijk is dat een speculum gesteriliseerd is, is verpakken niet nodig. ■

LITERATUUR

1. Richtlijn Infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk. Utrecht: NHG, 2017.
2. Ryndock EJ, Meyers C. A risk for non-sexual transmission of human papillomavirus? Expert Rev Anti Infect Ther 2014;12:1165-70.
3. McCance DJ, Campion MJ, Baram A, Singer A. Risk of transmission of human papillomavirus by vaginal specula. Lancet 1986;8510:816-7.
4. Estes JM, Kirby TO, Huh WK. Autoclave sterilization of instruments used on women with cervical neoplasia is an effective method of eradicating residual human papillomavirus DNA: a polymerase chain reaction-based evaluation. J Low Genit Tract Dis 2007;11:12-7.
5. Chen C, Song X, Wei W, Zhong H, Dai J, Lan Z, et al. The microbiota continuum along the female reproductive tract and its relation to uterine-related diseases. Nat Commun 2017;8:875.
6. Perez-Muñoz ME, Arrieta MC, Ramer-Tait AE, Walter J. A critical assessment of the 'sterile womb' and 'in utero colonization' hypotheses: implications for research on the pioneer infant microbiome. Microbiome 2017;5:48.

De Hoog L, Bruens ML. Dubio in speculo. Huisarts Wet 2019;62(2):31-2. DOI:10.1007/s12445-018-0397-4.
UMC Utrecht, Selective Utrecht Medical Master [SUMMA]: L. de Hoog, coassistent. Huisartsencentrum Welgelegen, Apeldoorn: M.L. Bruens, huisarts, ml.bruens@huisartswelgelegen.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Lees ook het stuk 'Specula steriel verpakken' van Masja Loogman en Margriet Bouma [Huisarts Wet 2019;62(2):37. DOI: 10.1007/s12445-019-0001-6].

Reactie op 'Dubio in speculo'

Specula steriel verpakken

Masja Loogman, Margriet Bouma

De Richtlijn infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk adviseert om specula te steriliseren. Dit is nodig om virussen zoals HPV te elimineren en dit is eveneens opgenomen in de set minimumnormen die bij deze richtlijn hoort. Ook wordt aangeraden om specula bij voorkeur verpakt te bewaren, maar dit is geen hard advies en dit is ook niet opgenomen in de minimumnormen. Door specula verpakt te bewaren is het wel duidelijk welke specula het sterilisatieproces hebben doorlopen.

Bij de insertie van IUD's, een invasieve ingreep, wordt een steriel speculum geadviseerd. Uit het feit dat de uterus een eigen microbiom heeft, volgt niet direct dat er dan niet steriel gewerkt hoeft te worden. Pathogenen van buiten het lichaam kunnen nog steeds infecties veroorzaken. Ook de blaas heeft een eigen microbiom, maar ook daar gaan we niet over op het gebruik van niet-steriele urine catheters.

TWEDE LIJN

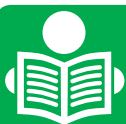
Het is ons bekend dat de specula die in de tweede lijn door gynaecologen worden gebruikt onverpakt klaarliggen. Het reinigings- en sterilisatieproces dat deze specula doorlopen is anders dan in de eerste lijn. Men kan in de tweede lijn gebruikmaken van een centrale sterilisatieafdeling. Hier worden de specula op grotere bladen met meerdere tegelijk gesteriliseerd. Dit blad, met daarop de specula, gaat in zijn geheel in een warmhoudkast. Deze specula blijven dan ook onverpakt nagenoeg steriel. In de huisartsenpraktijk zullen onverpakte specula worden vastgepakt en erna terechtkomen in een la of in een bak die meerdere keren per dag opengaat.

WERKWIJZE VOLGENS MINIMUMNORMEN

De meest eenvoudige werkwijze die voldoet aan de minimumnormen van de Richtlijn infectiepreventie in de huisartsen- en verloskundigenpraktijk is:

- steriliseer specula die voor insertie van IUD's worden gebruikt en bewaar ze daarna verpakt
- maak voor de overige specula een eigen afweging of u ze in de praktijk verpakt of onverpakt steriliseert en bewaart. Indien de praktijk kiest voor onverpakte sterilisatie van specula die niet voor insertie van IUD's worden gebruikt, zorg er dan voor dat duidelijk herkenbaar is welke specula daadwerkelijk gesteriliseerd zijn en dat zij schoon bewaard blijven voor gebruik. ■

Loogman MCM, Bouma M. Reactie op 'Dubio in speculo'. Specula steriel verpakken. Huisarts Wet 2019;62[2]:37. DOI:10.1007/s12445-019-0001-6.
Nederlands Huisartsen Genootschap, Afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: M.C.M. Loogman, wetenschappelijk medewerker en huisarts, m.loogman@nhg.org; dr. M. Bouma, senior wetenschappelijk medewerker en huisarts n.p.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Dit is een reactie op het artikel 'Dubio in speculo' van Leon de Hoog en Marco Bruens [Huisarts Wet 2019;62[2]:31-2. DOI: 10.1007/s12445-018-0397-4.]

Wat de huisarts moet weten over de HPV-vaccinatie

Joyce Nouwens, Doreth Teunissen, Toine Lagro-Janssen

Al bijna tien jaar krijgen twaalfjarige meisjes in Nederland de HPV-vaccinatie aangeboden ter preventie van het cervixcarcinoom. De vaccinatiegraad voor HPV is nog steeds aanzienlijk lager vergeleken met de andere vaccinaties in het rijksvaccinatieprogramma. Zijn er goede redenen voor de terughoudendheid onder ouders en meisjes? De huidige HPV-vaccinaties zijn immers veilige en effectieve vaccins tegen de meest voorkomende hoogrisico-HPV-subtypes die een rol spelen bij het ontstaan van diverse HPV-gerelateerde carcinomen van de huid en slijmvliezen. De HPV-vaccinatie laat een blijvende immuniteit zien na acht tot negen jaar, die nog niet afneemt. Er is tevens sprake van kruisbescherming tegen enkele andere hoogrisicosubtypes. Bij een hogere vaccinatiegraad is er bovendien sprake van een collectieve immuniteit voor de verschillende subtypes van HPV. De vaccinatie is kosteneffectiever als iemand nog niet seksueel actief is geweest, maar heeft ook in de seksueel actieve groep een beschermende werking.

Sinds 2009 biedt het Rijksvaccinatieprogramma (RPV) twaalfjarige meisjes in Nederland de HPV-vaccinatie aan, ter preventie van het cervixcarcinoom.¹ De vaccinatiegraad voor het humaan papillomavirus (HPV) blijft onveranderd laag ten opzichte van de andere vaccinaties in het rijksvaccinatieprogramma: 45,5% versus 90-92%.^{2,3} De oorzaak voor deze lage opkomst is mogelijk terug te voeren op de jarenlange

negatieve publiciteit rondom het vaccin. Uit een enquête van het RIVM onder ouders/verzorgenden kwamen de volgende redenen voor hun terughoudendheid naar voren: zorgen rond mogelijke bijwerkingen van het HPV-vaccin (40%), twijfel over de effectiviteit van het HPV-vaccin (12%), te weinig informatie over de HPV-vaccinatie (10%) en negatieve verhalen over de HPV-vaccinatie (10%).² Is die negatieve publiciteit terecht als we kritisch kijken naar de preventieve werking van het vaccin en de mogelijke bijwerkingen? Op die vragen geeft dit artikel een antwoord.

WAT DOET HET HUMAAN PAPILLOMAVIRUS?

HPV is een DNA-virus dat het epitheel infecteert. Er zijn meer dan honderd subtypes HPV bekend. Er is een onderscheid tussen low risk HPV (lrHPV) en high risk HPV (hrHPV), waarbij hrHPV carcinogeen is en lrHPV niet. Onder hrHPV vallen ten minste dertien carcinogene types, waarvan type 16 en 18 het meest carcinogeen zijn. Ongeveer 80% van de mensen raakt tijdens het seksuele actieve leven meerdere malen besmet met een of meer HPV-subtypes.^{4,6} De transmissie vindt plaats door vaginaal, anaal of oraal contact. Transmissie via andere routes is gering. Bij de vrouw bevindt het virus zich na infectie in de overgangszone tussen het cilinderepitheel van de endocervix en het plaveiselepitheel van de ectocervix, waar het zich verder repliceert.^{4,6}

Een HPV-infectie verloopt vaak zonder klachten. In 80% van de gevallen elimineert het afweersysteem de infectie, zonder afwijkingen te geven aan de epitheelcellen.^{4,5} Tijdens een infectie kunnen er afwijkingen ontstaan aan de epitheelcellen met verschillende CIN-stadia. CIN staat voor cervicale intra-epitheliale neoplasie en wordt geclassificeerd als graad 1 (milde cervicale dysplasie), 2 (matige dysplasie) of 3 (ernstige dysplasie of carcinoma in situ). Deze CIN-stadia gaan vanzelf weer in regressie als de infectie wordt geklaard.⁵⁻⁷ Een infectie met HPV kan zich in ongeveer vier maanden ontwikkelen tot een CIN-1-laesie en na ongeveer veertien maanden in een CIN-2/3-laesie [figuur 1].^{6,7} CIN-1 kan echter ook worden overgeslagen. Gemiddeld duurt het een tot twee jaar voordat de infectie is geklaard.

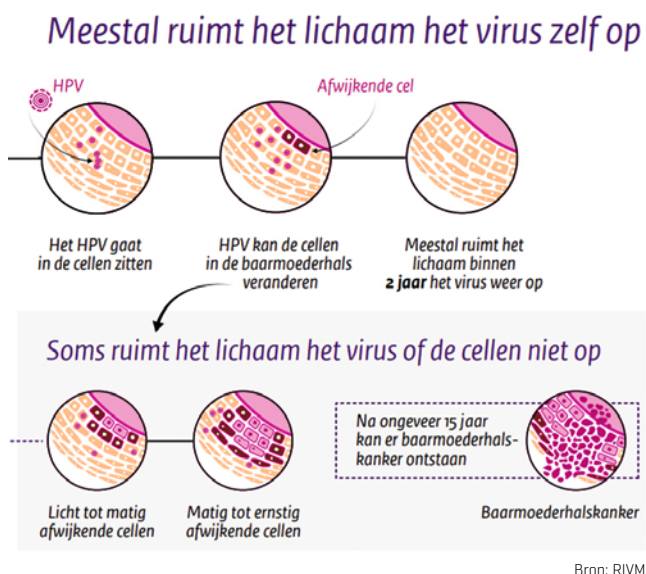
In 10 tot 20% van de gevallen is er sprake van een persisterende infectie, waarvan uiteindelijk 1% zich in een periode van 10 tot 15 jaar kan ontwikkelen tot een cervixcarcinoom.⁵⁻⁷ Hierop zijn

DE KERN

- De immuunrespons van een HPV-vaccinatie is hoger dan bij een natuurlijke klaring van HPV-infectie.
- De HPV-vaccinatie geeft na acht tot negen jaar nog steeds een blijvende immuniteit.
- De verschillende vaccinaties geven een kruisbescherming tegen subtypes 31, 33 en 45 [verantwoordelijk voor onder andere cervix- en peniscarcinoom].
- Bij een hogere vaccinatiegraad (> 50%) is er sprake van collectieve immuniteit voor de verschillende subtypes van HPV.
- Huisartsen kunnen een actieve rol spelen bij het informeren over de werking en bijwerkingen van de vaccinatie.

Figuur 1

HPV-infectie



meerdere factoren van invloed, zoals roken, gebruik van orale anticonceptie en een verminderde afweer. Er bestaat een sterk verband tussen roken en het ontstaan van cervixcarcinoom, waarschijnlijk doordat roken het afweersysteem beïnvloedt.^{5,6} Jaarlijks worden er in Nederland zes- tot zevenhonderd vrouwen gediagnosticeerd met een cervixcarcinoom en overlijden er tweehonderd vrouwen aan deze ziekte. Het cervixcarcinoom is een van de weinige vormen van kanker waarbij er een zeer sterk verband bestaat tussen een infectie en het ontstaan van kanker.⁴⁻⁷ In 99% van de cervixcarcinomen is HPV de veroorzaker. De hrHPV-types 16, 18, 31, 45, 33, 35, 39, 51, 52, 56, 58, 66, 68 en 70 zijn verantwoordelijk voor het ontstaan van cervixcarcinoom, waarbij type 16 en 18 met 70-75% de belangrijkste rol spelen.^{4,7}

Naast het cervixcarcinoom kan HPV andere premaligne laesies en maligniteiten induceren, zoals vulvaire intra-epitheliale neoplasie (VIN) (incidentie 2 per 100.000 vrouwen per jaar), vaginale intra-epitheliale neoplasie (VAIN) (incidentie 0,2 per 100.000 vrouwen per jaar), het peniscarcinoom (incidentie 1,1 per 10.000 mannen per jaar), het keelcarcinoom (incidentie 8,5 per 10.000 personen per jaar), het mondcarcinoom (incidentie 2 per 100.000 personen per jaar) en het anuscarcinoom (incidentie 4 tot 7 per 10.000 personen per jaar). HPV 6 en 11 zijn verantwoordelijk voor de benigne condylomata acuminata (incidentie 10 per 10.000 personen per jaar).^{7-11,13} De relatie tussen het doormaken van een HPV-infectie en het krijgen van een van de genoemde ziektebeelden is wisselend. Bij het anuscarcinoom is het verband tussen de HPV-infectie en het ontstaan van een maligniteit net zo sterk als dat bij cervixcarcinoom.⁷⁻¹³

WAT DOET HET HPV-VACCIN?

In Nederland gebruiken we het cervarix-vaccin, een van de drie HPV-vaccins die momenteel beschikbaar zijn: de

bivalente (Cervarix), quadrivalente (Gardasil) en 9-valente vaccinatie (Gardasil 9), die intramusculair worden gegeven en beschermen tegen verschillende hrHPV-subtypes [tabel].¹⁴⁻²⁴ De vaccinatie bestaat uit zogenaamde virus like particles (VLP) en bevat geen erfelijk materiaal. De VLP's induceren het immuunsysteem, waardoor IgG-antistoffen ontstaan en een langetermijnnimmunitet tegen de HPV-types bij de patiënt.^{19,20,22,23} Uit veiligheidsonderzoeken van de FDA blijkt dat de bivalente en quadrivalente vaccinatie een bescherming biedt van meer dan 90% tegen het ontstaan van premaligne hooggradige cervicale dysplasieën (CIN-2/3).²² De vaccinatie geeft een betere antistoftiter dan de natuurlijke klaring. De natuurlijke klaring van HPV kan op twee manieren gebeuren: door epitheliale differentiatie, zonder tussenkomst van het immuunsysteem, of door activatie van het immuunsysteem. Er ontstaan niet altijd antistoffen bij een natuurlijke klaring, waardoor een recidief infectie kan optreden met hetzelfde subtype.^{13,17,22} Tevens is er sprake van kruisbescherming tegen subtypes 31, 33 en 45.^{12,16,19,20,22} De kruisbescherming zou mogelijk groter zijn bij het bivalente vaccin.^{16,22} De immuunrespons is hoger op jongere leeftijd en blijft langer aanwezig.^{22,23} Inmiddels is duidelijk dat de antistoftiter ook na acht tot negen jaar stabiel hoog blijft.²¹

In 99% van de gevallen veroorzaakt HPV het cervixcarcinoom

Bijwerkingen zijn er nauwelijks en betreffen voornamelijk erytheem en pijn rond de injectieplek, en koorts.^{16-18,21,22,25} De vaccinatie is kosteneffectiever als er nog geen seksueel contact is geweest.²² Naarmate er meer seksueel contact is geweest, neemt het risico op een HPV-besmetting toe. De vaccinatie heeft geen effect op een al bestaande infectie of precarcinomastatus van de patiënte.²² Onderzoek wijst er overigens op

Tabel

Subtype hrHPV in de verschillende vaccinaties

hrHPV-subtype	Cervarix [2-valent]	Gardasil [4-valent]	Gardasil 9 [9-valent]
6		x	x
11		x	x
16	x	x	x
18	x	x	x
31			x
33			x
45			x
52			x
58			x



Bij een hogere vaccinatiegraad (> 50%) is er een collectieve immuniteit voor de verschillende subtypes van HPV.

Foto: Hollandse Hoogte

dat vaccineren met het quadrivalente vaccin bescherming biedt tegen een recidief bij CIN-2/3, zowel voor als na behandeling. Voor het bivalente virus is dit niet onderzocht.¹²

WAT WETEN WE OVER HET EFFECT VAN HET VACCIN?

In landen waar de vaccinatieopkomst meer dan 50% is, zien we voor HPV-infecties met type 16 en 18 tussen pre- en postvaccinatie een afname van 64% (vrouwen van 13 tot 19 jaar).¹⁵ In de totale vrouwenpopulatie (gevaccineerd en ongevaccineerd) van 20 tot 24 jaar daalde het aantal gevallen van HPV-subtypes 16 en 18 met 31%. Ook op het gebied van andere aandoeningen

15 en 19 jaar, wat duidt op een collectieve immuniteit.²³⁻²⁴ Er is tevens een daling zichtbaar van de HPV-subtypes 16 en 18 in de ongevaccineerde vrouwelijke populatie, wat eveneens duidt op een collectieve immuniteit [figuur 2].²³ Indien mannen ook worden gevaccineerd zien we een afname van 90% in genitale laesies veroorzaakt door HPV-subtype 6, 11, 16 en 18, en een afname van anale intra-epitheliale neoplasmata van 78%.²³ Kortom, onderzoek toont aan dat het vaccin bescherming biedt tegen HPV-infecties en dat vaccinatie leidt tot een afname van premaligne cervicale dysplasieën (CIN-leasies). Bovendien leidt een hoge vaccinatiegraad (opkomst hoger dan 50%) tot collectieve immuniteit.

De vaccinatie geeft een betere antistoftiter dan de natuurlijke klaring

zijn positieve effecten zichtbaar. Bij anale infecties met HPV zien we bij vrouwen na vaccinatie een daling van 85%.²³ Bij een lage vaccinatiegraad is er sprake van minder sterke dalingen van de HPV-infecties.^{18,19,23} Bij een hoge vaccinatiegraad van vrouwen met het quadrivalent vaccin zien we ook een daling van 34% in de condylomata acuminata bij mannen tussen de

TOEPASBAARHEID IN DE NEDERLANDSE SITUATIE

Uit mathematisch modelonderzoek blijkt dat de huidige vaccinatiegraad een reductie van 35% geeft bij overlijden aan cervicale carcinomen. Wanneer de vaccinatiegraad van meisjes naar 80% of van meisjes en jongens naar 80% gaat, zal dit een reductie van 50% respectievelijk 60% opleveren.²⁶ Minder effectief dan het vaccineren van beide seksen, maar wel sterftereducerend, is het vaccin aanbieden tijdens de screening op cervixcarcinoom of het soa-consult.²⁶⁻²⁸ Daarnaast kan het screeningsinterval op HPV in het bevolkingsonderzoek naar beneden worden gebracht als minimaal 50% van de vrouwen

is gevaccineerd, aangezien er dan sprake is van collectieve immuniteit en meer screening niet kosteneffectiever is.²⁷

HOE VERDER?

Momenteel is er acht tot negen jaar na vaccinatie nog steeds sprake van een goede immuniteit. De duur van de immuniteit is niet bekend en zal moeten worden onderzocht. We zullen moeten bekijken of er type replacement plaatsvindt, wat inhoudt dat andere hrHPV-types cervixcarcinoom gaan veroorzaken.^{6,20,22} Dit lijkt nog niet het geval te zijn.

Er is onderzoek gaande naar de bijwerkingen, effectiviteit en veiligheid van Gardasil 9. De resultaten zijn veelbelovend – ze laten een goede immuunrespons zien na slechts één injectie, en een reductie van 97% van de incidentie van cervix-, vulva- en vaginale carcinomen.²²

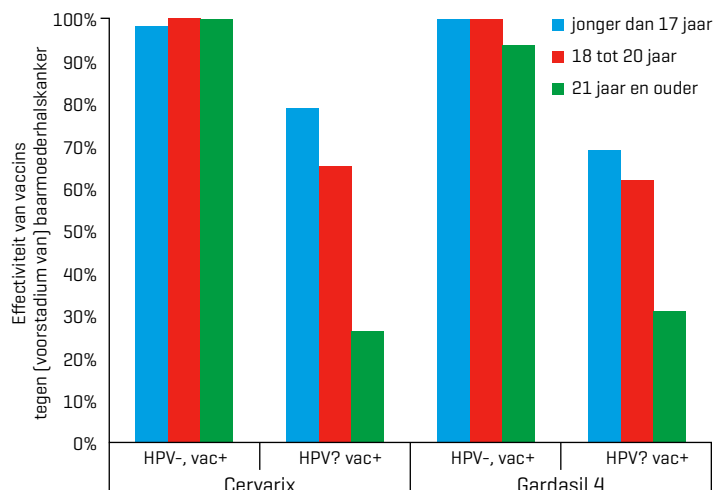
Wat kunnen we in Nederland verder nog doen? Vaccinatie van jongens en/of de risicogroep van MSM (mannen die seks hebben met mannen) behoort tot de mogelijkheden. Uit onderzoek blijkt dat MSM vaccineren kosteneffectiever zou zijn dan vaccineren van jongens. De hrHPV-subtypes worden behalve met cervixcarcinoom ook in verband gebracht met andere vormen van carcinomen.²¹ Vaccinatie kan hier mogelijk ook tegen beschermen. Dit geldt zeker voor het anuscarcinoom, waarbij de causale relatie met HPV net zo sterk is als die met het cervixcarcinoom.^{7,8,14} Het zou goed zijn wanneer zowel jongens als meisjes worden gevaccineerd, want dan wordt de boodschap afgegeven dat seksuele gezondheid een zaak is van meisjes/vrouwen en jongens/mannen samen. Hopelijk leidt vaccinatie van meisjes en jongens bij een goede voorlichtingscampagne tot een hogere vaccinatiegraad. Huisartsen kunnen hierbij een rol spelen door goede voorlichting te geven over de veiligheid en effectiviteit van het vaccin. Ze kunnen tijdens het anticonceptieconsult actief het gesprek aangaan, om zo jongens en meisjes aan te moedigen om zich te laten vaccineren.

CONCLUSIE

Het HPV-vaccin is een veilig en effectief vaccin tegen verschillende hrHPV-subtypes die een rol spelen bij het ontstaan van cervix- en andere carcinomen. Het HPV-vaccin geeft een betere antistoftiter dan natuurlijke klaring.²² De HPV-vaccinatie laat momenteel een blijvende immuniteit zien na acht tot negen jaar en deze immuniteitsduur daalt nog niet.²⁰ Er is tevens sprake van kruisbescherming tegen subtypes 31, 33 en 45, die verantwoordelijk zijn voor onder andere cervix- en peniscarcinoom.^{12,16,20,22,23} Bij een hogere vaccinatiegraad zien we een collectieve immuniteit voor de verschillende subtypes van HPV.^{21,22} De vaccinatie is effectiever als iemand nog niet seksueel actief is geweest, maar is ook daarna effectief.²² Momenteel is de vaccinatiegraad in Nederland zo laag dat er geen sprake is van collectieve immuniteit. Veel jonge mannen en vrouwen lopen daarbij de mogelijkheid mis om zich te beschermen tegen diverse carcinomen vanwege ongegronde zorgen over de effectiviteit en veiligheid van het HPV-vaccin. Redenen genoeg voor huisartsen om met ouders actief het gesprek over de vaccinatie aan te gaan en vaccinatie aan te moedigen. ■

Figuur 2

Effect van vaccinatie (bivalente en quadrivalente vaccins) per leeftijdscategorie en HPV-status (HPV negatieve/nog niet seksueel actieve personen en HPV-status onbekend) op het aantal cervicale dysplasieën (CIN 2, CIN 3)



Bron: Castle²³

Ga tijdens het anticonceptieconsult actief het gesprek aan om jongens en meisjes aan te moedigen zich te laten vaccineren

LITERATUUR

1. Klink A. Brief aan de Tweede Kamer der Staten Generaal van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. d.d. 8 juli 2008.
2. Van Lier EA, Geraedts JLE, Oomen PJ, Giesbers H, Van Vliet JA, Drijfhout IH et al. Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2017. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Infectieziektebestrijding, 2018.
3. Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu (RIVM). Lagere opkomst HPV-vaccinaties. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Infectieziektebestrijding. www.rivm.nl. Geraadpleegd september 2018.

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

Nouwens J, Teunissen D, Lagro-Janssen T. Wat de huisarts moet weten over de HPV-vaccinatie. *Huisarts Wet* 2019;62(2):38-41. DOI:10.1007/s12445-018-0400-0.
Huisartsenpraktijk Jongsma-Nouwens, Oosterhout: J. Nouwens, kaderhuisarts urogynaecologie, joycenouwens@home.nl. Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, ELG, Radboudumc, Nijmegen: dr. D. Teunissen, kaderhuisarts urogynaecologie; prof.dr. T. Lagro-Janssen, emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Er komen twaalf vrouwen bij de verloskundige

De introductie van CenteringPregnancy® in Nederland

Suze Jans, Marlies Rijnders, Katja Groessen, Matty Crone

CenteringPregnancy® is geboortezorg in groepsvorm. Door de kennis en de culturele waarden van alle deelnemers actief in te zetten, ontstaat een dynamische zorgomgeving. De rol van de zorgverlener is niet langer traditioneel informatief-didactisch, maar faciliterend. Uit onderzoek blijkt dat zwangeren in kwetsbare groepen door deze aanpak beter worden bereikt en dat de uitkomsten van zorg verbeteren.

Het rapport *Een goed begin* van de Commissie Zwangerschap en Geboorte deed in 2009 aanbevelingen om de relatief hoge babysterfte in Nederland aan te pakken, onder andere door meer cliëntgecentreerde zorg aan zwangeren te geven.¹ Een van de initiatieven in dit kader was een nieuw model voor

verloskundige zorg, waarin een-op-eenzorg wordt vervangen door groepsgewijze zorg.

In dit implementatieartikel beschrijven de auteurs de groepsgewijze aanpak volgens CenteringPregnancy®, een model voor cliëntgecentreerde verloskundige zorg die beter aansluit bij de vraag van de cliënt dan de gebruikelijke zorg en die mogelijk ook vrouwen met een lage sociaaleconomische status beter bereikt.

Nederland neemt binnen Europa een relatief ongunstige plaats in wat betreft perinatale sterfte.^{2,3} Een deel van de ongunstige zwangerschapsuitkomsten is geassocieerd met de ongezondere leefstijl van vrouwen met een lage sociaaleconomische status.⁴ Bij deze vrouwen zie je vaak een opeenhoping



Prenatale zorg in groepsverband heeft een gunstig effect op de zwangerschapsuitkomsten.

Foto: iStock

van problemen die invloed kunnen hebben op de uitkomst van de zwangerschap, zoals laaggeletterdheid, psychische problemen en huisvestingsproblematiek. Bekend is dat de preventie van vroeggeboorte en een laag geboortegewicht substantieel bijdraagt aan de perinatale gezondheid van moeder en kind.⁵ Vrouwen met een lage sociaaleconomische status zijn echter minder goed in staat om hun gezondheid te bewaken en te bevorderen, en zijn bovendien niet altijd goed te bereiken met prenatale zorg. Een deel van de Nederlandse zwangeren denkt dat ze hun eigen gezondheid nauwelijks kunnen beïnvloeden.⁶ Overigens is er in Nederland ook onder vrouwen met een hogere sociaaleconomische status een beweging op gang gekomen die vraagt om meer cliëntgecentreerde zorg. Deze vrouwen uiten met name in de sociale media hun onvrede met de huidige geboortezorg, waarin onvoldoende naar vrouwen wordt geluisterd.^{7,8}

De reguliere verloskundige begeleiding in Nederland omvat tien tot vijftien individuele consulten van elk tien à vijftien minuten. Dit model is primair gebaseerd op risicoselectie en is onvoldoende toegesneden op de huidige generatie vrouwen. Binnen een regulier prenataal consult is het lastig de zwangere actief te betrekken bij het zorgproces, uitgebreid in te gaan op verdiepende vragen of cliëntgestuurd allerlei onderwerpen te behandelen die de zwangere in staat stellen eigenaar te worden van de eigen gezondheid. Vooral vrouwen met een lagere sociaaleconomische status hebben extra zorg nodig die aansluit bij hun behoeftes. Een groepsgewijze aanpak kan hierin verandering brengen. De effectiviteit van groepsgewijze informatie en basale gezondheidszorg, vooral rondom reproductieve gezondheid, jeugdgezondheid en ouderschap, is aangetoond.^{9,10} Groepszorg biedt de mogelijkheid persoonlijke ervaringen te delen en steun te ontvangen van anderen met vergelijkbare vragen; de deelnemers bedenken vanuit een gedeeld perspectief andere oplossingen dan die in een regulier consult zouden opkomen.

INTERACTIEF MODEL VAN ZORG

CenteringPregnancy®, ontwikkeld in de Verenigde Staten, is een model voor interactieve prenatale zorg in groepsverband. Onder begeleiding van een medisch verantwoordelijke, bijvoorbeeld een verloskundige of een arts, ontmoeten acht tot twaalf vrouwen met dezelfde zwangerschapsduur elkaar. De deelnemers krijgen een actieve rol in hun eigen zorgproces: ze meten zelf hun bloeddruk, registreren hun gewicht en houden hun eigen dossier bij. De standaard zwangerschapscontroles worden tijdens deze groepsbijeenkomsten gecombineerd met voorlichting, interactieve leermethoden en gesprekken over wat vrouwen bezighoudt tijdens hun zwangerschap. De bijeenkomsten duren langer dan het gangbare consult (120 minuten) en verlopen volgens een vast schema. Belangrijk uitgangspunt is dat de begeleiders een faciliterende rol aannemen in plaats van de traditionele, meer informatief-didactische zorgverlenersrol. CenteringPregnancy® is in de Verenigde Staten geïmplementeerd in ongeveer 500 organisaties en bereikt rond 60.000 cliënten per jaar.

DE KERN

- De relatief hoge babysterfte in Nederland vraagt onder andere om meer cliëntgecentreerde zorg voor zwangere vrouwen.
- In Nederland bieden verloskundige praktijken prenatale zorg in groepsverband aan door middel van de CenteringPregnancy®-methodiek, waarbij zwangeren elkaar actief ondersteunen, gefaciliteerd door de zorgverlener.
- Inmiddels is aangetoond dat deze groepsgewijze aanpak een gunstig effect heeft op de zwangerschapsgeschiedenis en vrouwen uit achterstandsgroepen beter bereikt dan de reguliere aanpak.

Onderzoeksresultaten, vooral afkomstig uit de Verenigde Staten, laten zien dat dit model van prenatale zorg is geassocieerd met minder vroeggeboortes, een hoger geboortegewicht, vaker starten met borstvoeding, betere mentale gezondheid en meer tevredenheid met de zorg.¹¹⁻¹³ Vooral kwetsbare zwangeren profiteren van deze aanpak en zorgverleners zijn tevredener over hun werk.^{14,15} Bovendien is het model mogelijk kostenbesparend. Met deze uitkomsten sluit CenteringPregnancy® goed aan bij de vier doelen van Value Based Health Care (VBHC): verbeterde gezondheid, betere ervaringen met de zorg, kostenvermindering en aandacht voor het welzijn van zorgverleners.¹⁶

ONDERZOEKEN

Cohortonderzoek

In 2012 introduceerde een aantal verloskundigenpraktijken CenteringPregnancy® in Nederland. Ze vroegen TNO, in samenwerking met de KNOV en het Leids Universitair Medisch Centrum, de uitkomsten van dit initiatief te onderzoeken. Deze eerste evaluatie betrof een cohortonderzoek in acht verloskundigenpraktijken (n = 2318), waaraan ook een vragenlijstonderzoek was gekoppeld.¹⁷ Geïnccludeerd werden zwangere vrouwen vóór 24 weken zwangerschap.

CenteringPregnancy® is een andere benadering van het vak, de zorgverlener wordt een facilitator in plaats van een expert die kennis overdraagt

De groep die deelnam aan CenteringPregnancy® (n = 579) kreeg gemiddeld twee prenatale controles meer dan deelnemers in de reguliere zorg (n = 1739). Primiparae in de CenteringPregnancy®-groep gebruikten minder pijnmedicatie tijdens de baring en begonnen vaker met borstvoeding. Uit de vragenlijst kwam naar voren dat deelnemers aan CenteringPregnancy® zich meer gehoord voelden, vaker steun ervoeren,



Onder begeleiding van een medisch verantwoordelijke ontmoeten acht tot twaalf vrouwen met dezelfde zwangerschapsduur elkaar.

Foto: Hollandse Hoogte

vooral wat betreft het plannen van de toekomst, zich vaker betrokken voelden bij de zorg en vaker hun mening konden geven over de ervaren zorg. Ze gaven ook aan dat hun vragen en wensen over beweging, voeding en pijnbestrijding tijdens de baring beter werden besproken.¹⁷

Effectonderzoek

Inmiddels is er ook een effectonderzoek uitgevoerd waaraan dertien verloskundigenpraktijken deelnamen die op een gerandomiseerd moment overgingen tot het aanbieden van CenteringPregnancy®.¹⁸ Alle zwangeren in deze praktijken werd gevraagd deel te nemen aan het onderzoek; ruim 3000 vrouwen gaven toestemming hun gegevens te gebruiken. Deze gegevens werden verzameld zowel voor als na de implementatie van CenteringPregnancy®. In de interventieperiode konden vrouwen naast randomisatie ook zelf kiezen om deel te nemen aan CenteringPregnancy®. De onderzoekers gebruikten de gegevens van Perined en de deelnemers vulden vragenlijsten in bij 12, 28 en 36 weken zwangerschap en 6 weken na de bevalling. In de CenteringPregnancy®-groep vond daarnaast een procesevaluatie plaats door middel van groepsregistraties en interviews met deelnemers en zorgverleners.

De vrouwen die deelnamen aan CenteringPregnancy® waren vaker primipara, waren vaker van niet-Nederlandse afkomst, hadden minder kennis over de zwangerschap, scoorden hoger

op depressiesymptomen en hadden meer stress, vooral aan het begin van de zwangerschap. Zij hadden vaker een belaste gezondheidsgeschiedenis en hadden in de zes maanden voorafgaand aan de zwangerschap vaker een beroep gedaan op de zorg (huisarts, fysiotherapeut, specialist).

Ook in dit onderzoek werden significante verschillen gevonden tussen de CenteringPregnancy®-groep en de controlegroep. De deelnemers aan CenteringPregnancy® waren tevredener en startten vaker met borstvoeding. Primiparae vonden dat ze minder opvoedingsvaardigheden hadden, maar ze hadden wel meer kennis over zwangerschap, gebruikten minder pijnmedicatie tijdens de baring en verbeterden vaker hun gezondheidsgedrag, waaronder minder roken tijdens of na de zwangerschap. Multiparae voelden zich beter voorbereid op de bevalling, maar verwachtten ook meer pijn tijdens de baring. Ze bevielen vaker thuis, gebruikten minder alcohol na de zwangerschap en aten meer fruit, maar bewogen daarentegen minder dan multiparae in de controlegroep.

Kanttekeningen

Uiteraard zijn er kanttekeningen te plaatsen bij het onderzoek en bij de implementatie. Een zwak punt in het cohortonderzoek is dat selectiebias niet kan worden uitgesloten. Ook in het vergelijkende effectonderzoek kan selectiebias niet worden uitgesloten: ten eerste konden deelnemers kiezen voor Cente-

ringPregnancy® en ten tweede is bekend dat de respons op de gebruikte vragenlijsten minder is onder Nederlandssprekende lagergeletterden. De auteurs konden geen verklaring vinden waarom de multiparae uit de CenteringPregnancy®-groep minder bewegen.

VOORWAARDEN VOOR IMPLEMENTATIE

Zowel uit Nederlands als uit internationaal onderzoek komt naar voren dat CenteringPregnancy® positieve effecten heeft: vrouwen uit achterstandsgroepen worden beter bereikt, de zwangerschapsuitkomsten zijn minstens vergelijkbaar, psychosociale uitkomsten en gezondheidsgedrag verbeteren en zowel deelnemers als zorgverleners zijn positief over de aanpak. Een van de werkzame mechanismen die daarvoor zorgt, is sociale steun gefaciliteerd door vertrouwen.¹⁹ Inmiddels wordt CenteringPregnancy® in Nederland aangeboden door circa tachtig verloskundige praktijken en enkele ziekenhuizen.

De ervaring leert dat er in de gehele praktijk of organisatie draagvlak moet zijn voor de implementatie van CenteringPregnancy®, bijvoorbeeld bij de werving van zwangeren. De implementatie van het model vraagt een flinke (tijds) investering; men moet rekening houden met zo'n twee jaar. Zorgverleners hadden in eerste instantie nog weinig routine in het uitvoeren van prenatale zorg volgens de CenteringPregnancy®-methodiek, waardoor mogelijk onnodig extra contactmomenten optraden. Uit Amerikaans onderzoek is gebleken is dat 'procestrouw' een belangrijke factor is voor het zorggebruik en de perinatale uitkomsten bij de CenteringPregnancy®-methodiek.²¹ Het is aannemelijk dat de procestrouw en dus de uitkomsten verbeteren naarmate de zorgverleners ervaring opdoen met de methodiek, en dat de uiteindelijke tijdsinvestering min of meer gelijk zal zijn aan die van de reguliere prenatale zorg.

KANSSEN VOOR DE HUISARTS

Vanwege het succes van de methode is het concept CenteringPregnancy® in de Verenigde Staten niet alleen uitgebreid naar CenteringParenting® maar ook naar andere medische zorg, zoals CenteringDiabetes®.²¹ Omdat het aantal patiënten met een chronische aandoening stijgt, en sinds 2014 ook het gemiddeld aantal huisartscontacten per patiënt, wordt zelfmanagement steeds belangrijker.²²⁻²⁴ Centering® kan in die situatie ook voor Nederlandse huisartsen interessant zijn. De interventie heeft overeenkomsten met het Gezamenlijk Medisch Consult, maar biedt meer dan alleen het uitwisselen en beter begrijpen van informatie.²⁵ Het actief betrekken van patiënten bij medische handelingen heeft bewezen gezondheidseffecten, en *community building*, een essentieel onderdeel van de Centering®-methodiek, zou in de huisartsenpraktijk een goed tegenwicht kunnen bieden aan de groeiende vereenzaming onder ouderen als gevolg van steeds minder goed functioneren.²⁶ Centering® is bovenal een andere benadering van het vak, of dat nu verloskunde, jeugdgezondheidszorg of huisartsgeneeskunde is: de zorgverlener wordt een facilitator in plaats van een expert die kennis overdraagt. De overeenkomst met

Jeugdgezondheidszorg

Doordat de gezondheidsvaardigheden van de moeder toenemen en er een ondersteunend netwerk wordt gevormd, heeft CenteringPregnancy® naar verwachting ook effecten in de eerste opvoedingsjaren. Omdat het enthousiasme bij de deelnemende verloskundigenpraktijken groot was en de ervaringen met Centering® in de Amerikaanse jeugdgezondheidszorg goed zijn, is in de Nederlandse jeugdgezondheidszorg een implementatieonderzoek gestart naar CenteringParenting®. Zes jeugdgezondheidsorganisaties zijn momenteel bezig met de implementatie van deze methodiek. Net als de verloskundigen zijn de deelnemende jeugdartsen en ouders zeer positief over dit zorgmodel. Een jeugdarts verwoordde haar ervaring als volgt:

'Het is interactief. De ervaringen worden heel open gedeeld en de adviezen komen gewoon vanuit de moeders zelf en worden beter opgepakt dan als ik ze geef. Er komt van alles aan bod: psychische, sociale en gedragsproblemen, maar ook zorg voor de ouders zelf. En we bespreken met de groep hoe je dat oplost. We hadden dat nooit kunnen oplossen in individuele consulten!'²⁷

het Gezamenlijk Medisch Consult is dat beide interventies de patiënt bij het zorgproces betrekken en het geheel daardoor inzichtelijker maken voor de deelnemers, waardoor zij meer kennis opdoen. De vraag is of zorgverleners ook bereid zijn tot Centering® en de uitdaging willen aangaan om de transitie naar facilitator te maken. ■

LITERATUUR

1. Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte [advies]. Utrecht: Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009.
2. Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CW, Ravelli AC, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P, et al. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie. Ned Tijdschr Geneesk 2008;152:2718-27.
3. Mohangoo AD, Hukkelhoven CW, Achterberg PW, Elferink-Stinkens PM, Ravelli AC, Rijninks-van Driel GC, et al. Afname van foetale en neonatale sterfte in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 2014;158:A6675.

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

Rijnders ME, Jans SM, Groessen K, Crone MR. Komen twaalf vrouwen bij de verloskundige. De introductie van CenteringPregnancy® in Nederland. Huisarts Wet 2019;62(2):42-5. DOI:10.1007/s12445-018-0398-3.

TNO, Afdeling Child health, Leiden: dr. S.M.P.J. Jans, verloskundige en onderzoeker; dr. M.E.B. Rijnders, verloskundige n.p. en onderzoeker, marlies.rijnders@tno.nl. Stichting CenteringHealthcare Nederland, Sneek: K. van Groesen, verloskundige. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijngeneeskunde, Leiden: dr. M.R. Crone, universitair hoofddocent.

Mogelijke belangenverstrengeling: Katja van Groesen is voorzitter van de Stichting CenteringHealthcare Nederland, een non-profitorganisatie ter ondersteuning van de implementatie van het Centering zorgmodel (<https://www.centeringhealthcare.nl>).

Farmacotherapie bij patiënten met een verminderde nierfunctie

Willemijn Eppenga, Cornelis Kramers, Hieronymus Derijks, Michel Wensing, Jack Wetzels, Peter de Smet

De geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) is een belangrijk onderdeel van medicamenteus therapiemanagement bij patiënten met een verminderde nierfunctie. Als de patiënt met een verminderde nierfunctie een geneesmiddel nodig heeft, kan een niet-renaal uitgescheiden middel een effectief en veiliger alternatief vormen voor een renaal uitgescheiden geneesmiddel. Wanneer toch een renaal uitgescheiden geneesmiddel nodig is, zult u eerst moeten nagaan of de eGFR een realistische weergave is van de nierfunctie. Daarna bepaalt u de dosering van het geneesmiddel in relatie tot: 1) het therapeutisch venster van het geneesmiddel, 2) de snelheid waarmee het doel van de farmacotherapie bereikt dient te worden en 3) de mogelijkheid tot het monitoren van bijwerkingen en de effectiviteit. Deze overwegingen zijn ook van belang bij chronische farmacotherapie, waarbij u de dosering in de loop van de tijd gradueel moet aanpassen aan de afname van de nierfunctie. Bij geneesmiddelen met een smalle therapeutische breedte moet u bij voorkeur een lagere dosering voorschrijven als de indicatie dat toelaat.

DE KERN

- Overweeg bij patiënten met een verminderde nierfunctie een niet-renaal uitgescheiden geneesmiddel.
- Is een renaal uitgescheiden geneesmiddel nodig, beoordeel dan hoe betrouwbaar de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid [eGFR] is.
- Kijk ook naar het therapeutisch venster van het geneesmiddel en naar de snelheid waarmee het doel van de farmacotherapie bereikt moet worden.
- Het monitoren van bijwerkingen en de effectiviteit na de start van en gedurende de behandeling is belangrijk en mag niet ontbreken in goed geïndividualiseerd medicamenteus therapiemanagement.
- Maak regionaal afspraken met apotheker[s] over het uitwisselen van nierfunctiewaarden.
- Maak bij patiënten met chronische nierschade met een eGFR < 60 ml/min/1,73 m² de ICPC-code voor nierinsufficiëntie aan en activeer de medicatiebewaking in het HIS.

Ongeveer een derde van de ziekenhuisopnames ten gevolge van bijwerkingen is mogelijk gerelateerd aan een verminderde nierfunctie.^{1,2} Om de geïndividualiseerde medicamenteuze behandeling te verbeteren is het belangrijk om het geneesmiddel aan de nierfunctie aan te passen en de effectiviteit en bijwerkingen te monitoren. In de huisartsenpraktijk wordt de nierfunctie geschat op basis van een bloedonderzoek, waarbij het serumcreatinine wordt gemeten en het laboratorium tevens een geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) in ml/min/1,73 m² rapporteert. De NHG-Standaarden Chronische nierschade, Diabetes mellitus type 2 en Cardiovasculair risicomanagement, en de KNMP-richtlijnen met dosisadviezen bij een verminderde nierfunctie bevatten adviezen over het toepassen van de eGFR bij het voorschrijven van geneesmiddelen, over het zo nodig uitvoeren van extra controles en over de vraag wanneer u beter kunt doorverwijzen naar de internist/nefroloog.³⁻⁶ Dit artikel maakt duidelijk waarop u moet letten bij het toepassen van de eGFR bij farmacotherapie. Het begint met een stappenplan voor het voorschrijven aan patiënten met een verminderde nierfunctie, dat wordt geïllustreerd met een tweetal casus. Tot slot volgen adviezen voor het gebruik van het HIS bij patiënten met een verminderde nierfunctie en voor de samenwerking met de apotheker.

STAPPENPLAN

Zowel bij het starten van farmacotherapie als tijdens de farmacotherapie is het van belang om de risico-batenverhouding in de gaten te houden. Dit is bij patiënten met een verminderde nierfunctie niet anders.^{7,8} Het stappenplan ziet er als volgt uit:

1. Het kiezen van het geneesmiddel. Wordt een geneesmiddel renaal geklaard?
2. Het bepalen van de dosering. De hoogte van de dosering hangt af van de eGFR en de volgende factoren:
 - a. de validiteit van de eGFR;
 - b. de therapeutische breedte van het geneesmiddel;
 - c. de snelheid waarmee het therapeutisch doel bereikt moet worden bij aanvang van en tijdens de farmacotherapie;
 - d. de manier waarop de effectiviteit en bijwerkingen te monitoren zijn, zodat ernstige situaties tijdig worden gesignaleerd.



Geïndividualiseerd medicamenteus therapiemanagement is meer dan een doseringsadvies op basis van de eGFR.

Foto: Shutterstock

Kiezen geneesmiddel

Overweeg bij patiënten met een verminderde nierfunctie een niet-renaal uitgescheiden geneesmiddel. Er zijn vaak alternatieven beschikbaar. Bijvoorbeeld bij cholesterolremmers: rosuvastatine is gecontra-indiceerd bij een ernstig verminderde nierfunctie, andere statines niet.⁶ Of bij directe anticoagulantia (DOAC): bij patiënten met een verminderde nierfunctie gaat de voorkeur uit naar apixaban.^{6,9}

Bepalen dosering

Nierfunctie en valide schatting

Ga voordat u de dosering vaststelt eerst na of er een maximaal één jaar oude nierfunctiewaarde aanwezig is en of deze een realistische weergave is van de werkelijke nierfunctie [**online kader**]. Een overschatting van de werkelijke nierfunctie kan tot een te hoge dosering en toxische effecten leiden. Andersom kan er ook sprake zijn van een onderschatting van de nierfunctie, wat kan leiden tot een onderdosering en daarmee mogelijk therapeutisch falen. Is er geen (recente) nierfunctie aanwezig en heeft een patiënt mogelijk een verminderde nierfunctie vanwege de leeftijd of comorbiditeit, dan is het raadzaam deze vóór aanvang van de farmacotherapie te bepalen. Hier kunt u niet altijd op wachten. Indien er geen veilig alternatief beschikbaar is (zie stap 1), kunt u starten met de behandeling. Zodra de nierfunctie bekend is, kunt u bekijken of u de dosering moet aanpassen.

Therapeutisch venster

Het gebied tussen de minimale effectieve dosis en de maxima-

le verdraagbare dosis noemen we het therapeutisch venster.¹⁰⁻¹²

De omvang daarvan is te berekenen door de minimale toxische plasmaconcentratie te delen door de minimale effectieve plasmaconcentratie.

In de literatuur is geen eenduidige definitie te vinden van smalle therapeutische breedte. Op basis van de beschikbare literatuur is wel een overzicht te maken van renaal uitgescheiden geneesmiddelen (of hun actieve metabolieten) die huisartsen vaak voorschrijven, met een arbitrair gekozen therapeutisch venster van 5 of kleiner [**tabel**].^{6,13} De tabel laat zien

Overweeg bij patiënten met een verminderde nierfunctie een niet-renaal uitgescheiden geneesmiddel

hoe u het farmacotherapeutisch regime het meest adequaat kunt aanpassen bij patiënten met nierschade: door de dosering aan te passen, door geneesmiddelspiegels te bepalen of door de therapeutische effecten en/of de bijwerkingen te monitoren. Van veel geneesmiddelen is geen informatie beschikbaar. Daarom moet u deze lijst [**tabel**] zien als een begin en zal deze moeten worden aangevuld zodra er meer informatie beschikbaar komt.

Snelheid bereiken therapeutisch doel

Wanneer u bij een patiënt met een verminderde nierfunctie

Tabel

Door huisartsen geregeld voorgeschreven renaal geklaarde geneesmiddelen met een smalle therapeutische breedte

Geneesmiddel	Soort advies			
	Dosisaanpassing	Bepalen van geneesmiddel-spiegels	Monitoring van therapeutisch effect (TE) en/of bijwerkingen (ADR)	Therapeutisch venster* 10,13,35-36
<i>Analgetica en antireumatica</i>				
Hydroxychloroquine			√ (ADR)	5
<i>Antibacteriële middelen</i>				
Ciprofloxacin	√		√ (ADR)	4,6
<i>Anti-epileptica</i>				
Carbamazepine		√	√ (ADR)	5
Oxcarbazepine	√		√ (TE)	4,5
Pregabalin	√		√ (ADR)	5
<i>Jichtmiddelen</i>				
Allopurinol	√		√ (ADR)	4†
<i>Antiparkinsonmiddelen</i>				
Amantadine	√		√ (ADR)	5
<i>Antipsychotica</i>				
Lithium	√	√		3,25
<i>Cardiaca</i>				
Digoxine	√	√	√ (TE, ADR)	5
Flecainide		√	√ (TE)	2,5-5
<i>Maagdarmmiddelen</i>				
Metoclopramide	√		√ (ADR)	4
<i>Diversen</i>				
Varenicline	√		√ (ADR)	2,5

De tabel geeft de meest adequate aanpassing van het farmacotherapeutisch regime bij deze geneesmiddelen bij patiënten met nierschade aan door een aanpassing in de dosering, door het meten van geneesmiddelspiegels, door het monitoren van de therapeutische effecten (TE) en/of het monitoren van de bijwerkingen (ADR).

* Het therapeutisch venster is berekend door de minimale toxische plasmaconcentratie te delen door de minimale effectieve plasmaconcentratie.

† Het therapeutisch venster is gebaseerd op informatie over de metaboliet oxipurinol.

start met de behandeling, hangt de keuze van de dosering af van de snelheid waarmee u het therapeutische effect moet bereiken. Hierbij kunnen de volgende vragen helpen:

- Wat is het risico op therapeutisch falen wanneer u met een lage dosering start?
- Wat is het risico op toxische effecten wanneer u met een normale dosering start? Om welke toxische effecten gaat het?¹⁴

CASUS 1

Een vrouw van 75 jaar heeft een blaasontsteking met koorts. In afwachting van de kweekuitslag wilt u haar ciprofloxacin voorschrijven. De meest recente nierfunctiebepaling is 30 ml/min/1,73 m².
 Stap 1: er is geen niet-renaal uitgescheiden alternatief beschikbaar.
 Stap 2a: mevrouw heeft een stabiele nierfunctie rond de 30 ml/min/1,73 m² en de eGFR wordt als valide beschouwd.
 Stap 2b: ciprofloxacin heeft een smalle therapeutische breedte.
 Stap 2c: pas vanwege stap 2b de dosering aan volgens de KNMP-richtlijn naar eenmaal daags 500 mg.⁶ Om zo snel mogelijk voldoende hoge spiegels te bereiken, kunt u overwegen om op de eerste dag de normale dosering van tweemaal daags 500 mg voor te schrijven.
 Stap 2d: de effectiviteit van ciprofloxacin is belangrijk. Neem een paar dagen na de start van de kuur contact op met mevrouw, en vraag of het antibioticum aanslaat en de eventuele bijwerkingen acceptabel zijn.

Als snel farmacologisch effect nodig is, kunt u overwegen om met de aanbevolen dosering bij een normale nierfunctie te beginnen en de dosering aan te passen afhankelijk van de bijwerkingen en/of de effectiviteit, bijvoorbeeld bij antibiotica. Wanneer het niet cruciaal is om snel een farmacologisch effect te hebben, gaat de voorkeur uit naar het *start low and go slow*-principe. Voorbeelden zijn statines en antihypertensiva. Gedurende de behandeling kan de nierfunctie van de patiënt zodanig veranderen dat het nodig is de dosis aan te passen of op een ander geneesmiddel over te stappen. Het is dus belangrijk om de nierfunctie te blijven monitoren. De doseringsadviezen bij een verminderde nierfunctie zijn samengesteld per categorie (50-80, 30-49, 10-29 en < 10 ml/min/1,73 m²).^{6,15}
 De veranderingen in de dosering zijn daardoor relatief grof, bijvoorbeeld een halvering van de dosering of verandering van een tweedaags regime in een eendaags regime [casus 1].¹⁶
 Het is aan te raden om de dosis gradueel te verlagen. Wanneer u bij een goede nierfunctie de dosering van de patiënt op 100% stelt, dan zou de dosering 30% kunnen worden bij een daling van de eGFR naar 30 ml/min/1,73 m² [casus 2].¹⁷ Rond de gewenste dosering vervolgens wel af op de beschikbare sterktes en blijf de effectiviteit en bijwerkingen monitoren.¹⁸

Monitoren van bijwerkingen en effectiviteit

De keuze van het geneesmiddel en de dosering hangen ook af van de mogelijkheden om effectiviteit en bijwerkingen te monitoren. Geneesmiddelspiegels, zoals lithium en digoxine, of laboratoriumwaarden, zoals cholesterol, HbA1c en serum-urinezuurconcentratie [casus 2], zijn concrete voorbeelden van de meting van de effectiviteit en/of bijwerkingen. Deze metingen zijn goed te volgen in de loop van de tijd, ook wanneer de nierfunctie verder afneemt. De dosering van het geneesmiddel kunt u op basis van de uitslag van de metingen aanpassen. Wanneer meten niet mogelijk is, is het belangrijk om daarover met de patiënt te overleggen. Ga daarbij na of de patiënt in staat is de effectiviteit van het geneesmiddel en/of bepaalde symptomen die duiden op bijwerkingen te herkennen, zowel bij de start van de behandeling als tijdens de behandeling. Overweeg over te stappen op een ander geneesmiddel wanneer het monitoren van de effectiviteit en/of bijwerkingen niet goed lukt of als het niet mogelijk is bijwerkingen tijdig te signaleren (zie stap 1).

HET HIS EN DE NIERFUNCTIE

Het is belangrijk om bij patiënten met chronische nierschade met een eGFR < 60 ml/min/1,73 m² in het HIS een ICPC-code aan te maken voor nierinsufficiëntie en de medicatiebewaking te activeren. Bepaal de nierfunctie bij patiënten ouder dan zeventig jaar en bij kwetsbare patiënten jonger dan zeventig jaar bij wie de nierfunctie niet bekend is of langer dan een jaar geleden bepaald is, én:

- u medicatie hebt voorgeschreven die bij een verminderde nierfunctie gecontra-indiceerd is of aanpassing behoeft, óf
- u medicatie hebt voorgeschreven waarvan bekend is dat die achteruitgang van de nierfunctie kan veroorzaken.

SAMENWERKEN MET DE APOTHEKER

Bij patiënten met ernstige nierfunctiestoornissen zijn vaak meerdere voorschrijvers betrokken. De apotheker beschikt over het meest actuele medicatieoverzicht, en weet welke interacties van belang zijn en welke invloed de nierfunctie daarop heeft. Vooral bij patiënten bij wie sprake is van polyfarmacie (en daarmee een groter risico op interacties) en multimorbiditeit wordt het voorschrijven van geneesmiddelen en het beoordelen van effectiviteit en bijwerkingen complexer. De apotheker kan deze patiënten intensiever begeleiden om bijwerkingen en mogelijke ineffectiviteit van een geneesmiddel tijdig te signaleren.

Voor een goede samenwerking is het nodig dat u en de apotheker over alle gegevens beschikken. Als huisarts bent u met toestemming van de patiënt wettelijk verplicht om een bekende afwijkende nierfunctie (< 50 ml/min/1,73 m²) door te geven aan de apotheker van de patiënt. Ook bij een nierfunctie > 50 ml/min/1,73 m² luidt het advies om de nierfunctie door te geven aan de apotheek, omdat het anders niet duidelijk is of de nierfunctie is bepaald. Geef indien nodig aan of er naar verwachting sprake is van een substantiële over- of onderschatting van de nierfunctie op basis van een sterk afwijkende

CASUS 2

Een 65-jarige man met recidiverende jichtaanvallen komt op uw spreekuur. Hij is vijf jaar geleden ingesteld op eenmaal daags 300 mg allopurinol in verband met hyperurikemie. Hij had toen een normale nierfunctie. Onlangs heeft u de nierfunctie van deze patiënt laten bepalen: 33 ml/min/1,73 m².

Stap 1: aangezien de jichtaanvallen onder controle zijn, is het niet wenselijk om van geneesmiddel te veranderen.

Stap 2a: om acute nierinsufficiëntie uit te sluiten, bepaalt u de nierfunctie binnen één week nog een keer. De nieuwe waarde is 35 ml/min/1,73 m². De eGFR wordt als valide beschouwd.

Stap 2b: allopurinol heeft een smalle therapeutische breedte.

Stap 2c: wanneer de patiënt is ingesteld op 300 mg allopurinol toen hij een nierfunctie had van 75 ml/min/1,73 m² zou u uitgaande van de nierfunctie van 33 ml/min/1,73 m² theoretisch een halvering van de dosering kunnen toepassen.

Stap 2d: het blijkt veilig en effectief om een serumurinezuurconcentratie van < 0,36 mmol/L na te streven in plaats van een dosering allopurinol te geven op basis van de nierfunctie.¹⁹⁻²⁰ Omdat de urinezuurspiegel stijgt wanneer de nierfunctie verslechtert en daardoor het risico op een jichtaanval verhoogd kan zijn, kunt u overwegen de dosis stapsgewijs te verlagen. Daarbij blijft u de effectiviteit nauwkeurig monitoren door de serumurinezuurconcentratie te meten.

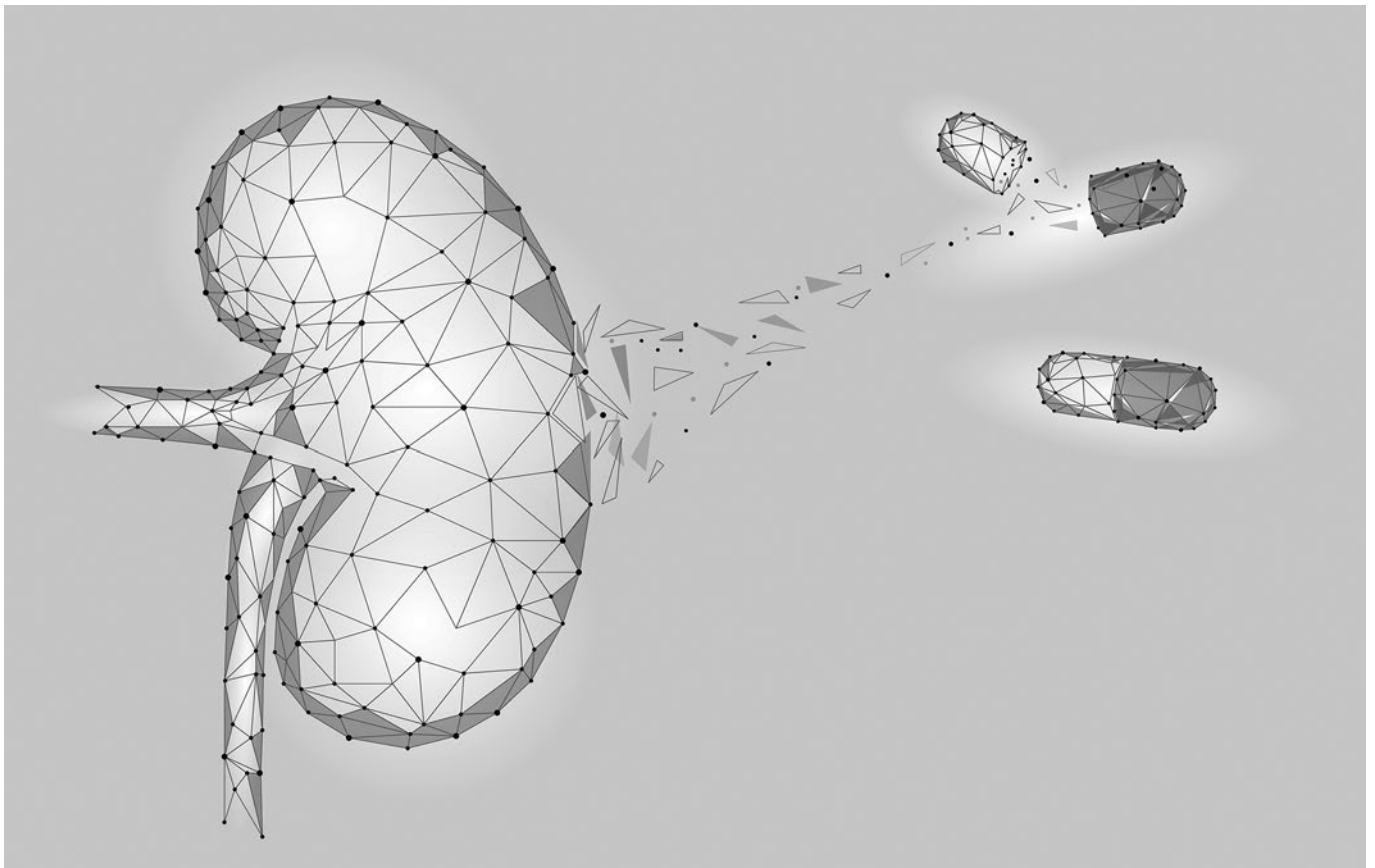
spiermassa. Maak ook hierover afspraken met de apotheker. Daarbij verdienen regionale afspraken natuurlijk de voorkeur. Met de introductie van medisch-farmaceutische beslisregels, waarbij laboratoriumwaarden zoals de eGFR een variabele zijn in de medicatiebewaking, worden de adviezen specifiek. De ernst van de verminderde nierfunctie bepaalt welk doseringsadvies van toepassing is. Het medicatiebewakingssignaal dient ter ondersteuning en de hierboven beschreven stappen blijven dan ook van belang.

CONCLUSIE

Geïndividualiseerd medicamenteus therapiemanagement is meer dan een doseringsadvies op basis van de eGFR. Het nemen van klinische beslissingen wordt bovendien bemoeilijkt door multimorbiditeit en interacties van geneesmiddelen. De eerste stap bij het voorschrijven aan een patiënt met een (vermoeden op een) verminderde nierfunctie is de keuze voor het veiligste en even effectieve geneesmiddel. Kiest u voor een renaal uitge-

Als huisarts bent u wettelijk verplicht om een bekende afwijkende nierfunctie door te geven aan de apotheker van de patiënt

scheiden geneesmiddel, dan moet u nagaan hoe betrouwbaar de eGFR is. Kijk voor het bepalen van de dosering ook naar het therapeutisch venster en de snelheid waarmee u het doel van de farmacotherapie moet bereiken. Deze overwegingen blijven ook van belang bij chronische farmacotherapie. Hoe smaller het therapeutisch venster van een geneesmiddel, des te belangrijker patiëntkarakteristieken worden en hoe minder bevredigend grove doseringsaanbevelingen zijn.^{16,21} Monitoring van bijwerkingen



Een overschatting van de werkelijke nierfunctie kan tot toxische effecten leiden.

Foto: iStock

en de effectiviteit na de start van en gedurende de behandeling is belangrijk en mag niet ontbreken in goed geïndividualiseerd medicamenteus therapiemanagement. Om dit te realiseren zijn samenwerking met apothekers en adequaat gebruik van de mogelijkheden van het HIS onontbeerlijk. ■

LITERATUUR

1. Helldén A, Bergman U, Von Euler M, Hentschke M, Odar-Cederlof I, Ohlen G. Adverse drug reactions and impaired renal function in elderly patients admitted to the emergency department: a retrospective study. *Drugs Aging* 2009;26:595-606.
2. Leendertse AJ, Van Dijk EA, De Smet PA, Egberts TC, Van den Bemt PM. Contribution of renal impairment to potentially preventable medication-related hospital admissions. *Ann Pharmacother* 2010;46:625-33.
3. NHG-werkgroep Chronische nierschade. NHG-Standaard Chronische nierschade. *Huisarts Wet* 2018;61(4):50-60.

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



Lees ook het artikel 'Milde tot matige nierschade' van Carola van Dipten en collega's. *Huisarts Wet* 2019;62(2):17-23. DOI:10.1007/s12445-018-0399-2.

Eppenga WL, Kramers C, Derijks HJ, Wensing M, Wetzels JFM, De Smet PAGM. Farmacotherapie bij patiënten met een verminderde nierfunctie. *Huisarts Wet* 2019;62(2):46-52. DOI:10.1007/s12445-018-0402-y.

Radboudumc, IQ healthcare, Nijmegen: dr. W.L. Eppenga, ziekenhuisapotheker, willemin@eppenga.nl; prof.dr. M. Wensing, hoogleraar gezondheidszorgonderzoek; prof.dr. P.A.G.M. de Smet, bijzonder hoogleraar Kwaliteit van de farmaceutische patiëntenzorg. Radboudumc, afdeling Interne Geneeskunde, Nijmegen: prof.dr. C. Kramers, internist, klinisch farmacoloog. ZANOBO apotheek, 's-Hertogenbosch: dr. H.J. Derijks, ziekenhuisapotheker, klinisch farmacoloog. Radboudumc, afdeling Farmacie, Nijmegen: dr. H.J. Derijks, klinisch onderzoeker; prof.dr. P.A.G.M. de Smet, bijzonder hoogleraar Kwaliteit van de farmaceutische patiëntenzorg. Radboudumc, afdeling Nierziekten, Nijmegen: prof.dr. J.F.M. Wetzels, nefroloog. Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, afdeling Klinische farmacie, Nijmegen: prof.dr. C. Kramers, internist, klinisch farmacoloog; dr. W.L. Eppenga, ICT-apotheker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van: Eppenga WL, Kramers C, Derijks HJ, Wensing M, Wetzels JF, De Smet PA. Drug therapy management in patients with renal impairment: how to use creatinine-based formulas in clinical practice. *Eur J Clin Pharmacol* 2016;72:1433-9. Publicatie gebeurt met toestemming.

HPV-infectie en vaccinatie

1. Welk percentage van de bevolking raakt tijdens het actieve seksuele leven besmet met één of meer subtypes van het humaan papilloma virus (HPV)?
 - a. 40%
 - b. 60%
 - c. 80%
2. In 80% van de gevallen wordt een HPV-infectie door het lichaam geklaard. Gemiddeld duurt dit één tot twee jaar. In 10 tot 20% van de gevallen is er sprake van een persisterende infectie. Welk percentage hiervan ontwikkelt zich in de jaren daarna tot cervixcarcinoom?
 - a. 1 tot 2%
 - b. 5 tot 10%
 - c. 15 tot 20%
3. Van een aantal factoren is bekend dat het, bij aanwezigheid van HPV, de kans op het ontwikkelen van cervixcarcinoom vergroot, zoals gebruik van orale anticonceptiva. Van welke onderstaande factoren is daarnaast een sterke invloed bekend?
 - a. Alcoholgebruik
 - b. Overgewicht
 - c. Roken
4. HPV is sterk geassocieerd met cervixcarcinoom. Met welke vorm van kanker is HPV nog meer sterk geassocieerd?
 - a. Anuscarcinoom
 - b. Keelcarcinoom
 - c. Peniscarcinoom
 - d. Vulvacarcinoom
5. Valerie, 17 jaar, komt op het spreekuur met een vraag over anticonceptie. Ze blijkt al een aantal keer onbeschermd te hebben geveeën. Tijdens het consult brengt de huisarts vaccinatie tegen HPV ter sprake. Valerie vraagt of een eventuele bestaande HPV-infectie ook sneller verdwijnt door vaccinatie. Welk antwoord is correct?
 - a. Ja
 - b. Nee
6. Valerie vraagt ook of vrijen met een condoom beschermt tegen besmetting met het HPV-virus. Welk antwoord is juist?
 - a. Ja, dit biedt volledige bescherming.
 - b. Nee, dit biedt geen volledige bescherming.
7. Aios en opleider bespreken het actief aanbieden van het HPV-vaccin aan ongevaccineerden tijdens het soa-consult. De aios vraagt zich af hoe effectief het is om te vaccineren tijdens de seksueel actieve periode, ten opzichte van vaccineren vóór de seksarche. Welk antwoord is correct?
 - a. Dit is net zo effectief.
 - b. Dit is minder effectief.
 - c. Dit is niet effectief.
8. Moeder komt met Anna, 16 jaar, op het spreekuur. Moeder heeft destijds besloten Anna niet te laten vaccineren tegen HPV, maar Anna heeft nu aangegeven toch ingeënt te willen worden. Ze is seksueel actief. Moeder heeft gelezen dat de vaccinatie bij 13 jaar bestaat uit twee prikken, met een half jaar ertussen. Geldt dit ook voor Anna?
 - a. Ja, dit geldt voor iedereen die zich laat vaccineren, ongeacht de leeftijd en seksuele status.
 - b. Nee, Anna krijgt drie vaccinaties omdat ze seksueel actief is.
 - c. Nee, Anna krijgt drie vaccinaties omdat ze ouder is dan 15 jaar.



Foto: Hollandse Hoogte

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

GEBRUIKTE BRONNEN

Nouwens J, Teunissen D, Lagro-Janssen T. Wat de huisarts moet weten over de HPV-vaccinatie. Huisarts Wet 2019;62(2):38-41. DOI: 10.1007/s12445-018-0400-0.
 Thuisarts.nl. Mijn dochter heeft <https://www.thuisarts.nl/hpv-inenting/mijn-dochter-heeft-uitnodiging-gekregeen-voor-hpv-prikken>.
 RIVM - <https://rijksvaccinatieprogramma.nl/vaccinaties/hpv>.
<https://www.thuisarts.nl/hpv-inenting/mijn-dochter-heeft-uitnodiging-gekregeen-voor-hpv-prikken>.

ANTWOODEN

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

Ivermectine of permethrine bij scabiës

Marcel Slockers

Voor de behandeling van scabiës blijkt er weinig verschil in effectiviteit tussen ivermectine en permethrine, zo blijkt uit een Cochrane-review. Alleen permethrine wordt vergoed uit het basispakket. Preventie van scabiës door hygiënemaatregelen en armoedebestrijding verdient meer aandacht.

Scabiës is een parasitaire infectie van de huid die intense jeuk geeft. Scabiës is wereldwijd verspreid, maar komt vooral voor in gebieden waar veel mensen bij elkaar wonen onder slechte hygiënische omstandigheden.

De auteurs van deze Cochrane-review bestudeerden de veiligheid en effectiviteit van permethrinezalf en ivermectine lokaal en ivermectine oraal bij patiënten van alle leeftijden.¹ De auteurs selecteerden 15 onderzoeken, met in totaal 1896 patiënten. Bijna alle onderzoeken werden gedaan in Zuid-Azië en Noord-Afrika. Primaire uitkomstmaat was complete verdwijning van scabiës. Secundaire uitkomstmaten waren het aantal patiënten dat opnieuw moest worden behandeld en bijwerkingen.

Oraal ivermectine zou mogelijk na een week een fractie minder werkzaam zijn dan permethrinecrème. Na twee weken is er vrijwel geen verschil. Behandelingen van scabiës door vaker (tot drie maal) smeren of slikken geeft weinig of geen verschil na vier weken.

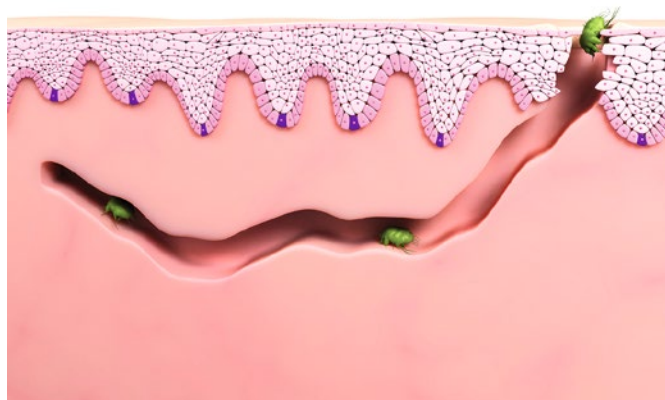
Het lijkt niet uit te maken of ivermectine oraal of lokaal wordt aangebracht en of de dosering na een of vier weken verandert. Tijdens de onderzoeken stopte niemand met de behandeling vanwege bijwerkingen. De eerste weken geven beide middelen evenveel bijwerkingen. Na vier weken lijkt ivermectine wat meer bijwerkingen te hebben.

MEER RISICO OP SCABIËS

Huisartsen die mensen zien met intensieve jeuk moeten aan scabiës denken. Met name de jeuk die zich 's nachts voordoet is verdacht. Door veranderd reis- en bedgedrag hebben veel meer Nederlanders risico op scabiës. Alarmerende nieuwsberichten dat het in verpleeghuizen en kinderafdelingen voorkomt laten zien dat vooral kwetsbaren het slachtoffer zijn. Scabiëspreventie betekent dat we ook onze jeugd primaire hygiëne moeten aanleren. Ook in studentenhuizen moeten lakens regelmatig gewassen worden!

Scabiës kenmerkt zich door gangetjes in de huid. Als straatdokter zie ik vooral mensen met grote striemen op de rug die door de scabiës zijn te verklaren. Helaas is er vaak *patient en doctors delay* bij het stellen van de diagnose.

Bij daklozen die cocaïne gebruiken komt vaak onbedaarlijke jeuk voor als bijwerking van het cocaïnegebruik. Behandeling met permethrine of ivermectine helpt daar niet voor; stoppen met cocaïne wel.²



Denk bij patiënten met intensieve jeuk aan scabiës.

Foto: ANP

Bij de behandeling van scabiës zijn niet-medicamenteuze maatregelen het belangrijkste. Kleren en beddengoed moeten tenminste op 60 graden gewassen worden. Wat niet gewassen kan worden moet drie dagen op een koele plaats in een afgesloten plastic zak worden opgeborgen. Dit geldt ook voor jas, dekbed en dekens. Een matras moet omgedraaid worden. Alle gezinsleden en intieme contacten zoals bedgenoten moeten meebehandeld worden.

Lokaal ivermectine heeft in het Farmacologisch Kompas alleen een indicatie voor rosacea. In Nederland gebruiken we lokaal permethrinezalf. Elk plekje van de patiënt moet ingesmeerd worden, niet alleen de jeukplekken: van kinrand tot voetzool. Vooral tussen vingers en bij huidplooien moet goed ingesmeerd worden, waar de scabiës het makkelijkst groeit. Kiezen voor oraal ivermectine omdat dit makkelijker is ontslaat ons niet van de plicht er op toe te zien dat hygiënemaatregelen zoals schone kleren worden toegepast. Alleen permethrine wordt vergoed uit het basispakket.

Bij kwetsbaren is hulp door verpleegkundig personeel bij het insmeren en organiseren van hygiëne van belang. De GGD kan behulpzaam zijn. Scabiës is geen aangifteplichtige ziekte meer; bij een epidemie moet de GGD wel worden gewaarschuwd. Bij veel ziekten geldt dat bestrijden van armoede een belangrijke stap is bij de preventie; door betere nachtopvang aan te bieden zien we als straatdokter in Rotterdam minder kleeerluis en scabiës. ■

LITERATUUR

1. Rosumeck S, Nast A, Dressler C. Ivermectin and permethrin for treating scabies. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;4:CD012994.
2. Slockers M, Van Laere I, Van den Muijsenbergh M. Gezondheidsproblemen bij daklozen. *Huisarts Wet* 2017;60:360-3.

Slockers M. Behandeling van scabiës met ivermectine of permethrine. *Huisarts Wet* 2019;62(2):54. DOI: 10.1007/s-12445-019-0005-2.
Gezondheidscentrum DWL-de Esch: M. Slockers, huisarts-straattedokter (tevens tehuis voor daklozen CVD Havenzicht, Rotterdam), slockers@knmg.nl.
Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Streefwaarden bij behandeling hypertensie

Tjerk Wiersma

Verhoogde bloeddruk is een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten. Vooral mensen die reeds bekend zijn met een hartvaatziekte hebben een verhoogd risico. De meest gehanteerde streefwaarde bij behandeling van verhoogde bloeddruk is 140/90 mmHg. In een Cochrane-review werd onderzocht of mensen die al een hart- of vaatziekte hebben gehad beter af zouden zijn als hun bloeddruk nog verder wordt verlaagd.

De reviewers selecteerden randomized controlled trials bij patiënten met hypertensie waarin werd onderzocht of bloeddrukwaarden $\leq 135/85$ mmHg gepaard gaan met een lagere mortaliteit en morbiditeit dan de gebruikelijke streefwaarden (≤ 140 tot 160 mmHg systolisch en 90 tot 100 mmHg diastolisch). In de trials waren (sub)groepen geïncludeerd die bekend zijn met een hartinfarct, angina pectoris, beroerte of perifeer arterieel vaatlijden. Om voor selectie in aanmerking te komen, moesten de trials ten minste 50 van dergelijke patiënten per groep bevatten en moest de duur van de follow-up ten minste 6 maanden bedragen.

De auteurs includeerden 6 trials waarin in totaal 9484 patiënten aan deze criteria voldeden. De gemiddelde duur van de follow-up bedroeg 3,7 jaar (spreiding 1,0 tot 4,7 jaar). Alle trials verstrekten individuele patiëntendata.

De bereikte bloeddrukwaarden waren in de intensief behandelde groepen 8,9/4,5 mmHg lager dan in de minder intensief behandelde groepen. De intensief behandelde groepen hadden

gemiddeld meer antihypertensiva nodig (2,4 versus 1,9), maar de streefwaarden werden in deze groepen minder vaak gehaald. Er bleek geen verschil in totale mortaliteit (RR 1,06; 95% BI 0,91 tot 1,23) of cardiovasculaire mortaliteit (RR 1,03; 95% BI 0,82 tot 1,29). Evenmin kon een verschil in het totale aantal cardiovasculaire incidenten worden aangetoond (RR 0,89; 95% BI 0,80 tot 1,00). Ernstige bijwerkingen kwamen in de intensief behandelde groepen niet frequenter voor (RR 1,01; 95% BI 0,94 tot 1,08). Wel was er meer uitval vanwege bijwerkingen in de intensief behandelde groepen (RR 8,16; 95% BI 2,06 tot 32,28).

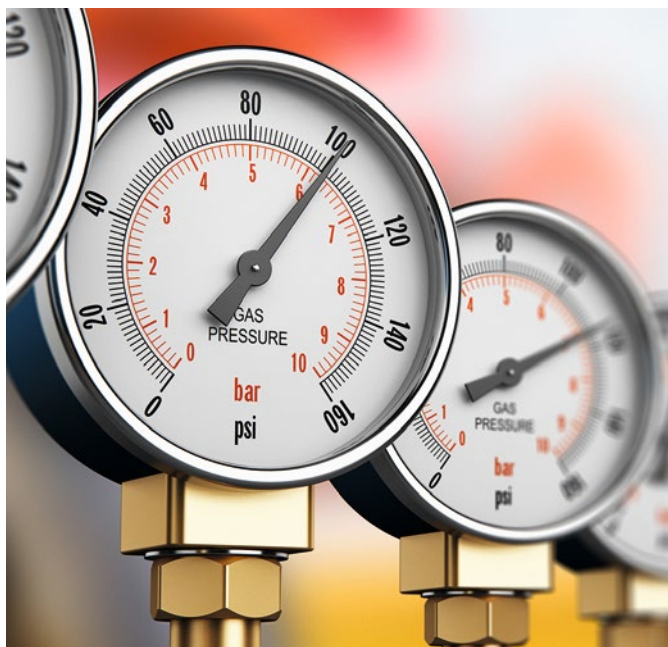
De kwaliteit van het bewijs wordt door de auteurs als matig tot laag gekwalificeerd, vooral vanwege gebrek aan precisie. Het ontbreken van duidelijke verschillen zou het gevolg kunnen zijn van het feit dat de streefwaarde in de intensief behandelde groepen in de helft van de trials feitelijk niet gehaald werd. Dit wijst erop dat het moeilijk is de interventie daadwerkelijk uit te voeren, hetgeen ook vaak aan de orde is in de dagelijkse praktijk.

140 MMHG BLIJFT GOED

Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat de kans op hart- en vaatziekten vanaf bloeddrukwaarden van 115/70 mmHg met iedere toename van de systolische waarde met 20 mmHg en de diastolische waarde met 10 mmHg ongeveer verdubbelt. Dit gegeven suggereert dat met verlaging van de streefwaarde van 140/90 naar 120/80 de kans op hart- en vaatziekte zou kunnen worden gehalveerd. In deze review kon dit niet worden bevestigd. De auteurs van de review menen dat het pleit hiermee nog niet is beslecht en dat enkele nog lopende trials het beeld mogelijk kunnen veranderen. De kans hierop is klein, gezien het ontbreken van een duidelijke trend ten faveure van intensieve behandeling tot dusverre (bij een deel van de uitkomstmaten ligt de puntschatting van het effect immers boven de 1,00). Voorts blijkt de praktische haalbaarheid van lage streefwaarden op problemen te stuiten. Al met al kan de streefwaarde bij behandeling van verhoogde bloeddruk ook bij mensen die reeds bekend zijn met hartvaatziekten voorlopig gewoon 140 mmHg blijven. ■

LITERATUUR

1. Saiz LC, Gorricho J, Garjón J, Celaya MC, Erviti J, Leache L. Blood pressure targets for the treatment of people with hypertension and cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev 2018;7:CD010315.



Lagere streefwaarden bij hypertensie hadden geen effect op de mortaliteit of op cardiovasculaire incidenten.

Foto: Shutterstock

Wiersma Tj. Streefwaarden bij behandeling hypertensie. Huisarts Wet 2019;62[2]:55. DOI:10.1007/s12445-019-0006-1. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. Tj. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker, t.wiersma@nhg.org. Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De beste behandelstrategie bij kinderen met allergische rinitis

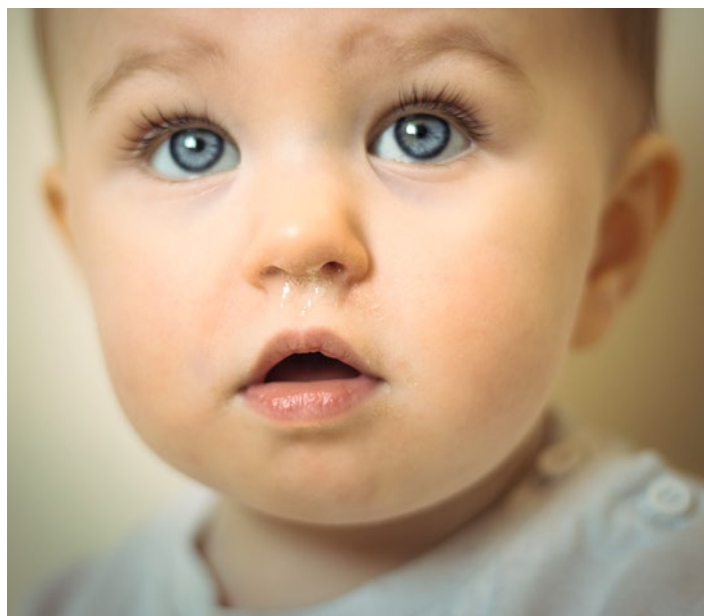
Ellen Tameeris

Allergische rinitis bij kinderen is een veel voorkomende klacht in de huisartsenpraktijk. De prevalentie is 48,7 per 1000 patiënten; de schatting in de algehele bevolking ligt tussen de 23 en 30%.¹ Veel patiënten houden ondanks therapie klachten gedurende het hooikoortsseizoen. Vaak kiest de patiënt voor intermitterende behandeling.³ Om deze redenen is een onderzoek gestart naar het effect van allergische rinitis en verschillende behandelwijzen op de kwaliteit van leven bij kinderen.

De NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rinitis adviseert als eerstelijnsbehandeling van milde of intermitterende allergische rinitis prikkelvermijding en continu gebruik van een antihistaminicum of nasale corticosteroïden gedurende het pollenseizoen.¹ Veel patiënten gebruiken de medicatie echter intermitterend en alleen bij klachten. Uit de literatuur blijkt dat er een associatie is tussen allergische rinitis en depressie. Het is onduidelijk of dit gerelateerd is aan onderbehandeling.⁴ In een eerdere randomized controlled trial (RCT) is het effect van continu gebruik van intranasale steroïden bij kinderen met allergische rinitis vergeleken met zo nodig gebruik. Uit dit onderzoek bleek dat een symptomatische (intermitterende) behandeling met corticosteroïden bij kinderen niet inferieur is aan een continue behandeling.⁵

In deze onderzoekspopulatie onderzoeken we welk middel het snelst klachtenverlichting geeft bij een acute stijging van de pollenconcentratie in de lucht. Dat doen we door pollentellingen en symptoomlast vastgelegd in dagboeken te analyseren. Tevens kijken we wat het effect is van de in de RCT onderzochte behandelmethoden op de kwaliteit van leven en welke behandeling de voorkeur heeft van patiënten.

Door de patiëntvoorkeuren en impact van allergische rinitis op het leven van patiënten beter in kaart te brengen, kan de behandeling van allergische rinitis beter worden aangepast op de patiënt. We verwachten dat dit zal leiden tot verbeterde uitkomsten van de behandeling. Resultaten van dit onderzoek verwachten we in 2020. ■



We onderzoeken welk middel het snelst klachtenverlichting geeft bij allergische rinitis bij kinderen.

Foto: Shutterstock

LITERATUUR

1. Sachs APE, Berger MY, Lucassen P, Van der Wal J, Van Balen JAM, Verduijn MM. NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rhinitis. Utrecht: NHG, 2018. www.nhg.org
2. Meltzer EO, Bukstein DA. The economic impact of allergic rhinitis and current guidelines for treatment. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2011;106(2 Suppl):S12-6.
3. Roditi RE, Ishman S, Lee S, Lin S, Shin JJ. Medications for Allergic Rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2017;156(1):70-80.
4. Lu Z, Chen L, Xu S, Bao Q, Ma Y, Guo L, et al. Allergic disorders and risk of depression: a systematic review and meta-analysis of 51 large-scale studies. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018;120:310-7.
5. Wartna JB, Bohnen AM, Elshout G, Pijnenburg MW, Pols DH, Gerth van Wijk RR, et al. Symptomatic treatment of pollen-related allergic rhinoconjunctivitis in children: randomized controlled trial. *Allergy* 2017;72(4):636-44.

Tameeris E. De beste behandelstrategie bij kinderen met allergische rinitis. *Huisarts Wet* 2019;62:56. DOI: 10.1007/s-12445-019-0007-0. Erasmus MC, Rotterdam: Ellen Tameeris, aioto, e.tameeris@erasmusmc.nl. Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

Onvoldoende bewijs dat vitamine D bij moeheid helpt

Eline Groenland, Remy Bemelmans, Saskia van Vugt, Jan Westerink

Moeheid is een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk.¹ Een relatie tussen vitamine D-deficiëntie en moeheidsklachten wordt regelmatig gesuggereerd in lekenliteratuur, op internet en door uw vermoeide patiënten.²⁻⁴ De Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek vermeldt in het hoofdstuk over vitamine D-deficiëntie dat moeheid geen indicatie is voor spiegelbepaling of suppletie van vitamine D.⁵ Deze CAT komt tot dezelfde conclusie.

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

Wij zochten in PubMed naar prospectieve cohortonderzoeken en klinische trials over vitamine D-suppletie bij patiënten met moeheidsklachten middels de volgende zoektermen: ("Vitamin D") AND ("Fatigue" OR "Lassitude" OR "Tiredness" OR "Weakness" OR "Weariness"). Dit leverde 668 artikelen op, waaronder 1 prospectief onderzoek en 2 gerandomiseerde klinische trials.⁶⁻⁸

Een Amerikaans prospectief onderzoek uit 2014 bekeek het effect van 5 weken ongecontroleerde behandeling met oraal 50.000 IE vitamine D 3 keer per week bij 132 gezonde volwassenen met moeheid en een vitamine D-spiegel < 75 nmol/l in de tweede lijn.⁷ Er werd een significante reductie in mediane moeheidsscore geconstateerd (van 32 (14 tot 54) naar 11 (2 tot 28); $p < 0,001$).^{7,9}

In 2015 is in het Verenigd Koninkrijk een RCT uitgevoerd in de tweede lijn bij 50 patiënten met het Chronisch Vermoeidheidssyndroom en vitamine D-deficiëntie (spiegel < 75 nmol/l). Dit dubbelblinde onderzoek bekeek het effect van orale behandeling met tweemaaldaags 100.000 IE vitamine D versus placebo gedurende 6 maanden op moeheidsklachten.⁶ De onderzoekers maten geen significant verschil in moeheidsscore tussen beide groepen.¹⁰

Een Zwitserse dubbelblinde RCT uit 2016 onder 120 gezonde volwassenen met moeheid en vitamine D-deficiëntie (spiegel < 50 nmol/l) bekeek het effect van een eenmalige dosis van 100.000 IE vitamine D versus placebo op moeheid.⁸ Na vier weken werd een significante, maar niet klinisch relevante vermindering van de gemiddelde score gezien in de vitamine D-groep vergeleken met placebo (-3 ± 5 versus $-0,8 \pm 5$; $p = 0,01$).¹¹⁻¹²

BESCHOUWING

De beschreven onderzoeken hebben een aantal beperkingen. Zo maakt het ongecontroleerde karakter van het Amerikaanse prospectieve onderzoek de uitkomsten gevoelig voor een aanzienlijk placebo-effect, waardoor we aan het resultaat van dit onderzoek het minst belang hechten.⁷ Van de twee gerandomiseerde gecontroleerde trials, waar dit effect niet speelt, laat het Zwitserse onderzoek een statistisch significant



Vitamine D-bepaling bij moeheid heeft weinig zin.

Foto: Shutterstock

effect zien, maar geen klinisch relevante verbetering.⁸ Eerder onderzoek liet zien dat een daling van minimaal 4 punten op de FAS pas klinisch relevant genoemd mag worden.¹² In dit onderzoek werd slechts een gemiddelde daling van 3 punten gevonden.

Verder betreft het twee onderzoeken met korte follow-upperiodes van vier en vijf weken, terwijl het onderzoek met een langere follow-upperiode van zes maanden geen significant effect laat zien. Helaas zijn de afkappunten voor vitamine D-deficiëntie in de onderzoeken veel hoger dan in het advies van de Gezondheidsraad (< 30 nmol/l). Omdat er in de onderzoeken geen subgroepanalyses van patiënten voldoen aan de Nederlandse definitie van vitamine D-deficiëntie, zijn de resultaten niet direct te vertalen.

CONCLUSIE EN AANBEVELING

Op dit moment is er onvoldoende bewijs voor het suppleren van vitamine D bij patiënten met moeheid en vitamine D-deficiëntie. Wanneer een patiënt met moeheid vraagt om vitamine D-spiegelbepaling kunt u uitleggen dat bij een tekort het niet bewezen is dat suppletie leidt tot afname van moeheid. ■

LITERATUUR

1. Kroenke K, Wood DR, Mangelsdorff AD, Meier NJ, Powell JB. Chronic fatigue in primary care. Prevalence, patient characteristics, and outcome. JAMA 1988;260(7):929-34.
2. McCarty DE. Resolution of hypersomnia following identification and treatment of vitamin D deficiency. J Clin Sleep Med 2010;6(6):605-8.

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

Groenland E, Bemelmans R, Van Vugt S, Westerink J. Onvoldoende bewijs dat vitamine D bij moeheid helpt. Huisarts Wet 2019;62[2]:57. DOI:10.1007/s12445-018-0401-z.

Ziekenhuis Gelderse Vallei, afdeling Interne geneeskunde, Ede: E. Groenland, arts-assistent interne geneeskunde, GroenlandE@gzv.nl; R. Bemelmans, internist-vasculair geneeskundige; Julius centrum, Universitair Medisch Centrum Utrecht, afdeling Huisartsgeneeskunde, Utrecht: S. van Vugt; Universitair Medisch Centrum Utrecht, afdeling Vasculaire geneeskunde, Utrecht: J. Westerink. Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Dit is een CAT, critically appraised topic, waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

Discussie behandeling bekkengordelpijn

Bij het artikel 'Serie therapie van alledaagse klachten: Behandeling van bekkengordelpijn' van Tjeerd de Jongh en Geerte Pol [Huisarts Wet 2018;61(12):52-3] verschenen op www.henw.org deze reacties.

De Jongh en Pol zijn in hun artikel terughoudend met het gebruik van een bekkenband omdat "...het nut daarvan in de meeste onderzoeken niet kon worden aangetoond." Ze verwijzen daarbij naar acht publicaties die deels niet gaan over bekkenbanden en deels verwijzen naar elkaar. Naar mijn weten zijn er vijf vergelijkende onderzoeken gedaan.¹⁻⁵ Vier hiervan worden gebruikt in de review van Gutke en collega's. Zij concluderen: "...the evidence was strong for positive effects of pelvic belts."⁶ Twee van de vijf onderzoeken laten zien dat de bekkenband waarschijnlijk geen effect heeft bij patiënten met anterieure bekkenpijn.^{1,3}

De Jongh en Pol zijn juist wel enthousiast over het gebruik van een bekkenband bij anterieure bekkenpijn. Zij verwijzen daarbij naar een beschrijving van één patiënt met een ernstige anterieure bekkenpijn. Het kan toch niet zo zijn dat de keiharde uitspraak van De Jong en Pol gebaseerd is op het verloop van één patiënt?

Het gevaar van het citeren van richtlijnen en reviews, zonder de bronnen te checken wordt geïllustreerd met de cascade aan citaties die begint bij de KNGF-richtlijn. Daarin staat: "Het is niet aannemelijk dat het dragen van een bekkenband tijdens de zwangerschap leidt tot het verminderen van pijn." Zij verwijzen daarbij naar vijf publicaties die absoluut niet gaan over het gebruik van bekkenbanden. De NHG-Standaard Zwangerschap en kraambed neemt dit standpunt over en de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn verwijst daar weer naar. De uitspraak van het KNGF is nergens op gebaseerd en sleept daarmee het standpunt van twee NHG-Standaarden mee.

Ik nodig u uit om uw referenties en de oorspronkelijke onderzoeken nog eens door te lezen en met Gutke en collega's tot



de conclusie te komen dat er sterk bewijs is voor een positief effect van bekkenbanden bij (posterieure) zwangerschap gerelateerde bekkengordelpijn. ■

Jan Mens

LITERATUUR

1. Bertuit J, Van Lint CE, Rooze M, Feipel V. Pregnancy and pelvic girdle pain: Analysis of pelvic belt on pain. J Clin Nurs 2018;27(1-2):e129-37. DOI: 10.1111/jocn.13888.

De volledige literatuurlijst staat bij deze reactie op www.henw.org.

REACTIE AUTEURS

Ik ben het met collega Mens eens dat de recentste literatuur een positiever beeld geeft van het gebruik van bekkenbanden dan in het verleden in richtlijnen en boeken is beschreven.¹⁻⁴ Het is wel opvallend dat in deze literatuur alleen sprake is van gebruik tijdens de zwangerschap. Mogelijk is het gebruik postpartum niet zinvol. De KNGF-richtlijn stelt: "Een aantal vrouwen geeft aan baat te hebben bij het gebruik van een bekkenband tijdens de zwangerschap. Na de bevalling wordt het gebruik van een bekkenband nadrukkelijk afgeraden en afgebouwd."⁴ Waarschijnlijk is het beter om de zinsnede is ons artikel over de bekkenband te wijzigen in: "Het gebruik van een bekkenband wordt op proef aangeraden in de zwangerschap, aan het nut ervan na de bevalling wordt getwijfeld."

Symfyliolyse is een zeldzame aandoening bij bekkengordelpijn. Niet alleen Lasbleiz en collega's, maar ook anderen vinden een bekkenband hierbij zinvol: "Conservative treatment with a pelvic brace is the gold standard in pre- and postpartum cases of symphysis dysfunction."^{5,6}

Tjeerd de Jongh

Literatuur

1. Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraambedperiode [Tweede herziening]. Utrecht: NHG, 2012. www.nhg.org

De volledige literatuurlijst staat bij deze reactie op www.henw.org.

HET PILLENPROBLEEM IS OVERAL

Dick Bijl. Het pillenprobleem. Waarom zoveel mensen medicijnen gebruiken die niet werken en niet helpen. Amsterdam: University Press BC, 2018. 211 pagina's. ISBN 9789462985322. Prijs € 14,99.



Dit vlot leesbare boek gaat over de werkwijze van de farmaceutische industrie en de ontwikkeling en toelating van medicijnen tot de markt. Het is bedoeld voor artsen, patiënten en journalisten.

Dick Bijl beschrijft zijn zienswijze op 'de ontspoorde medicijnenindustrie aan wier producten jaarlijks honderdduizenden mensen in de Europese Unie en Noord-Amerika onnodig

sterven.' Hij tracht de complexe materie begrijpelijk weer te geven en onderbouwt zijn zienswijze met herkenbare, zij het eenzijdig belichte voorbeelden, maar dat doet aan de boodschap niets af.

Zo vindt Bijl de NHG-Standaard Anticonceptie een goede richtlijn, omdat de tweede generatie anticonceptiepil daarin pil van eerste keuze is. Kritischer is hij over de NHG-Stan-

daard Depressie: wanneer een patiënt om een antidepressivum vraagt, kan dat een indicatie zijn om het voor te schrijven en dat vindt hij onjuist. Hij is ook kritisch over de NHG-Standaard ADHD, omdat deze in navolging van de multidisciplinaire richtlijn ADHD volgens hem te ruimhartig medicamenteuze therapie aanbeveelt. Volgens Bijl is deze aanbeveling gebaseerd op onderzoek van de Amerikaanse psychiater Biederman, die inmiddels door Harvard University is veroordeeld wegens belangenverstrengeling.

Bijl merkt op dat artsen zijn opgeleid om diagnoses te stellen en vrijwel niet in staat zijn om de valkuilen van medicijnonderzoek te doorgronden. Datzelfde geldt voor richtlijnmakers en 'misschien nog wel in sterkere mate omdat hun belangenconflicten hen het zicht op effectief interpreteren van onderzoeksresultaten belemmeren.' Bij het NHG staat onafhankelijkheid hoog in het vaandel. Alle werkgroepleden vullen een belangenverklaring in en als de schijn van belangenverstrengeling niet kan worden weggenomen, worden er maatregelen getroffen. Daar zouden we als NHG meer transparant en expliciet over kunnen zijn.

Dit boek laat het belang zien van deze onafhankelijkheid en hoe belangrijk het uitgangspunt 'in dubio abstine' in de dagelijkse praktijk nog altijd is. Bewustzijn en oplettendheid blijft belangrijk, ook bij geneesmiddelreclames die naar NHG-Standaarden verwijzen of deze vergezellen. ■

Monique Verduijn

WAARDERING: ●●●●●

Uw diagnose

Een 10-jarig meisje heeft sinds enkele weken multipale pukkels in het gezicht. Ze jeuken een beetje en breiden zich steeds verder uit.

Wat is uw diagnose?

1. Molluscum contagiosum
2. Pustulose
3. Folliculitis
4. Acne

Kijk voor het goede antwoord op www.henw.org en op pagina 62.



Foto: Bèr Pleumeekers, huisarts

Foto's gezocht

Ziet u ook een bijzondere aandoening op het spreekuur? Denk dan aan de fotoquiz Uw diagnose van H&W. Maak er een goede en scherpe foto van (of meerdere), liefst

staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb), met een duidelijke diagnose. Mail uw bijdrage naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'Uw diagnose'.

PLEIDOOI VOOR SAMENWERKING HUISARTSEN EN GGD'EN

Paul van der Velpen. Het preventie-ultimatum. Amsterdam: SWP, 2018. 168 pagina's. ISBN 9789088508004. Prijs € 24,90.



Preventie is nodig om de gezondheid van burgers te bevorderen en de zorgkosten te beteugelen. Het komende Nationaal Preventieakkoord van het ministerie van VWS en diverse andere partijen, waaronder zorgaanbieders en gemeenten, legt vast hoe die partijen gezamenlijk gezondheidsproblemen (roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik) willen aanpakken. Volgens oud GGD-

directeur Van der Velpen is het de morele plicht van al deze partijen om de gezondheid van burgers te beschermen.

In tien hoofdstukken doet Van der Velpen vanuit zijn ruime ervaring in de publieke gezondheidszorg een handreiking aan verschillende disciplines en organisaties om preventie vorm te geven: onderwijs, bedrijfsleven, eerste lijn en gemeenten. De conclusie van het hoofdstuk over zorg en preventie in de eerste lijn is 'dat huisartsen bereid zijn meer aan preventie te doen mits zij hiertoe financieel en logistiek in staat worden gesteld en er voldoende bewijs is dat preventie werkt.' Met verwijzing naar de Toekomstvisie Huisartsenzorg van LHV en NHG en het project Preventie in de buurt van RIVM en NHG ziet hij mogelijkheden voor samenwerken in de wijk op terreinen als roken, bewegen, voeding en ontspanning. Gemeenten en GGD'en zouden bijvoorbeeld een wijkscan en sociale kaart voor huisartsen kunnen maken. Huisartsen zijn in de positie om hun patiënten te adviseren over leefstijl, en zo nodig te verwijzen naar de beschikbare lokale preventieprogramma's. In de epiloog bepleit Van der Velpen een meer integrale aanpak en schetst hij zeven landelijke programma's waarmee we de belangrijkste gezondheidsrisico's van de Nederlandse bevolking kunnen aanpakken. Bij een groot deel hiervan kan de huisarts een rol spelen en de GGD heeft een belangrijke taak om de verbinding te leggen tussen publieke en curatieve gezondheidszorg. Dit boek is een aanrader voor beleidsmakers en professionals, waaronder huisartsen, die bezig zijn met samenwerken aan gezondheid en preventie in de wijk. ■

Ton Drenthen

WAARDERING: ●●●●●

PSYCHOANALYTISCHE LESSEN VOOR IEDERE HULPVERLENER

Famke Kwee, Frans Schalkwijk [redactie]. Het onbewuste consult. Apeldoorn: Garant, 2017. 116 pagina's. ISBN 9789044135114. Prijs € 19.



Dit handzame, psychoanalytische boekje is vlot geschreven en geschikt voor alle huisartsen en poh-ggz. Het bevat een aantal praktische hoofdstukken en lessen voor iedere hulpverlener.

In negen hoofdstukken geeft het boek boeiende, nieuwe inzichten in thema's als overdracht en tegenoverdracht, pluis of niet-pluis, SOLK en doodangst. De praktische hoofdstukken

bieden handvatten hoe de hulpverlener afweer en weerstand, overdracht en tegenoverdracht kan hanteren. Het hoofdstuk over SOLK biedt inzicht in de onderliggende lagen bij SOLK en sluit aan bij de gelijknamige NHG-Standaard.

Het niet-pluisgevoel bevat twee bouwstenen, namelijk de kwaliteit van de communicatie met de patiënt en de 'gut-feeling' van de arts. Patiënten met moeilijk gedrag beïnvloeden de kwaliteit van de diagnose. Zo is het moeilijk een somatische aandoening vast te stellen bij een psychiatrische patiënt. Bij 50% van de patiënten blijkt alexithymie een rol te spelen: de trias van moeilijk kunnen differentiëren tussen gevoelens, moeilijk kunnen verwoorden van gevoelens en extern georiënteerd zijn. Deze drie componenten beïnvloeden de perceptie van zorgverleners en het vermogen tot mentaliseren.

Uniek is het hoofdstuk over doodangst. Ik citeer: 'als een patiënt suïcidaal is of om vroegtijdige euthanasie vraagt, dan laat hij daarmee mogelijk weten dat het hem niet lukt om de dualiteit tussen de naderend dood en de sterke wil om te leven te verdragen.' Juist dan is het belangrijk om als behandelaar aanwezig te zijn en de gevoelens van angst, verlies, wanhoop en waardeloosheid actief te exploreren. Dit kan de patiënt helpen de dualiteit van leven en sterven te verdragen. ■

Erik van Gijssel

WAARDERING: ●●●●●

Apptip Risico inschatten op erfelijke kanker

Annet Solлие, Bart Timmers

De app Risico Erfelijk Kanker is ontwikkeld door Radboud Universiteit Nijmegen. Huisartsen kunnen via een aantal meerkeuzevragen snel bepalen of hun patiënt of diens familie een verhoogd risico heeft op kanker. Heeft een patiënt vragen over kanker in de familie, bijvoorbeeld een nieuwe patiënt met een tante die darmkanker kreeg op jonge leeftijd, dan biedt deze app uitkomst. U hoeft niet meer te zoeken in de NHG-richtlijnen of op www.oncoline.nl.

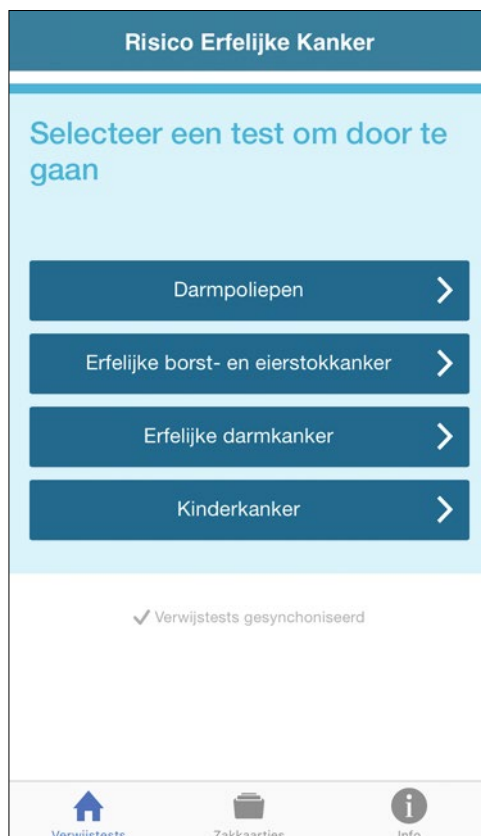
De app is gebaseerd op de richtlijnen die op www.oncoline.nl staan en bevat zogenoemde 'verwijstests' (interactieve checklists met meerkeuzevragen). Deze zijn beschikbaar voor darmpoliepen, erfelijke borst- en eierstokkanker, erfelijke darmkanker en kinderkanker.

Naast de verwijstests is er onder in het scherm een aantal handige zakkaartjes te vinden. Daarmee kunt u ook een verhoogd risico bepalen op andere typen kanker, zoals maag-, alvleesklier-, schildklier-, nier-, prostaat- en longkanker of melanoom. Wat een handige app! U hoeft niet langer te zoeken in de vele pagina's tellende richtlijnen, maar hoeft slechts een paar gerich-

te vragen te beantwoorden en dan kunt u uw patiënt informeren. De makers zijn erin geslaagd om de richtlijnen te vangen in een aantal verwijstests. Kijk ook zeker naar de handige zakkaartjes, want hiermee heeft u snel op het netvlies wanneer u een patiënt tijdig moet doorverwijzen voor preventief onderzoek of naar de klinische genetica. Verder zijn de verwijstests ook online beschikbaar via www.erfelijkekanker.nl.

We hebben weinig aanmerkingen op deze app, behalve dat het wat lastig 'weg' klikken is uit de zakkaartjes. Hopelijk wordt de app in de toekomst verder uitgebreid voor andere typen kanker. ■

Naam:	Risico Erfelijke Kanker/ www.erfelijkekanker.nl
Makers	Radboud Universiteit Nijmegen
Doel:	Bepalen of een patiënt of diens familie een verhoogd risico heeft op kanker
Prijs	Gratis
Oordeel:	●●●●



CWO-weekend 'De reis van de onderzoeker'

Frans Dekker, Prudence Rümke-Gemmeke, Kees de Kock, Sipke Zijlstra

Begin april 2019 vindt het jaarlijkse CWO-weekend plaats. Het thema van dit jaar is 'De reis van de onderzoeker'. We laten uitgebreid de revue passeren wat een beginner zoal tegenkomt op weg naar onderzoeker worden. Zoals gebruikelijk op een CWO-weekend, in stapjes en in groepjes, lopen we alles na van plan tot financiering tot uitvoering. Ook opleiding komt aan bod. En deskundige begeleiding is verzekerd. Het weekend staat open voor alle huisartsen, met nadruk betrokken bij nascholing en het maken van richtlijnen, huisartsen in opleiding, aioto's, onderzoekers en andere belangstellenden. De cursus wordt geaccrediteerd voor 8,5 uur. Voor meer informatie kunt u terecht bij de secretaris van de CWO (cwo@nhg.org) of www.nhg.org/wat-doet-de-cwo.



Foto: Shutterstock

ABUIS

Per abuis is de naam van een auteur weggevallen bij het NHG-Standpunt Farmacogenetica [Huisarts Wet 2018;61:54-60].

De auteurs van het NHG-Standpunt Farmacogenetica zijn: Carolien Hooymans, Monique Verduijn, Isa Houwink en Jako Burgers.

Figuur bij generalisme versus specialisme

Op pagina 12 van het januarinummer [1] van H&W is bij het artikel 'Generalisme versus specialisme' de verkeerde figuur geplaatst. De goede figuur vindt u op <https://www.henw.org/artikelen/de-kern-van-het-vak-3-generalisme-versus-specialisme>. DOI: 10.1007/s12445-018-0389-4.



Antwoord Uw diagnose

Het goede antwoord op de casus van pagina 59 is antwoord 1: molluscum contagiosum.

NIEUW TELEFOONNUMMER REDACTIE H&W EN NHG

Per 21 januari 2019 heeft de bureauredactie van Huisarts en Wetenschap een nieuw telefoonnummer: 088 5065540. Ook het nummer van het NHG is veranderd, namelijk: 088 5065546.

COLOFON

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

Redactie

Ivo Smeele [hoofredacteur], Gijs Baaten, Marian van den Brink, Marianne Dees, Mirrian Hilbink, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Petra van Peet, Nadine Rasenberg en Wim Verstappen.

Redactie bureau

Henny Helsloot [secretariaat], Judith Mulder, Susan Umans [web- en eindredactie], Ellen Olberse [webredactie], Anita Wittebol [office manager], Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen [eindredactie], Margot Scheerder, Wendy Westerhof [beeldredactie]. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 088 5065500, redactie@nhg.org

Uitgever

Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten
Basisvormgeving: Frederik Helfrich, Deventer
Auteursinformatie: www.henw.org/voor-auteurs

Advertentieverkoop

Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel. 030-6383603.
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan: traffic@bsl.nl, tel. 030-6383603.

Abonnementen

H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 262,00, online-only abonnement € 157,20, studenten 50% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd. Voorwaarden: www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen
Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736.

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie www.bsl.nl.

© 2019 NHG
ISSN 0018-7070

 bohn
stafleu
van loghum

 mvw
media voor vak
& wetenschap

 nhg



Allereerst dokter

Huisartsen houden vast aan persoonsgericht en continu. De kernwaarde 'generalistisch' is aangescherpt tot 'medisch generalistisch' – en dat is een goede zaak. Want we zijn vooral dokter.

Op 21 januari presenteerden huisartsen de kernwaarden en kerntaken van de huisarts, waarmee we willen beoordelen op welke punten onze toekomstvisie herijkt moet worden. De afgelopen jaren hebben we ons erg druk gemaakt over de toegenomen administratieve last en externe verantwoording. Daar hebben we in mijn ogen adequaat op gereageerd, inclusief de last van praktijkaccreditering verminderen en meer aandacht voor

het interne kwaliteitsbeleid. Daarnaast bleek het werkterrein van de huisarts zich steeds verder te verbreden, van het begeleiden van patiënten met problemen in het sociale domein tot deelname aan universele en selectieve preventie.

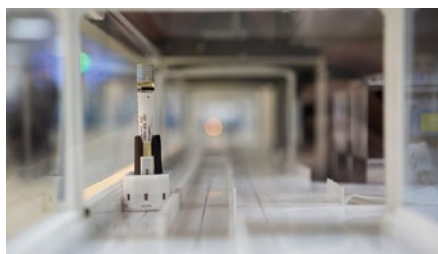
De band tussen huisarts en patiënt helpt: we weten dat het percentage vaccinaties hoger ligt als de huisarts die uitvoert. Maar is dat de reden waarom de huisarts naast de griepvaccinatie ook pneumokokken- of herpes-zostervaccinaties zou moeten doen? Patiënten komen met allerlei klachten bij de huisarts en daar zijn we ook voor. Maar de behandeling daarvan hoort niet altijd bij de huisarts. Daarom is samenwerking met andere zorgverleners nodig. We hebben in onze vorige toekomstvisie al aangegeven dat de huisarts de spin in het web van de

gezondheidszorg is en daarom is het passend dat we de kernwaarde 'gezamenlijk' hebben toegevoegd. Samen met de patiënt beoordelen welke zorg nodig is en onderdeel van een netwerk vormen waarin die zorg ook geleverd wordt. Goed samenwerken vraagt meer dan een goede intentie. Het NHG ondersteunt daarom niet alleen uw medische kennis en vaardigheden, maar waar nodig ook organisatie van samenwerking. ■

Rob Dijkstra



LabGuard bij afwijkingen



Bij een patiënt is een afwijkende labwaarde geconstateerd. Hoe nu verder? Zoeken naar verklaringen voor deze afwijking is een logische volgende stap. Een tijdrovende klus, waar NHGDoc in de loop van 2019 de oplossing voor heeft: LabGuard.

Dankzij deze unieke en eenvoudige tool hebben NHGDoc-gebruikers straks binnen één klik ondersteuning bij het zoeken naar de oorzaak van een afwijkende laboratoriumbepaling, zoals adviezen voor differentiële diagnose en suggesties voor aanvullend onderzoek en alternatieve medicatie. Dat bespaart veel zoekwerk en dus veel tijd. Houd NHGDoc en www.nhgd.nl in de gaten voor lancering deze handige tool.

NHG-Wetenschapsdag 2019

Kom op vrijdag 21 juni 2019 naar de NHG-Wetenschapsdag met het thema 'Huisarts, patiënt en context', in Nijmegen, Radboudumc.

Het thema past in de langdurige Nijmeegse traditie van persoonsgerichte zorg en veel aandacht voor de interactie huisarts-patiënt. Hoe houden huisartsen rekening met de context van de patiënt, hoe onderzoek je dat en wat levert dat op

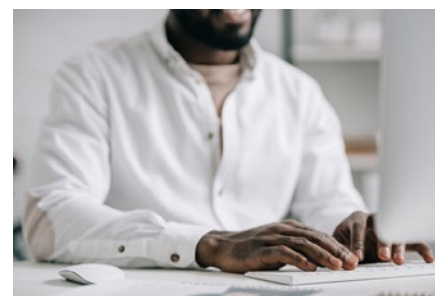
voor beide partijen? Met welke onderzoeksmethoden onderzoek je het beste de interactie huisarts-patiënt? En in tijden van big data: hoe integreren we niet-medische gegevens in onze routinezorgdata en wat levert dat op?

Het antwoord op deze en andere vragen vind je op de NHG-Wetenschapsdag 2019.

www.nhgwetenschapsdag.nl

HIS-Referentiemodel vernieuwd

Het HIS-Referentiemodel van het NHG, dat beschrijft wat elk HIS zou moeten kunnen, is vernieuwd. Er zijn meer mogelijkheden tot medicatie vastleggen en tonen. Ook adviseert het model andere overzichten: 'Medische samenvatting' met de essentiële gegevens, snel raadpleegbaar bij een patiënt die u niet zo goed kent; en overzicht 'Uitwisseling' met gegevens voor specifieke situaties, zoals uitwisseling met de huisartsenpost. De patiënt heeft het recht om informatie te laten afschermen; overzichten maken



het eenvoudiger om hierover met de patiënt in gesprek te gaan. referentiemodel.nhg.org

Hoe zet je goed huisartsgeneeskundig onderzoek op?

Symposium Onderzoek in de huisartsenpraktijk

De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde bevat honderden onderwerpen uit de huisartsenpraktijk die nader wetenschappelijk onderzoek behoeven. Hoe voer je zulk onderzoek goed uit? Eind 2018 organiseerden NHG en ZonMw een symposium voor onderzoekers, met dagvoorzitters André Knottnerus, voorzitter Onderzoeksagenda-adviesgroep, en Janny Dekker, universitair hoofddocent UMC Groningen.

Hoe doe je de **Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde** recht? De onderwerpen zijn geselecteerd, de subsidie is binnen, nu kunnen we aan de slag. Maar wat is de juiste aanpak? Hoe haal je huisartsen en patiënten over om deel te nemen aan je onderzoek? En hoe profiteer je optimaal van de enorme hoeveelheid reeds bestaande onderzoeksgegevens, big data?

TEKENTAFEL

Kies maar beter meteen de goede onderzoeksopzet, benadrukt professor Pim Assendelft van het Radboudumc, in zijn openingslezing 'Onderzoek in de huisartsenpraktijk: van lacune naar kennis'. Kwalitatief of kwantitatief, prospectief onderzoek of review, cross-sectioneel; er zijn vele mogelijkheden. Als blijkt dat de verkeerde keuze is gemaakt, is verandering van de onderzoeksopzet vaak niet

meer haalbaar. 'Terug naar de tekentafel doen we bijna nooit', zegt Assendelft. Wellicht is het beter om voldoende geld voor een pilot te reserveren, dan kun je de opzet nog aanpassen. Dat voorkomt teleurstellingen over mislukte trials, aldus Assendelft. Met deze kennis van de valkuilen kunnen onderzoekers in de zaal hun voordeel doen.

LASAGNA

Een praktisch probleem dat veel onderzoekers hoofdpijn bezorgt, is de 'wet van Lasagna', naar de Amerikaanse klinisch farmacoloog Louis Lasagna, die vaststelde dat wanneer een onderzoek start, het aantal patiënten dat in aanmerking komt vaak maar een fractie is van de

'Terug naar
tekentafel
gebeurt nooit.'

schattingen van de onderzoekers. Dr. Hans van der Wouden van Amsterdam UMC stelde in zijn lezing 'Werving van huisartsen én patiënten' dat communicatie cruciaal is. 'Laat patiënten weten dat jouw onderzoek over hun kwaal gaat, dan zijn ze geïnteresseerd en willen ze meewerken.' In de workshop over dit onderwerp bleek dat veel huisart-



Symposium Onderzoek in de huisartsenpraktijk: van lacune naar kennis

sen onderzoeks- en administratiemoe zijn en niet meer belast willen worden met gegevensverzameling. Ook daar zijn praktische oplossingen voor, zoals ondersteuning in de huisartsenpraktijk, maar daar moet je dan wel financiering voor opnemen in je onderzoeksproject.

BIG DATA

Bij de term big data loopt veel onderzoekers het water in de mond. Maar hoe kom je aan de goede datasets en hoe haal je alles eruit wat erin zit? 'Ik ben dol op medical apps! Want er is een tekort aan proefpersonen' zegt professor Carl Moons van UMC Utrecht in zijn lezing 'De belofte en valkuilen van big-dataonderzoek'. Moons grapt: 'Er is gewoon tekort aan mensen op deze aarde om alle trials uit te voeren.' Proefpersonen werven blijft altijd lastig, dus waarom geen bestaande data gebruiken? 'Randomised trials zijn complex; de eigen routinedata die we toch al verzamelen, zijn net zo goed', vindt Moons: 'Niet-gerandomiseerd onderzoek is wel degelijk evidence-based, vooral bij prognostische vragen.' Big-dataonderzoek met bestaande routinedata zou een aantal beruchte problemen van onderzoekers kunnen ondervangen.

De uitkomsten van dit symposium zullen worden gebruikt om het onderzoeksprogramma huisartsgeneeskunde vorm te geven.

www.nhg.org/nationaleonderzoeksagendahuisartsgeneeskunde



Hans van der Wouden over huisartsen en patiënten werven

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

E-afspraken en triage omzeilen in dagpraktijk



Liesbeth Verboom-Bos

Foto: Linda van den Burg, www.foto-linda.nl

Liesbeth Verboom-Bos, huisarts in een HOED in Amersfoort: 'Met alle soorten instanties kun je chatten en e-mailen, maar bel je de huisartsenpraktijk dan hang je vaak lang aan de telefoon met een bandje. Met e-afspraken, een vorm van e-health, helpen we patiënten en verlichten we de werkdruk van onze assistenten.

Maar je haalt wel de triage ertussenuit. Krijgen we dan niet veel afspraken, waar normaal gesproken de assistent tegen de patiënt had gezegd dat hij niet hoeft te komen? En hoeveel agendaplekken moet je vrijhouden?

Via HAweb kreeg ik nuttige antwoorden. Verschillende collega's zeggen dat je gewoon moet beginnen, het loopt geen storm, en het voegt ook echt wat toe. De assistente krijgt bij ons van elk e-consult een melding; ze kan zo nodig ingrijpen. Overigens kun je je afvragen wat de waarde is van triage in de dagpraktijk. Als je overdag genoeg agendaruimte hebt, kan dat mogelijk zelfs de belasting op de HAP verminderen. Hoe laagdrempelig je wilt zijn, hangt ook af van je populatie. Wij zitten in een achterstandswijk, patiënten hebben vaak beperktere gezondheidsvaardigheden.'

Heeft u ook een vraag?

Plaats een oproep op HAweb Ledenforum!



Vooraf zelf goed reclame maken, bijvoorbeeld in een praktijkfolder en op de website goed vermelden. Goede ervaringen mee. Toch dagelijks 1-4 afspraken die digitaal ingepland worden. Er komen wekelijks circa 5 patiënten bij die gebruikmaken van het portaal. Snel beantwoorden van het e-consult helpt ook; mensen zien daarmee dat investeren in de e-omgeving loont.

Huisarts in Breda



Mijn agenda staat dagelijks voor 3-6 afspraken online open sinds een paar jaar. Mensen hebben niet altijd door dat ze bij bellen wellicht eerder gezien kunnen worden. Er komt elke week wel iemand niet opdagen, en het is patiënten met e-afspraken niet altijd duidelijk dat ik geen 5 klachten in 10 minuten kan afhandelen. Maar mensen stellen het op prijs en het scheelt in de telefoontjes van de assistentes. Ik zal het dus ook niet meer afschaffen!

Huisarts in Helmond

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

E-HEALTH

Wilt u een e-healthtoepassing implementeren, kijk dan goed naar de gebruikers en de inbedding in het proces en maak goede afspraken: voor welke personen en klachten is de online-afsprakenplanner bedoeld? (Bijvoorbeeld niet voor zuigelingen, niet voor acute zaken.) Wat voor online-afsprakenlots hanteert je?

Het NHG helpt bij e-health, de digitale ondersteuning van de zorg:

- starten met e-consult en die promoten bij patiënten: [e-consulthandboek](#) van NHG, LHV en Nictiz. Ook informatief voor implementeren van e-afspraken
- overzichtspagina www.NHG.org/e-health met informatie en hulpmiddelen
- open discussiegroep [e-health](#) op HAweb, waar u kennis en ervaring kunt delen met collega's
- triage: Thuisarts.nl kan 12% van de consulten afvangen [[Spoelman 2016](#)]; het NHG versterkt momenteel de triagefunctie van Thuisarts.nl

Huisarts & Wetenschap:

- [Brede declaratiemogelijkheden voor het e-consult](#): H&W juli 2018
- [De webagenda: speelruimte om toegankelijkheid van de praktijk te verhogen](#): H&W juli 2016

INTERVIEW

met Marcel Kerkhoven, werkt samen met lokale boeren, patiënten en tweede lijn

In deze rubriek portretteren we huisartsen die iets bijzonders doen. Marcel Kerkhoven ging samenwerken met boeren, zorgorganisaties, patiënten en mantelzorgers voor een duurzame gezonde voedselketen, domeinoverstijgende afspraken en sociale cohesie.

‘Het vertrekpunt is steeds lokaal en samen’

Huisarts
Marcel Kerkhoven
werkt in een duo-
praktijk binnen een
hagro voor
Brummen en
omgeving (bij
Zutphen), met een
grote organisatie
voor verstande-
lijk-gehandicap-
tenzorg en verder
precies dezelfde

opgaven als in verstedelijkte gebieden.
Samen met zijn duomaat Marijke den Braven
is hij 5 dagen per week verantwoordelijk voor
de verstandelijk-gehandicaptenzorg, met als
back-up een AVG als consulent.



Wel een MBA, geen manager?

Marcel Kerkhoven: ‘Niet voor een carrièreswitch, maar juist om kennis en kunde vanuit een ander vakgebied in te brengen in mijn dagelijks werk als praktiserend huisarts, ben ik een MBA gaan doen. Ik vind het boeiend om ook met niet-dokters om te gaan.’ Tijdens de MBA ontwikkelde Kerkhoven een visie op lokale samenwerking. Nu speelt hij als huisarts een voortrekkersrol bij geïntegreerde ketenzorg en gaat de boer op, ook letterlijk, zoals in een samenwerkingsproject met boeren voor een duurzame gezonde voedselketen.

Kerkhoven: ‘Mijn vertrekpunt is steeds lokaal en samen, ik zie rode draden tussen organisaties en tussen patiënten. Bijvoorbeeld tussen de thuiszorg en de verstandelijk-gehandicaptenzorg, hier in Brummen en omgeving. Ik werk graag mee aan een domeinoverstijgende zorg, een gemeenschappelijk verpleegkundig team, samen met Philadelphia (mensen met een beperking), Riwis Zorg en Welzijn, Verian (thuiszorg) en Gelre Ziekenhuis.’

Wat is je ideaal voor de regio?

‘Mijn droom is één generalistisch verpleegkundig team voor Brummen: voor de verstandelijk-gehandicaptenzorg, de verpleegkundige psychogeriatric en de wijkverpleging, met een huisarts die ziekenhuisverplaatste zorg verleent. Het team kan tijdig signaleren, en ondersteunen bij gedragsmatige begeleiding voor mensen met dementie en lichte verstandelijke beperkingen. Geen zorg door vijf organisaties, maar door één team, dat op de hoogte is van alle ingewikkelde en acute problemen. Geen overdrachtsproblemen, wel continuïteit. Dat kan groten-deels buiten de zorgverzekeringscontracten om. Door elkaar in te huren is de hobbel makkelijker te nemen: eerst vertrouwen dat het kan, dan aandacht voor nieuwe contractafspraken. Dit model kun je ook in de rest van de regio gebruiken, in verstedelijkte gebieden net zo goed als in dorpen.

Ik wil af van denken in domeinen en functies, doelgroepen en ziektebeelden. Ik zie namelijk bij hart-vaatziekten, COPD, diabetes, terminale zorg, dementiezorg: het gaat vaak over dezelfde patiënt, maar de zorg eromheen is versnipperd. Denk

aan de 76-jarige
alleenstaande vrouw,
licht dementerend,
vlak voor haar
heupoperatie. Met
geïntegreerde zorg kun je veel voorkomen en meer kwaliteit
leveren. Ik ben niet te beroerd om elke doelgroep verschillend
aan te pakken, maar mijn generalistische hart zegt: wat is de
gemeenschappelijke aanpak? Mijn ideaal is een satéprikker
door al die doelgroepen heen, geïntegreerde ketenzorg.

Voor eigen verantwoordelijkheid en duurzame mantelzorg
is sociale cohesie nodig. Daarom wil ik mensen bij elkaar
brengen. We verhuizen met ons gezondheidscentrum naar
de voormalige rooms-katholieke kerk hier in het dorp. Daar
komt een extra grote wachtkamer met zithoekjes en ontmoet-
tingsplaatsen, en met flexibele wanden
zodat we cursus- en ontmoetingsruimten
kunnen bieden. Geen dorpscafé hoor; het
gaat wel om gezondheidsonderwerpen. Ik
zie bijvoorbeeld voor me dat wij als eer-

stelijnszorgverleners mantelzorgonderwijs aan het dorp gaan
bieden: hoe doe je de transfer in en uit de auto, hoe krijg en
houd je je dementerende partner onder de douche, hoe zorg je
ook goed voor jezelf, hoe ga je om met gedragsproblemen?
Ik wil lokaal en kleinschalig beginnen. Geduld is een schone
zaak, communicatie is cruciaal. Geen losse samenwerkingsver-
banden, want dan valt het na een paar jaar weer als los zand
uiteen. Eerst wil ik de patiënten en de organisaties in mijn regio
aan het woord laten en een gezamenlijke visie ontwikkelen. Pas
dan krijgen we domeinoverstijgende innovaties die blijvend zijn.’

Zie ook [NHG.org](https://www.nhg.org), [Organisatie van kwaliteit in de praktijk](#)

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; 088-506 55 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.