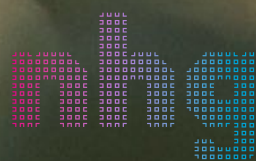


De opioïdenepidemie

Patiënten en huisartsen ervaren
empathie verschillend

Late effecten behandeling
borstkanker op het hart

Herziene NHG-Standaarden
Angst, Depressie en CVRM



Een pilletje minder

Er zijn steeds meer kritische geluiden als het gaat over medicatiegebruik. Vanuit de maatschappij, de politiek, de wetenschap en de beroepsgroep. Steeds vaker krijg ik in mijn spreekkamer vragen over de noodzaak van cholesterolremmers, leefstijlinterventies in plaats van pillen en patiënten die geen protocolaire pijnmedicatie willen gebruiken. De meest spraakmakende kritiek van de laatste tijd gaat over opioïdengebruik. Wat is er gebeurd dat we zijn meegegaan in het laagdrempelig voorschrijven van deze verslavende medicatie? Zijn we zo weinig kritisch dat we klakkeloos de marketing volgen? Hebben we zo weinig geleerd van de Verantwoord Medicijngebruik programma's om de benzo's terug te dringen? Gelukkig groeit het bewustzijn van de beperkte werking van pillen. De nieuwe NHG-Standaard CVRM pleit voor maatwerk bij starten van medicatie en geeft handvaten voor stoppen. In samenspraak met de patiënt afwegingen maken wat passend is. Uitleggen wat het Number Needed to Treat en Number Needed to Harm zijn. Ik kon mij ook helemaal vinden in het besluit van een vitale 92-jarige na plaatsing van een pacemaker zonder atriumfibrilleren: 'ik blijf fietsen en nordic walken, stop met die nieuwe pillen en ga weer ascal slikken'.

Over stoppen met pillen gesproken: hoe vaak gaat u in gesprek met uw patiënt over het stoppen van antidepressiva? Ik flatteer de meeste herhaalrecepten zonder nadenken. Moet ik de patiënt niet minimaal jaarlijks zien en mogelijke afbouw te bespreken? Wat is er gebeurd dat het voorschrijven en herhalen van pillen een reflex lijkt te zijn geworden? Dat we zo weinig tijd en aandacht besteden aan praten met patiënten over alternatieven of over stoppen met pillen?

Ik voelde me deze week gesteund door het mailtje van een opioïdeverslaafde patiënt: 'ik wil er zelf ook vanaf, alleen zal ik eerst vallen voor ik op zal staan en vooruit kan'. ■

Marianne Dees

Wat is er gebeurd dat het voorschrijven en herhalen van pillen een reflex lijkt te zijn geworden?





Wetenschap

- 16 **Patiënten en huisartsen ervaren empathie verschillend**
Huisartsen onderschatten hun empathisch vermogen. Patiënten vinden hun huisarts echter vaak (zeer) empathisch.
- 21 **Hypnotherapie bij het prikkelbaredarmsyndroom**
Een effectieve manier om patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom in de eerste en tweede lijn te behandelen.
- 24 **De opioïdenepidemie**
Het aantal doktersrecepten voor opioïden blijft maar stijgen. Er zijn concrete acties die huisartsen kunnen ondernemen om dit terug te dringen.
- 26 **Late effecten van borstkankerbehandeling op het hart**
Langetermijnoverlevenden van borstkanker hebben meer risico op een licht verminderde hartfunctie.
- 30 **Beter af bij de verpleegkundig specialist?**
Voor kinderen met luchtweginfecties leidt zorg door een verpleegkundig specialist niet tot minder antibioticumvoorschriften, complicaties en verwijzingen dan zorg door de huisarts.
- 34 **Peter Leusink, huisarts en seksuoloog: 'Ga niet over op de orgaangerichte gynaecologische modus'**
Een interview vanwege Leusinks recente proefschrift over belemmeringen en onvervulde behoeften in de zorg voor vulvodynie.

Praktijk

- 41 **Fractuurpreventie met denosumab**
De risico's bij het staken daarvan en wat te doen.
- 44 **Behandeling van het granuloma pyogenicum**
Elektro-chirurgische behandeling heeft de voorkeur bij deze goedaardige zwelling die gemakkelijk bloedt.
- 47 **Kraakbeenpiercingen vormen een onderschat risico**
Wat te doen bij ontstoken piercings in het kraakbeen.
- 50 **Veilig voorschrijven bij levercirrose**
Aanpassing van medicatie is pas nodig als een chronische leverziekte zich heeft ontwikkeld tot cirrose.
- 54 **Kennistoets**
Borstkankerbehandeling en hartschade
- 69 **Uw diagnose**
Een vrouw van 32 met een langzaam groeiende plek op haar onderbeen.



Nieuws

- 6 Nieuwsberichten**
- Aspirine als primaire preventie
 - Steeds meer eerstelijnsdiagnostiek
 - Vezels en volkoren gezond op vele vlakken
 - Intensieve bloeddrukcontrole en dementie
 - Melkzuurhoudende vaginale douches niet zinvol
 - Beste SSRI's voor gegeneraliseerde angststoornis
 - Vitaminesuppletie heeft geen effect op cognitie
 - Internistische anderhalvelijnszorg
 - Ambities huisartsen op gebied praktijkmanagement
- 60 Evaluatie van de innovatie bij H&W**
Terugblik op de restyling van het tijdschrift en de website
- 62 Verpleegkundigen die artsen vervangen**
Een Cochrane-review laat zien dat deze zorg op zijn minst even goed kan zijn als die door artsen.
- 67 Ingezonden**
Reactie op discussie over dermato-oncologie
- 68 Een app als hulpmiddel bij suïcidepreventie?**
Een nieuw onderzoek gaat na of mobiele applicaties de veiligheid van suïcidale patiënten kunnen vergroten.
- 69 Boeken**
De dokter en de patiënt met psychische problemen

NHG

- 55 Nieuwe NHG-Standaard Cardiovasculair risico-management: schatten, overwegen en maatwerk leveren**
- 58 Afbouwen van SSRI's en voorschrijven bij jongvolwassenen**
Gedeeltelijke herziening NHG-Standaarden Angst en Depressie
- 71 Congres 'Iedere patiënt is anders'**
- 71 Ledenforum HAweb verbeterd**
- 72 De man op de ladder, acute psychiatrie en de huisarts**
Acute psychiatrie komt niet vaak genoeg voor om er veel ervaring mee op te doen.
- 74 'De context gebruiken om rust te creëren'**
Interview met Meike Bruinsma, die een casus leverde voor de PIN Acute psychiatrie.



www.henw.org

- Valproaat tegen agitatie bij dementie werkt niet
- Hoe lang gaat een heupprothese mee?
- Gezondheidschecks verlagen morbiditeit en mortaliteit niet
- Predictiemodel dementie

Vezels en volkoren gezond op vele vlakken

Vincent van Vugt

Meer vezels en volkorenproducten eten verkleint bij gezonde volwassenen de kans op cardiovasculaire aandoeningen, diabetes mellitus type 2, colorectale carcinomen en mortaliteit. Dit staat in een systematische review in de Lancet. De conclusie is dat de vezel- en volkoreninname in de algehele bevolking flink omhoog moet.



De consumptie van vezelrijke en volkoren producten moet bij de algehele bevolking flink omhoog.

Foto: iStock

De auteurs beoordeelden prospectieve cohortonderzoeken en gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken die keken naar de effecten van koolhydraten op gezondheid. De review was gericht op 'gezonde mensen' – onderzoeken onder patiënten met chronische ziekten werden geëxcludeerd. In totaal includeerden de auteurs 185 cohortonderzoeken met ongeveer 135 miljoen persoonsjaren en 58 RCT's met 4635 volwassen deelnemers.

In de cohortonderzoeken hadden deelnemers met de laagste vezelinname 15 tot 30% meer kans op cardiovasculaire aandoeningen, diabetes mellitus type 2, colorectale carcinomen en mortaliteit dan deelnemers die iedere dag 25 tot 29 gram vezels aten. Een soortgelijk effect gold voor volkorenproducten. De effecten waren dosisgerelateerd en wezen op meer gezondheidswinst bij nog hogere inname. In de RCT's hing een hoge vezel- en/of volkoreninname samen met

een lager(e) lichaamsgewicht, bloeddruk en cholesterol. De kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs, beoordeeld volgens GRADE, was matig voor vezels en laag voor volkoren.

Dat vezels en volkorenproducten gezond zijn wisten we al langer, maar was nog nooit zo uitgebreid uitgezocht. De inname van deze producten door de algemene bevolking ligt ruim onder de hoeveelheid die samenhangt met de meeste gezondheidswinst. Adviseer patiënten bij vragen voortaan dus dagelijks minimaal 25 gram vezels en zo veel mogelijk volkorenproducten te eten. Met de caloriechecker van het voedingscentrum is uit te rekenen welke voeding dagelijks nodig is om hier aan te komen. ■

Reynolds A, et al. Carbohydrate quality and human health: a series of systematic reviews and meta-analyses. Lancet 2019;393:434-45.

Intensieve bloeddrukcontrole leidt niet tot minder dementie

Henk Koopman

Hypertensie zou een potentieel beïnvloedbare risicofactor voor dementie zijn. Uit een groot Amerikaans onderzoek blijkt echter dat intensieve systolische bloeddrukcontrole (< 120 mmHg) versus standaardbehandeling (< 140 mmHg) niet minder dementie geeft.

De Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT) vergeleek bij 9361 gerandomiseerde deelnemers (leeftijd gemiddeld 67,9 jaar) het effect van intensieve systolische bloeddrukcontrole (< 120 mmHg) met dat van een standaardbehandeling (< 140 mmHg) op het ontstaan van dementie. Na ruim drie jaar interventie en een



Het is onduidelijk wat het verband tussen hypertensie en dementie precies is.

Foto: iStock

Melkzuurhoudende vaginale douche niet zinvol

Hanneke Borgdorff

Veel vrouwen gebruiken melkzuurhoudende vaginale douches. Fabrikanten van dergelijke douches claimen dat het gebruik leidt tot een betere vaginale zuurgraad en bescherming tegen infecties. Recent pilotonderzoek laat zien dat het gebruik bij gezonde vrouwen de vaginale pH-waarde niet verlaagt en mogelijk het risico op een vaginale *Candida*-infectie juist vergroot.

Vijfentwintig gezonde vrouwen (zonder soa, bacteriële vaginose of *Candida*-infectie) met een mediane leeftijd van 24 jaar namen gedurende drie menstruele cycli iedere een tot twee dagen vaginale monsters af. Tijdens de tweede cyclus gebruikten de vrouwen driemaal per week een melkzuurhoudende vaginale douche (Etos®). De deelnemers noteerden per dag of er sprake was van douchegebruik, menstruatie en seksuele activiteit. Eenentwintig vrouwen (84%) hadden bij de start een bacteriële samenstelling



Vaginale douches zijn ineffectief en kunnen zelfs schadelijk zijn.

Foto: Shutterstock

die voornamelijk bestond uit lactobacillen; bij vier vrouwen (16%) betrof het diverse anaeroben (zoals bij bacteriële vaginose). De samenstelling bleef bij de meeste vrouwen dagen tot weken

stabiel. Menstruatie had het grootste effect op de bacteriële samenstelling en zorgde voor reversibele veranderingen bij 60% van de vrouwen. Het gebruik van de douches had geen effect op de vaginale pH-waarde en de bacteriële samenstelling. Vrouwen hadden alleen na de tweede cyclus (dus na het starten met de vaginale douches) een significant hogere kans op een positieve *Candida albicans*-test (9/25 positief na cyclus 2; OR 3,0; 95%-BI 1,2 tot 7,2). Om te bewijzen dat vaginale douches het risico op een *Candida*-infectie vergroten is gerandomiseerd onderzoek nodig. Toch ondersteunt dit kleine onderzoek voorlopig de conclusies uit de NHG-Standaard Fluor vaginalis, namelijk dat (melkzuurhoudende) vaginale douches ineffectief en mogelijk schadelijk zijn, en dat gebruik afgeraden zou moeten worden. ■

Van der Veer C, et al. Effects of an over-the-counter lactic-acid containing intra-vaginal douching product on the vaginal microbiota. In: Van der Veer C. Vaginal microbes in sexual health and disease [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2018.

follow-upduur van 5 jaar konden de onderzoekers tussen de twee behandelstrategieën geen statistisch significant verschil aantonen in de incidentie van dementie (interventie- versus standaardgroep: respectievelijk 7,2 en 8,6 patiënten per 1000 persoonsjaren; HR 0,83, 95%-BI 0,67 tot 1,04). Wel was de kans op milde cognitieve achteruitgang opmerkelijk lager in de intensief behandelde groep (14,6 versus 18,3 patiënten per 1000 persoonsjaren; HR 0,81, 95%-BI 0,69 tot 0,95), maar of de incidentie van dementie hierdoor op de lange termijn ook zal gaan dalen is niet zeker.

De resultaten sluiten aan bij het Nederlandse onderzoek 'Preventie van dementie door intensieve vaatzorg (preDIVA)'. Ook hierin ontbrak een effect op de incidentie van dementie. Beide onderzoeken hebben als manco

dat de follow-upduur (te) kort is en dat ook het contrast tussen interventie- en controlegroep (waarin de zorg al goed is) beperkt is. Toch kan de huisarts iets doen: in de preDIVA-subgroep ouderen met niet of onvoldoende behandelde hypertensie leidt vaatzorg conform de NHG-Standaard CVRM mogelijk wel tot verlaging van de kans op dementie. ■

SPRINT MIND investigators for the SPRINT Research Group. Effect of intensive vs standard blood pressure control on probable dementia: a randomized clinical trial. JAMA 2019;321:553-61.

Moll van Charante EP, et al. Effectiveness of a 6-year multidomain vascular care intervention to prevent dementia (preDIVA): a cluster-randomised controlled trial. Lancet 2016;388:797-805.

Beste SSRI's uitgezocht voor gegeneraliseerde angststoornis

Vincent van Vugt

Duloxetine, pregabaline, venlafaxine en escitalopram zijn de best onderzochte, effectieve en goed verdraagbare medicijnen voor de behandeling van een gegeneraliseerde angststoornis. Dat is de conclusie uit een recente meta-analyse in de *Lancet*. Andere effectieve medicamenten waren alleen onderzocht in kleinere groepen patiënten of werden minder goed te verdragen dan een placebobehandeling.

De onderzoekers selecteerden alle RCT's waarin volwassenen met een gegeneraliseerde angststoornis als behandeling een medicament kregen. Ze pasten een zogenaamde netwerk-meta-analyse toe, zodat ze de medicijnen zowel direct als indirect konden vergelijken. De belangrijkste uitkomstmaat was een verandering op de Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) (schaal 0-56).

In 89 RCT's kregen in totaal 25440 patiënten 22 verschillende medicijnen. Bij 63 RCT's (71%) vergeleken de onderzoekers de behandeling met een placebo en 45 onderzoeken (51%) vergeleken meerdere medicijnen met elkaar. De mediane follow-upduur was acht weken. Duloxetine (gemiddeld verschil (MD) -3,13, 95%-BI -4,13 tot

-2,13), pregabaline (MD -2,79, 95%-BI -3,69 tot -1,91), venlafaxine (MD -2,69, 95%-BI -3,50 tot -1,89) en escitalopram (MD -2,45, 95%-BI -3,27 tot -1,63) waren effectiever dan een placebo in grote onderzoeken en waren goed te verdragen door patiënten. Mirtazapine, sertraline, fluoxetine, buspiron en agomelatine waren ook effectief en goed te verdragen, maar dat bleek alleen uit kleinere onderzoeken. Patiënten verdroegen quetiapine, benzodiazepines en paroxetine minder goed dan een placebo, al had quetiapine wel relatief het grootste effect op de angstklachten. De NHG-Standaard Angstklachten stelt dat SSRI's onderling gelijkwaardig zijn. Op basis van deze resultaten hebben duloxetine, pregabaline, venlafaxine of escitalopram de voorkeur. Het is belangrijk om bij de keuze rekening te houden met de individuele kenmerken van de patiënt en ervaring op te bouwen met



Sommige SSRI's lijken effectiever dan andere, maar de keuze moet worden afgestemd op de individuele patiënt.

Foto: iStock

een beperkt aantal SSRI's. ■

Slee A, et al. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 2019;393:768-77.

Vitaminesuppletie heeft geen effect op cognitie

Marcelle van Eupen

Suppletie met vitamines of mineralen kan cognitieve achteruitgang of dementie niet voorkomen, zo blijkt uit een recente grote Cochrane-review.

De auteurs gingen na welk effect orale suppletie van vitamine B-complexen, antioxidanten en/of mineralen had op het cognitieve functioneren van mensen van 40 jaar of ouder. Ze gebruikten

daarvoor de gegevens van 28 gerandomiseerde onderzoeken, met in totaal 83.000 deelnemers. Een uitkomstmaat was verandering op de Telephone Interview for Cognitive Status scale (TICS), een globale cognitieve functietest (schaal 0-50). Suppletie van vitamine B-complexen bleek na een periode van 10 jaar geen effect te hebben op het cognitieve functioneren. Voor β -caro-

teen (pro-vitamine A) was er een zeer gering, klinisch niet relevant effect na 18 jaar suppletie (gemiddeld verschil 0,18 TICS-punten, 95%-BI 0,01 tot 0,35). Voor vitamine C was dat eveneens zeer geringe, klinisch niet relevante effect er na 5 tot 10 jaar (gemiddeld verschil 0,46 TICS-punten, 95%-BI 0,14 tot 0,78). Suppletie met vitamine D, calcium, vitamine E, zink of koper,



Niet minder verwijzingen bij internistische anderhalvelijnszorg

Adinda Mailuhu

Een manier om de zorgkosten te drukken is integratie van tweedelijnszorg in de eerste lijn, de zogenaamde *anderhalvelijnszorg*. Uit een Nederlands pilotonderzoek blijkt dat wanneer een internist in de huisartsenpraktijk spreekuur doet, er niet minder patiënten een verwijzing naar de tweede lijn krijgen.

De onderzoekers haalden verwijzingen naar een internist in de tweede lijn uit het HIS van twee huisartsenpraktijken. Ze keken naar het aantal verwijzingen in de periode vóór (2012-2013) en tijdens de aanwezigheid van de internist in de huisartsenpraktijk (2014-2015). De internist deed (twee)wekelijks spreekuur en ontving door de huisarts verwezen, niet-acute, laagcomplex patiënten, waarna de huisarts advies kreeg over de diagnose en het beleid. De huisartsen en internist gaven vervolgens hun mening over de samenwerking en de resultaten. Het aantal verwijzingen naar de internist in het ziekenhuis vóór (18,3 per kwartaal) en tijdens de aanwezigheid van de internist in de huisartsenpraktijk (14,4 per kwartaal) was in de ene praktijk niet significant verschillend ($p = 0,13$). In de andere praktijk was dat wel het geval:



Anderhalvelijnszorg is in opkomst, maar het is de vraag wat het effect daarvan is op de kwaliteit van de zorg en het aantal verwijzingen.

Foto: Shutterstock

vóór (26,6 per kwartaal) en tijdens (34,6 per kwartaal; $p < 0,05$). Het totaal aantal verwijzingen naar de tweede lijn van de twee huisartsenpraktijken samen verschilt echter niet significant vóór (44,9 per kwartaal) en tijdens (49 per kwartaal; $p = 0,155$).

Volgens de deelnemende huisartsen verwijzen ze mogelijk meer doordat ze specifieke symptomen sneller herkennen dankzij een toegenomen kennis van internistische aandoeningen. De huisartsen verwachten dat het aantal

verwijzingen op de korte termijn zal toenemen, maar op de lange termijn zal dalen. Anderhalvelijnszorg is in opkomst, maar meer onderzoek is nodig om te beoordelen wat het betekent voor de kwaliteit van de zorg en het aantal verwijzingen. ■

Quanjel TCC, et al. Does an in-house internist at a GP practice result in reduced referrals to hospital-based specialist care? Scand J Prim Health Care 2018;36:99-106.



Suppletie van vitamines of mineralen bovenop een gezond eetpatroon heeft geen zin. Foto: Pixabay

of verschillende antioxidanten bleek helemaal geen effect op de cognitie te hebben. De betrouwbaarheid van al deze onderzoeken was echter beperkt. Eén onderzoek vond een verband tussen suppletie van vitamine E en het vaker voorkomen van prostaatkanker. De auteurs van de review concluderen dat er geen bewijs is dat de suppletie van vitamines of mineralen bovenop een gezond eetpatroon effect heeft op de cognitie of dementie. Er is dus geen reden om af te wijken van de adviezen van de gezondheidsraad over supple-

tie van vitamines bij volwassenen. Uit onderzoek blijkt zelfs dat een te hoge inname van onder andere vitamine A, vitamine D, vitamine E, vitamine B6 en foliumzuur schadelijk kan zijn voor de gezondheid. ■

Rutjes AW, et al. Vitamin and mineral supplementation for maintaining cognitive function in cognitively healthy people in mid and late life. Cochrane Database Syst Rev 2018;12:CD011906.

Aspirine als primaire preventie: stollen of bloeden

Vincent van Vugt

Als je geen hart- en vaatziekten hebt, en toch dagelijks acetylsalicylzuur slikt, neemt de kans op cardiovasculaire gebeurtenissen iets af, terwijl het risico op bloedingen iets stijgt. Dit stellen de auteurs van een nieuwe systematische review. Hun conclusie onderbouwt het advies van de NHG-Standaard om terughoudend te zijn met aspirine als primaire preventie.

In 13 randomized controlled trials (RCT's) met in totaal 164.225 deelnemers zonder cardiovasculaire aandoeningen vergeleken de onderzoekers het gebruik van acetylsalicylzuur met placebo of geen behandeling. Ze includeerden alleen RCT's met meer dan 1000 deelnemers en minimaal een jaar follow-up. De mediane leeftijd was 62 jaar; 47% was man en 19% had diabetes mellitus. De primaire

uitkomstmaten waren het optreden van een flinke bloeding en een gecombineerde uitkomstmaat van cardiovasculaire gebeurtenissen (cardiovasculaire mortaliteit, myocardinfarct en beroerte).

Na vijf jaar hadden acetylsalicylzuurgebruikers iets vaker grote bloedingen dan patiënten die geen primaire preventie innamen (absolute risicoverhoging (ARI) 0,47%, 95%-BI 0,20 tot 0,55). Wel hadden ze iets minder vaak cardiovasculaire gebeurtenissen (absolute risicoreductie (ARR) 0,38%, 95%-BI 0,20 tot 0,55). Diabetespatiënten met primaire preventie kregen relatief vaker flinke bloedingen (ARI 0,80%, 95%-BI 0,29 tot 1,39), maar hadden ook minder cardiovasculaire gebeurtenissen (ARR 0,65%, 95%-BI 0,10 tot 1,16). Het effect is ook bij hen bescheiden.

De NHG-Standaard Cardiovasculair Ri-



De terughoudendheid met acetylsalicylzuur als primaire preventie is terecht.

Foto: Shutterstock

sicomanagement adviseert primaire preventie met acetylsalicylzuur alleen te overwegen bij ouderen met diabetes en een uitzonderlijk ongunstig cardiovasculair risicoprofiel. Amerikanen kiezen hiervoor bij alle volwassenen tussen 50 en 69 jaar met een cardiovasculair tienjaarsrisico van $\geq 10\%$. Deze review laat zien dat onze terughoudendheid met acetylsalicylzuur als primaire preventie terecht is. ■

Zheng SL, et al. Association of aspirin use for primary prevention with cardiovascular events and bleeding events. JAMA 2019;321:277-87.

Steeds meer eerstelijnsdiagnostiek

Tjerk Wiersma

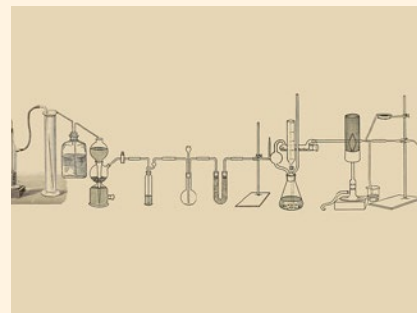
Britse onderzoekers rapporteerden onlangs over de toename van het volume aan diagnostische verrichtingen in de eerste lijn (tussen 1 april 2000 tot 31 maart 2016). Dat blijkt uiteindelijk meer dan verdrievoudigd.

De onderzoekers gebruikten gegevens uit de Clinical Practice Research Data-link, waarin gegevens zitten van zo'n 7% van de Britse bevolking. Ze vonden bijna 263 miljoen diagnostische verrichtingen die betrekking hadden op ruim 71 miljoen persoonsjaren en analyseerden op basis daarvan trends in het gebruik van diagnostiek in de loop van de tijd. Na correctie voor leeftijd en geslacht bleek het volume aan diagnostiek jaarlijks met 8,5% toe te nemen (95%-BI 7,6% tot 9,4%) van 14.869 diagnostische ver-

richtingen per 10.000 persoonsjaren in 2000/2001 tot 49.267 in 2015/2016, wat correspondeert met een vermenigvuldiging van 3,3. Wel bleek de groei van het aantal diagnostische verrichtingen af te zwakken na de introductie van het Quality and Outcomes Framework in 2004.

De grootste groep betreft de laboratoriumbepalingen, die ook het hardst groeiden (jaarlijks 8,7%). Bepaling van de nierfunctie werd het meest aangevraagd, gevolgd door algemeen hematologisch onderzoek en leverfunctietests. Beeldvormend onderzoek en overig onderzoek (zoals spirometrie, coloscopie en ecg) groeiden minder snel (jaarlijks respectievelijk 5,5 en 6,3%).

De sterkste jaarlijkse stijgers waren de MRI-knie (69%) en vitamine-D-bepalingen (54%). Gestage stijgers waren



Ook in Nederland blijft het aantal diagnostische aanvragen groeien.

Foto: Pixabay

bepalingen van vitamine B12, C-reactief proteïne, ijzer, folaat en ferritine.

Net als in het Verenigd Koninkrijk zal het aantal diagnostische aanvragen in Nederland zeker ook enorm zijn toegenomen. Het zou interessant zijn te onderzoeken wat tot deze groei heeft geleid. ■

O'Sullivan JW, et al. Temporal trends in use of tests in UK primary care, 2000-15: retrospective analysis of 250 million tests. BMJ 2018;363:k4666.

Huisartsen en hun ambities op het gebied van praktijkmanagement

Rob van Kimmenaede

Het aantal waarnemers/hidha's is de afgelopen tien jaar verdubbeld. Hoe denken zij over hun taken in de toekomst? Uit een enquête blijkt dat de meerderheid van de jonge huisartsen en aios op termijn een vaste patiëntenpopulatie ambieert en enige affiniteit voelt met het organiseren en uitvoeren van niet-patiëntgebonden taken.

In de zomer van 2018 vulden 383 huisartsen (NHG-leden, < 50 jaar) een online vragenlijst in. Zeventig procent wil zich zeker voor langere tijd verbinden aan een vaste patiëntenpopulatie. Hierbij geldt wel hoe jonger, hoe minder zeker ze zijn van deze keuze. Waarnemers die zich niet willen binden doen dat om redenen van vrijheid en een ervaren hoge werkdruk. Aios willen eerst meer werkervaring opdoen. Het merendeel van de huisartsen heeft ervaring met taken als dagelijks management, innovatie en kwaliteitsbeleid. Praktijkhouders spenderen meer tijd aan samenwerking en waarnemers, opvallend genoeg, aan financiën. De hoge werkdruk, de behoefte aan vrijheid, het gebrek aan affiniteit met



Over het algemeen vinden huisartsen het leuk om zich bezig te houden met de praktijkorganisatie of zorg in de buurt.

Foto: Hollandse Hoogte

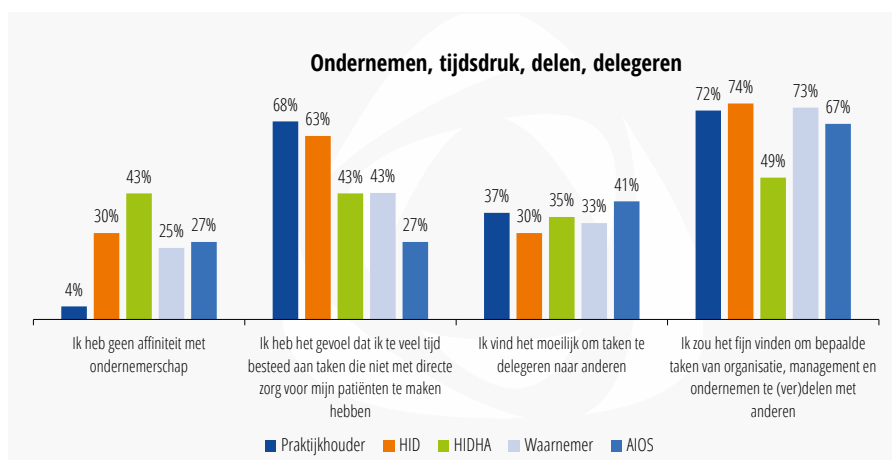
organiseren en kennis vormen de belangrijkste drempels om tijd buiten de patiëntenzorg te besteden [figuur]. Over het algemeen vindt elke huisarts het wel leuk om zich bezig te houden met de praktijkorganisatie of zorg in de buurt. Voor praktijkhouders is tijdsdruk een belangrijke kwestie; voor een deel van de

hidha's, waarnemers en aios spelen vooral de beperkte affiniteit met het ondernemerschap, de werkdruk en het gebrek aan kennis een rol. Ze denken dat vooral een goede takenverdeling daarvoor een mogelijke oplossing is.

Het onderzoek meldt niets over de representativiteit van de steekproef en de generaliseerbaarheid. Wel concludeert het dat de affiniteit met het ondernemerschap tanende is en dat praktijkhouders niet-patiëntgebonden taken om uiteenlopende redenen steeds meer als een last ervaren. Individuele keuzevrijheid en de balans privé-werk zijn belangrijk geworden. Mogelijk vormen de nieuwe kernwaarde samenwerking en verdergaande taakdelegatie oplossingsrichtingen voor een toekomstbestendige huisartsenzorg. ■

Figuur

Tijdsdruk is met name een issue voor praktijkhouders – delen van taken is een kans



Newcom Research & Consultancy. Onderzoek naar huisartsen en hun ambitie in praktijkmanagement. Utrecht: NHG/LHV/SBOH/Huisartsopleiding Nederland, 2018.

Patiënten en huisartsen ervaren empathie verschillend

Lianne Hermans, Tim Olde Hartman, Patrick Dielissen

- Inleiding** Wanneer een arts empathie toont, heeft dat een positief effect op gezondheidsuitkomsten. Onderzoek naar empathie richt zich vaker op de ervaring van huisartsen, dan op de beleving van patiënten. Daardoor is niet duidelijk of huisarts en patiënt hetzelfde denken over empathie.
- Methode** Van november 2016 tot en met februari 2017 vond een cross-sectioneel onderzoek plaats. De deelnemende huisartsen en patiënten vulden direct na een consult een vragenlijst over de ervaren empathie in. Patiënten kregen de Consultation and Relational Empathy-vragenlijst voorgelegd (CARE, 10 tot 50 punten). Huisartsen vulden een variant van deze lijst in, waarbij de vragen geherformuleerd waren vanuit het perspectief van de huisarts.
- Resultaten** Het onderzoek betrof 147 consulten van 34 verschillende huisartsen uit 16 praktijken. Voor de analyse waren 143 vragenlijsten bruikbaar. Patiënten scoorden op een schaal van 10 tot 50 de door de huisarts getoonde empathie significant hoger dan de huisartsen, respectievelijk 42,1 en 31,6 [$p < 0,0001$]. De correlatie tussen de score van de patiënt en de huisarts was laag ($r = 0,06$).
- Conclusie** Huisartsen scoren de door hen getoonde empathie consequent en statistisch significant lager dan de patiënten de ervaren empathie scoren. De wijze waarop huisartsen empathie beleven is nauwelijks voorspellend voor de manier waarop patiënten die ervaren. Patiënten zijn [zeer] positief over de door hun huisarts getoonde empathie.

INLEIDING

Empathie wordt wereldwijd beschouwd als een belangrijke factor voor goede huisartsgeneeskundige zorg.¹⁻³ In deze context betreft empathie het vermogen van de arts om de situatie, het perspectief en het gevoel van de patiënt te begrijpen, dit begrip te tonen en te toetsen op juistheid, en op basis hiervan op een behulpzame, therapeutische manier te handelen.^{2,4} Een empathische communicatie-

Voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg is het zinvol om ook te kijken naar de mate waarin huisartsen empathisch zijn. De meningen over het empathisch vermogen van de huisarts, de betekenis en inzet ervan, verschillen nogal onder (huis)artsen.^{12,13} De vraag dringt zich op wie bepaalt of een huisarts empathisch is: de huisarts zelf, de patiënt of beiden? Er zijn diverse vragenlijsten beschikbaar om empathie te meten en het effect ervan op zorgindicatoren te bepalen.¹⁴ Empathie kan worden gemeten door te vragen naar de mening van de arts zelf, die van een externe beoordelaar of die van de patiënt. Het is nog niet bekend of huisartsen en patiënten hetzelfde denken over de door de huisartsen getoonde empathie tijdens een consult.

De literatuur over het meten van empathie richt zich veelal op studenten en artsen, en in mindere mate op patiënten.^{4,15,16} Wanneer het aan patiënten wordt gevraagd, betreft het opvallend vaak onderzoek over de test eigenschappen van de vragenlijsten, zoals de betrouwbaarheid en validiteit, en niet zozeer over de tevredenheid over de zorg.^{15,17-20} Onderzoeken die wél het effect van empathie

Een empathische communicatiestijl verhoogt de patiënttevredenheid en versterkt de arts-patiëntrelatie

stijl verhoogt de patiënttevredenheid⁵⁻⁷ en versterkt de arts-patiëntrelatie.^{1,8} Empathie heeft daarmee een positieve invloed op de diagnostiek en de behandeling.^{1,4,9-11} Empathische communicatie is complex doordat ze zich op drie niveaus uit: attitude, vaardigheden en gedrag.

KADER 1

CARE-VRAGENLIJST VOOR PATIËNTEN

Hoe goed was de dokter in ...

1. ... u op uw gemak stellen.

[was vriendelijk en warm, behandelde u respectvol, niet afstandelijk of kortaf]

2. ... u uw 'eigen verhaal' laten vertellen.

[gaf u de tijd om uw klachten volledig in eigen woorden te beschrijven; zonder u te onderbreken of af te leiden]

3. ... echt naar u luisteren.

[schonk aandacht aan wat u vertelde; keek niet naar aantekeningen of de computer terwijl u aan het praten was]

4. ... in u als persoon geïnteresseerd zijn.

[vroeg naar/wist van relevante gebeurtenissen uit uw leven, uw situatie; behandelde u niet als een nummer]

5. ... volledig begrijpen van uw zorgen.

[liet u merken dat hij/zij uw zorgen goed begrepen had; zonder dingen over het hoofd te zien of te bagatelliseren]

6. ... tonen van zorgzaamheid en medeleven.

[kwam oprecht betrokken over, sprak met u van mens tot mens; zonder onverschillig of afstandelijk te zijn]

7. ... positief zijn.

[had een positieve benadering en een positieve houding; was eerlijk maar niet negatief over uw problemen]

8. ... duidelijk uitleggen van dingen.

[beantwoordde uw vragen volledig; legde duidelijk uit, gaf u passende informatie, zonder vaag te zijn]

9. ... u helpen zelf de regie te nemen.

[onderzocht met u wat u zelf kunt doen om uw gezondheid te verbeteren, moedigde u aan in plaats van u 'de les te lezen']

10. ... opstellen van een plan van aanpak met u.

[besprak de mogelijkheden met u, betrok u in beslissingen zoveel als u wilde, zonder uw opvattingen te negeren]

op de geleverde zorg meten, gebruiken vaak de mening van artsen, studenten of externe beoordelaars als maat en minder vaak die van patiënten of die van beide groepen.^{4,14} Onderzoek wijst uit dat huisartsen in de dagelijkse patiëntenzorg empathie beter inzetten dan in onderwijssituaties en dat het empathisch vermogen van zorgverleners toeneemt met hun werkervaring.^{18,21} Een enkel onderzoek heeft wel artsen én patiënten naar empathie gevraagd, maar daarbij ging het niet om de ervaren empathie tijdens het zorgcontact; onderzoekers vonden overeenkomsten en verschillen in de ervaren empathie.^{19,22-24} Het maakt dus uit wie je naar empathie vraagt en onder welke omstandigheden je empathie meet. Dit onderzoek richt zich op de mate waarin patiënten en huisartsen hetzelfde denken over de door huisartsen getoonde empathie tijdens een consult.

KADER 2

GEHERFORMULEERDE VRAGENLIJST VOOR HUISARTSEN

Hoe goed was u in ...

1. ... uw patiënt op zijn/haar gemak stellen.

[u was vriendelijk en warm, behandelde hem/haar respectvol, niet afstandelijk of kortaf]

2. ... de patiënt zijn/haar 'eigen verhaal' laten vertellen.

[u gaf hem/haar de tijd om zijn/haar klachten volledig in eigen woorden te beschrijven; zonder hem/haar te onderbreken of af te leiden]

3. ... echt naar uw patiënt luisteren.

[schonk aandacht aan wat uw patiënt vertelde; keek niet naar aantekeningen of de computer terwijl hij/zij aan het praten was]

4. ... in uw patiënt als persoon geïnteresseerd zijn.

[vroeg naar/wist van relevante gebeurtenissen uit zijn/haar leven, zijn/haar situatie; behandelde uw patiënt niet als een nummer]

5. ... volledig begrijpen van de zorgen van uw patiënt.

[liet uw patiënt merken dat u zijn/haar zorgen goed begrepen had; zonder dingen over het hoofd te zien of te bagatelliseren]

6. ... tonen van zorgzaamheid en medeleven.

[kwam oprecht betrokken over, sprak met uw patiënt van mens tot mens; zonder onverschillig of afstandelijk te zijn]

7. ... positief zijn.

[had een positieve benadering en een positieve houding; was eerlijk maar niet negatief over de problemen van uw patiënt]

8. ... duidelijk uitleggen van dingen.

[beantwoordde de vragen van uw patiënt volledig; legde duidelijk uit, gaf uw patiënt passende informatie, zonder vaag te zijn]

9. ... uw patiënt helpen zelf de regie te nemen.

[onderzocht met uw patiënt wat hij/zij zelf kan doen om zijn/haar gezondheid te verbeteren, moedigde uw patiënt aan in plaats van hem/haar 'de les te lezen']

10. ... opstellen van een plan van aanpak met uw patiënt.

[besprak de mogelijkheden met hem/haar, betrok uw patiënt in beslissingen zoveel als hij/zij wilde, zonder de opvattingen van uw patiënt te negeren]

METHODE

Onderzoeksontwerp

Tussen december 2016 en maart 2017 vond in zestien huisartsenpraktijken in Nederland een cross-sectioneel onderzoek plaats. Daarbij werden de consulten tussen huisartsen en patiënten voorafgaand aan het consult gerandomiseerd, zonder de huisarts daarvan op de hoogte te stellen. Spoedconsulten en visites vielen buiten het bestek van het onderzoek. Na het consult vroegen de onderzoekers om toestemming voor deelname, en vulden de huisarts en patiënt vervolgens afzonderlijk

Tabel 1

Kenmerken van deelnemers en consulten

	N	%
Geslacht van patiënten, n = 143		
Man	60	42,0
Vrouw	83	58,0
Leeftijd, jaar		
18 tot 24	12	8,4
25 tot 64	86	60,1
≥ 65	45	31,5
Geslacht van huisartsen, n = 34		
Man	15	44,1
Vrouw	19	55,9
Werkervaring, jaar		
< 10	11	32,4
10 tot 20	9	26,5
> 20	14	41,2
Consulten, n = 143		
Reden voor consultatie		
Lichamelijk	101	70,6
Psychosociaal	8	5,6
Zowel lichamelijk als psychosociaal	34	23,8
Uitlooptijd van het spreekuur		
Geen	51	35,7
5 tot 15 minuten	70	49,0
> 15 minuten	22	15,4

WAT IS BEKEND?

- Empathische communicatie is een belangrijke factor in huisartsgeneeskundige zorg. Het tonen van empathie verhoogt onder andere de patiënttevredenheid en versterkt de relatie met de patiënt.
- Onderzoek naar empathie richt zich vaker op de ervaring van huisartsen dan op de beleving van patiënten.
- Empathie is subjectief; er is weinig kennis over de manier waarop huisartsen en hun patiënten de empathie tijdens een consult ervaren.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen scoren de door hen getoonde empathie consequent en statistisch significant lager dan de patiënten de ervaren empathie scoren.
- Patiënten vinden hun huisarts (zeer) empathisch.
- Huisartsen onderschatten hun empathisch vermogen, terwijl ze er vertrouwen in mogen hebben.

een vragenlijst in. Per huisarts includeerden de onderzoekers maximaal vijf consulten.

Deelnemers

De onderzoekers hebben huisartsen uit hun eigen netwerk en door middel van *snowball sampling* geworven. Er waren geen exclusiecriteria voor huisartsen. Alle Nederlands sprekende patiënten met een leeftijd van ≥ 18 jaar kwamen in aanmerking voor deelname. Om een gemiddeld verschil van 5 te vinden met een standaarddeviatie (sd) van 5, een α van 0,05 en een power van 0,80, probeerden de onderzoekers minimaal 34 verschillende huisartsen te includeren.

Meetinstrumenten

De patiënten vulden de Nederlandse gevalideerde versie van de Consultation and Relational Empathy (CARE) vragenlijst in [kader 1].²⁰ Deze vragenlijst meet met behulp van tien vragen de perceptie van patiënten van de getoonde empathie op een vijfpuntslikertschaal (1 = slecht tot 5 = uitstekend), met een totaalscore van 10 tot 50.^{25,26} De onderzoekers pasten de Nederlandse CARE-vragenlijst zo aan dat deze ook aan de huisartsen kon worden voorgelegd [kader 2]. Huisartsen en hun patiënten vulden dus ongeveer dezelfde vragen in. Daarnaast beantwoordden de huisartsen vragen over het geslacht, de leeftijd en de reden voor het huisartsbezoek van de patiënt, hun eigen werkervaring en de uitlooptijd van het spreekuur. De onderzoekers vermoedden dat patiënten de ervaren empathie lager zouden scoren naarmate het spreekuur meer was uitgelopen.

Statistische analyse

Voor elk consult berekenden de onderzoekers de totale score en het verschil tussen de scores van huisartsen en hun patiënt. Vervolgens gebruikten ze een random effect-model (mixed model) om het verschil te toetsen (*two-way mixed intraclass correlation coefficient* op basis van een *absolute-agreement-definitie*).²⁷ Daarnaast gebruikten ze een eenwegvariantieanalyse (ANOVA) om te onderzoeken of deelnemen van één huisarts in meerdere consultaties de uitkomsten zou beïnvloeden.

RESULTATEN**Kenmerken van de deelnemers**

De onderzoekers verzamelden gegevens van 147 consulten in 16 huisartsenpraktijken bij 34 verschillende huisartsen. Het betrof zowel academische als niet-academische huisartsen. Voor de analyse waren 143 consulten geschikt. Kenmerken van consulten en deelnemers zijn weergegeven in [tabel 1].

Primaire uitkomsten

De gemiddelde zelfgerapporteerde score van huisartsen was 31,6 (sd 4,2; spreiding 24 tot 41). De gemiddelde patiëntscore voor de CARE-vragenlijst was 42,1 (sd 7,0; spreiding 20 tot 50). Huisartsen scoorden de door hen getoonde empathie significant lager dan hun patiënten, met een gemiddeld verschil van 10,6 (95%-BI 9,3 tot 11,8; spreiding -7,0 tot 24,0). Na



Het tonen van empathie verhoogt de patiënttevredenheid en versterkt de relatie met de patiënt.

Foto: iStock

correctie voor het gebruik van eenzelfde huisarts in meerdere consulten vonden de onderzoekers een gemiddeld verschil van 10,64 (95%-BI 9,0 tot 12,27). In 131 van de 143 consulten scoorden patiënten de getoonde empathie hoger dan huisartsen. De intraclasscorrelatiecoëfficiënt tussen de scores van huisartsen en hun patiënten was 0,06 (95%-BI -0,52 tot 0,19; $p = 0,023$).

Correctie voor mogelijke confounders

De onderzoekers vonden geen statistisch significante verschillen voor de volgende mogelijke confounders: reden voor het consult ($p = 0,66$), uitloop van het spreekuur ($p = 0,41$), leeftijd van de patiënt ($p = 0,54$), geslacht van de patiënt ($p = 0,44$), geslacht van de huisarts ($p = 0,53$) en jaren werkervaring ($p = 0,12$). Beschrijvende statistieken van deze variabelen staan in [online tabel 2].

BESCHOUWING

Dit is het eerste onderzoek dat de door patiënten ervaren empathie vergelijkt met de volgens huisartsen getoonde empathie. Huisartsen beoordelen de door hen getoonde empathie tijdens een consult significant en systematisch lager dan hun patiënten. De beleving van huisartsen van de door hen getoonde empathie is nauwelijks voorspellend voor die van patiënten. De laatste zijn (zeer) positief over de getoonde empathie van hun huisarts.

Dit onderzoek laat zien dat patiënten veel empathie ervaren tijdens het consult met hun huisarts. Dit komt overeen met de bevindingen van eerder onderzoek.^{20,26} Bovendien toont het aan dat patiënten hun huisarts nog steeds als erg empathisch beschouwen, ook al wekte eerder onderzoek een andere indruk doordat bleek dat de mate van getoonde empathie gedurende de medische opleiding afneemt.²⁸

In de recente discussie rond het thema empathie in dit blad kwam naar voren dat de beroepsgroep vindt dat niet elk consult dezelfde mate van empathie behoeft en dat empathie er niet toe mag leiden dat de huisarts de wensen van de patiënt maar klakkeloos volgt.²⁹ Niet elk consult heeft (dezelfde mate

Huisartsen mogen vertrouwen hebben in hun empathisch vermogen

van) empathie nodig en het tonen van empathie hoeft het nemen van professionele, doelmatige keuzen niet in de weg te staan. Over de gepastheid en het effect van empathie valt op basis van dit onderzoek geen conclusies trekken. Wel lijkt het erop dat huisartsen de door hen getoonde empathie tijdens het consult systematisch onderschatten.

Uiteraard moeten we voorzichtig zijn met het interpreteren van de resultaten omdat het onderzoek is uitgevoerd bij een

selecte groep huisartsen, die mogelijk een specifieke belangstelling heeft voor het onderwerp. Bovendien waren deze huisartsen op de hoogte van het onderwerp van het onderzoek, waardoor ze wellicht meer gericht waren op empathisch communiceren. De onderzoekers hebben geprobeerd deze invloed zo klein mogelijk te houden door huisartsen (en patiënten) pas na het consult te vragen om het consult te evalueren. Hoe kunnen we het verschil tussen de gegeven empathie volgens de huisartsen en de ervaren empathie door patiënten nu verklaren? Een mogelijke verklaring is dat huisartsen hun eigen empathische gedrag onderschatten. Ook zou het kunnen zijn dat empathie zo is ingebouwd in de communicatiestijl van huisartsen dat deze het heel natuurlijk vinden om hun consulten op deze manier te voeren. Het is ook mogelijk dat patiënten de empathie hoog scoren omdat ze hun huisarts over het algemeen als erg prettig ervaren.

CONCLUSIE

Tegenwoordig staat het inzetten van empathie onder druk door praktijkorganisatorische factoren, zoals triage door de assistentes, het gebruik van de computer en de focus op ketenzorg en protocollen.¹² Toch blijkt uit dit onderzoek dat huisartsen vertrouwen mogen hebben in hun empathisch vermogen en zich bewust moeten zijn van het verschil tussen de door de patiënt ervaren empathie en de door henzelf ingeschatte empathie. Mogelijk kan een groter vertrouwen in de eigen empathische vaardigheden zelfs resulteren in een nog betere persoonsgerichte communicatie en een verdere verbetering van de kwaliteit van zorg. ■

LITERATUUR

- Reynolds WJ, Scott B. Empathy: a crucial component of the helping relationship. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999;6:363-70.
- Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* 2002;52(Suppl):S9-12.
- Derksen F, Bensing J, Kuiper S, Van Meerendonk M, Lagro-Janssen A. Empathy: what does it mean for GPs? A qualitative study. *Fam Pract* 2015;32:94-100.
- Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013;63:e76-84.
- Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Fam Med* 2011;43:412-7.
- Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, et al. Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med* 2011;24:665-72.
- Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof* 2004;27:237-51.
- Reynolds WJ, Scott B. Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *J Adv Nurs* 2000;31:226-34.
- Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002;15:25-38.
- Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication adherence: truth and consequences. *Am J Med Sci* 2016;351:387-99.
- Kaplan JE, Keeley RD, Engel M, Emsermann C, Brody D. Aspects of patient and clinician language predict adherence to antidepressant medication. *J Am Board Fam Med* 2013;26:409-20.
- Derksen FAWM, Olde Hartman T, Bensing J, Lagro-Janssen A. Empathie, een kracht van de huisarts in gevaar? *Huisarts Wet* 2018;61:18-23.
- Pleumeekers HJCM. Spanning tussen empathie en professioneel handelen. *Huisarts Wet* 2018;61:24.
- Pedersen R. Empirical research on empathy in medicine – a critical review. *Patient Educ Couns* 2009;76:307-22.
- Borracci RA, Doval HC, Celano L, Ciancio A, Manente D, Calderon JGE. Patients' perceptions of Argentine physicians' empathy based on the Jefferson scale of patient's perceptions of physician empathy: psychometric data and demographic differences. *Educ Health (Abingdon)* 2017;30:19-25.
- Chaitoff A, Sun B, Windover A, Bokar D, Featherall J, Rothberg MB, et al. Associations between physician empathy, physician characteristics, and standardized measures of patient experience. *Acad Med* 2017;92:1464-71.
- Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson scale of patient's perceptions of physician empathy: preliminary psychometric data. *Croat Med J* 2007;48:81-6.
- Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland – a pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Educ Couns* 2008;73:240-5.
- Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: a validity study. *Med Sci Monit* 2007;13:CR291-4.
- Van Dijk I, Scholten Meilink Lenferink N, Lucassen PL, Mercer SW, Van Weel C, Olde Hartman TC, et al. Reliability and validity of the Dutch version of the Consultation and Relational Empathy Measure in primary care. *Fam Pract* 2017;34:119-24.
- Thomson D, Hassenkamp A-M, Mansbridge C. The measurement of empathy in a clinical and a non-clinical setting: does empathy increase with clinical experience? *Physiotherapy* 1997;83:173-80.
- Berg K, Majdan JF, Berg D, Veloski J, Hojat M. Medical students' self-reported empathy and simulated patients' assessments of student empathy: an analysis by gender and ethnicity. *Acad Med* 2011;86:984-8.
- Lin CS, Hsu MY, Chong CF. Differences between emergency patients and their doctors in the perception of physician empathy: implications for medical education. *Educ Health (Abingdon)* 2008;21:144.

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

Hermans L, Olde Hartman T, Dielissen P. Patiënten en huisartsen ervaren empathie verschillend. *Huisarts Wet* 2019;62(4):16-20. DOI:10.1007/s12445-019-0033-y.
Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen: L. Hermans, aios psychiatrie; dr. T. Olde Hartman, huisarts-onderzoeker; dr. P. Dielissen, huisarts-onderzoeker, Patrick.Dielissen@radboudumc.nl.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Hermans L, Olde Hartman T, Dielissen P. Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: a cross-sectional study in primary care. *Br J Gen Pract* 2018;68:e621-6. Publicatie gebeurt met toestemming.

Hypnotherapie bij het prikkelbaredarmsyndroom

Carla Flik

De kwaliteit van leven van patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) is vaak slecht. Medicijnen helpen maar in beperkte mate en daarom worden ook psychologische behandelingen ingezet. Hypnotherapie blijkt een effectieve behandeling, die bij patiënten uit de eerste en tweede lijn vooral effect heeft op de perceptie van de PDS-klachten. Praktijkondersteuners kunnen deze behandeling heel goed uitvoeren, wat ook nog eens kosten bespaart.

INLEIDING

Het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) is een chronische functionele stoornis, gekenmerkt door terugkerende episodes van buikpijn en een veranderde stoelgang zonder structurele of biochemische afwijkingen. De diagnose is gebaseerd op criteria die via consensus tot stand zijn gekomen. De meest recente zijn de Rome IV-criteria uit 2016. Door de klachten ervaren veel patiënten een slechte kwaliteit van leven, met grote economische gevolgen voor de maatschappij. Farmacotherapie heeft een beperkt effect, hoewel bepaalde antibiotica, antispasmemiddelen, pepermuntolie, antidepressiva, linacloti-

de en lubiprostone bij sommige patiënten effectief zijn.¹ Sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw zijn er veel onderzoeken gedaan naar de effecten van psychologische behandelingen van het PDS, waaronder relaxatietherapie, biofeedback, (cognitieve) gedragstherapie, kortdurende psychodynamische therapie, hypnotherapie en recentelijk mindfulness. Sinds 1984 zien we een toenemende aandacht voor de mogelijkheden van hypnosebehandeling bij het PDS.² Verschillende systematische reviews concluderen dat behandeling met hypnose effectief is bij het PDS, maar dat er meer methodologisch goed opgezette randomised controlled trials (RCT's) nodig zijn, met een grotere patiëntenpopulatie en speciaal gericht op de toepassing in de eerste en tweede lijn.^{3,4} Daarom ontwierpen wij een RCT om een vergelijking te maken tussen:

- het effect van behandeling met hypnotherapie bij PDS-patiënten uit de eerste en tweede lijn en dat van een behandeling met een educatieve, ondersteunende inhoud (controlegroep).
- het effect van groepsbehandeling met hypnotherapie en dat van individuele behandeling met hypnotherapie.



In de hypnotherapiesessies kregen patiënten voorstellingen aangeboden om de werking van de darmen en de pijnklachten te beïnvloeden.

Foto: Inge Pont

Wanneer het effect van groepsbehandeling niet onderdoet voor dat van individuele behandeling, kunnen we veel meer patiënten tegen lagere kosten behandelen.⁵

HET ONDERZOEK

Aan dit onderzoek deden elf ziekenhuizen in Nederland mee. Patiënten met de diagnose PDS volgens de ROME III-criteria, in de leeftijd van 18 tot 65 jaar, kregen een directe verwijzing vanuit huisartsenpraktijken of algemene ziekenhuizen. We excludeerden patiënten die niet voldoende Nederlands

Hypnotherapie voor patiënten in de eerste en tweede lijn heeft vooral een effect op de beleving van de PDS-klachten

spraken, niet in een groep wilden functioneren, een psychiatrische aandoening hadden die eerst behandeld moest worden, een comorbide chronische darmziekte hadden en een eerdere operatie aan darmen of radiotherapie hadden ondergaan. De patiënten verdeelden we na een uitgebreide intake in een verhouding van 3:3:1 at random over drie groepen: zes zittingen individuele behandeling met hypnose (IHT), zes zittingen groepsbehandeling met hypnose in een groep van zes patiënten (GHT) of zes zittingen educatieve ondersteunende therapie (controle) in een groep van zes patiënten (EOT). De zittingen vonden om de veertien dagen plaats. We moesten 354 patiënten includeren (150 IHT, 150 GHT, 54 EOT). In de hypnotherapiesessies leerden de patiënten tijdens iedere zitting een oefening, die ze vervolgens op cd mee naar huis kregen om dagelijks thuis te oefenen. Na een algemene relaxatieoefening werd de concentratie van de patiënten verdiept en kregen ze imaginaties (voorstellingen) aangeboden om de werking van de darmen en de pijnklachten van het PDS te beïnvloeden.

DE KERN

- Hypnotherapie is een effectieve manier om patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom (PDS) in de eerste en tweede lijn te behandelen.
- Zo mogelijk heeft groepsbehandeling de voorkeur, omdat er dan meer patiënten tegen lagere kosten behandeld kunnen worden.
- In de *stepped care* voor PDS-patiënten in de eerste lijn zou na het geven van uitgebreide informatie en leefstijladvies hypnotherapie met de patiënt besproken moeten worden, naast mogelijke medicamenteuze behandeling.
- Praktijkondersteuners kunnen een training krijgen in het toepassen van hypnotherapie voor PDS-patiënten.

Voorbeelden van imaginaties zijn een rustig meanderende rivier om de darmwerking te beïnvloeden of het in zachte doeken wikkelen van de darmen om de pijn te dempen. De therapeut benadrukte nogmaals dat het belangrijk was dat de patiënten de oefeningen dagelijks thuis deden. In de groepssessies gebeurde hetzelfde, alleen dan met zes patiënten tegelijk.

Het is lastig om voor onderzoek naar psychologische behandelmethoden een goede controle-interventie te ontwerpen. Bij een vergelijking met bijvoorbeeld een wachtlijst of zelfregistratie van patiënten, zou de aandacht van de therapeut en niet de inhoud van de behandeling het effect van de behandeling kunnen verklaren. Daarom ontwierpen we een controlegroep waarin we de non-specifieke factoren gelijk hielden: het aantal zittingen met een vergelijkbare lengte, een inhoud die relevant is voor de patiënt en een therapeut die dezelfde intensiteit van training heeft gehad als de therapeut van de interventiegroepen. We ontwikkelden een educatieve, ondersteunende groepsintervisie, waarin de therapeut onderwerpen behandelde die we hadden bepaald op grond van de kennislacunes bij patiënten en hun behoefte aan informatie. De therapeut gaf uitleg over het PDS en vervolgens werd gesproken over klachten, gedachten, copingmechanismen, beperkingen, vermijdingsgedag en de relatie tot de sociale omgeving van de patiënten. Verder kwamen de richtlijnen rond voeding en het belang van beweging aan de orde, en kregen de patiënten uitleg over het stresssysteem en de manieren waarop ze hiermee omgingen. In navolging van het advies van het Rome-comité over optimale uitkomstmaten voor onderzoek naar functionele darmaandoeningen, kozen we de beleving van de klachten (de *adequate relief*, AR) als primaire uitkomstmaat. Na afloop van de behandeling en op negen maanden na afloop vulden de patiënten op vier achtereenvolgende weken een vragenlijst in om te achterhalen of ze voldoende verlichting van hun klachten hadden ondervonden. Wanneer ze drie of vier van de vier keer bevestigend antwoordden, werd dit als een positieve uitkomst gerekend. Als secundaire uitkomstmaten kozen we voor de ernst van de symptomen (de IBS-SSS), de kwaliteit van leven (de IBS-QoL), psychische symptomen (de SCL-90), dysfunctionele cognities over het PDS (de CS-FBD), een zelfeffectiviteitsschaal (SES), en de directe medische en de indirecte kosten (ziekteverzuim en verminderde productie op het werk) door het PDS (TIC-P). Deze namen we voor de behandeling, en direct na en negen maanden na afloop van de behandeling af.

BETERE RESULTATEN

Tussen mei 2011 en april 2016 kregen 494 patiënten een verwijzing, van wie we 354 includeerden.⁶ Later, bij de ITT-analyse, excludeerden we twaalf patiënten omdat de klachten een andere oorzaak bleken te hebben of omdat ze een te hoge leeftijd hadden. Na afloop van de behandeling ervoer 40% van de patiënten in de IHT-groep, 35% in de GHT-groep en 17% in de EST-groep voldoende verlichting van hun symptomen. Negen maanden na afloop van de behandeling waren deze cijfers 42% in de IHT-groep, 50% in de GHT-groep en 23% in de EST-groep. De intention to treat-analyse liet zien dat

de respons op de verschillende behandelingen wat betreft de primaire uitkomstmaat significant beter was voor de hypnose-behandeling dan voor de educatieve ondersteunende behandeling, zowel na afloop van de behandeling (na 3 maanden: oddsratio 2,9 (95%-BI 1,2 tot 7,4)), als na de follow-up van 9 maanden (12 maanden: oddsratio 2,8 (95%-BI 1,2 tot 6,7)). De per protocolanalyse liet zien dat de groepsbehandeling met behulp van hypnose niet onderdeed voor de individuele behandeling.

Het 'number needed to treat' voor hypnotherapie was 4,9 na drie maanden en 4,4 na twaalf maanden.

Patiënten in alle drie de groepen verbeterden wat betreft symptomen, kwaliteit van leven, psychische klachten, cognities en zelfeffectiviteit. Hypnotherapie leidde tot iets betere resultaten, maar het verschil met de educatieve groep was niet significant. Ook de medische kosten en het ziekteverzuim verminderden in de drie groepen, terwijl de effectiviteit op het werk toenam. Ook hierin was er geen significant verschil tussen de drie groepen.

Bij een subgroepanalyse bleken de patiënten die uit de tweede lijn afkomstig waren een grotere kans op een positief resultaat te hebben dan patiënten die door de eerste lijn waren verwezen. Nadere analyses lieten zien dat deze twee groepen niet verschilden in subtype PDS, symptomen of kwaliteit van leven voor aanvang van de behandeling, maar dat de patiënten uit de tweede lijn significant hogere scores hadden op enkele psychische symptomen, namelijk somatisatie, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit. We vonden geen verschil in effect van de behandeling tussen groepen met verschillende ernstgraad van PDS-symptomen of bij PDS-subtypen.

BELEVING VAN PDS-KLACHTEN

Het meest opvallende is het significante verschil tussen het effect van de hypnotherapie en dat van de educatieve ondersteuning op de beleving van de patiënt van zijn klachten, terwijl er geen significant verschil is in verbetering van symptomen tussen beide groepen. Het lijkt erop dat de hypnotherapie bij patiënten uit de eerste en tweede lijn vooral een effect heeft op de perceptie van de PDS-klachten. Eerdere onderzoeken lieten een groter effect van hypnotherapie zien op de symptomen van het PDS.⁷⁻⁹ Bij die onderzoeken bestond de onderzoeksgroep echter meestal uit patiënten uit de derde lijn, die bij aanvang van de behandeling een hogere symptoomscore hadden en daardoor meer ruimte voor verandering hebben.

De resultaten van twee eerdere onderzoeken naar behandeling met hypnotherapie in de eerste of tweede lijn waren vergelijkbaar met die van ons. Patiënten rapporteerden een groter welzijn en betere coping met de klachten, hoewel de onderzoekers met de symptomenlijst of kwaliteit van leven-lijst geen significante verschillen vonden. Het lijkt erop dat patiënten in de eerste en tweede lijn met hypnotherapie vooral verbeteren wat betreft hun coping, terwijl de symptomen in de derde lijn, met ernstiger klachten bij aanvang, ook significant meer verbeteren.

HYPNOTHERAPIE BINNEN STEPPED CARE

Uit onze vergelijking van de kosten voor PDS-patiënten uit de eerste en tweede lijn blijkt dat PDS-patiënten zo veel mogelijk in de eerste lijn behandeld moeten worden om de kwaliteit van zorg te kunnen optimaliseren.¹⁰ Dit strookt ook met de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn. In de huisartsenpraktijk namen de gemiddelde medische kosten (voor de huisarts, alle specialismen en medicatie) per patiënt toe met gemiddeld 486 euro over de drie jaar nadat de diagnose PDS gesteld was. Voor PDS-patiënten die in de tweede lijn behandeld werden bedroeg de toename van deze kosten 2328 euro per jaar. Verwijzing naar de specialist kan nodig zijn bij diagnostische onzekerheid en/of wanneer zich alarmsymptomen voordoen. De eerste stap in het management van het PDS in de eerste lijn bestaat uit het geven van adequate informatie en leefstijladviezen. Patiënten denken vaak al veel te weten over hun aandoening, maar hebben, zoals uit onderzoek blijkt, ook veel onjuiste ideeën die correctie behoeven.⁵ Wanneer dit onvoldoende helpt, is verwijzing voor hypnotherapie zeker een optie, wat volgens ons vooral kan gelden voor patiënten die meer psychische problemen met hun klachten hebben. Deze groep patiënten krijgt nu nog een verwijzing naar de tweede lijn, terwijl dat niet noodzakelijk is als de behandeling ook vanuit de eerste lijn kan plaatsvinden. Praktijkondersteuners zouden deze behandeling heel goed kunnen uitvoeren, mits ze daartoe zijn opgeleid. De kosten van een behandeling bij de poh-ggz bedragen 283,50 euro voor een individuele behandeling (intake plus zes sessies) of 94,50 euro voor een groepsbehandeling (individuele intake plus zes sessies, bij een groepsgrootte van zes patiënten). Gezien de behandelkosten die hiermee bespaard kunnen worden, lijkt dit een goede optie. Dit zou ook het tekort aan therapeuten kunnen ondervangen. De Nederlandse Vereniging voor Hypnose zal de opleiding voor deze behandeling met ingang van dit jaar aanbieden. ■

LITERATUUR

1. Ford AC, Quigley EM, Lacy BE, et al. Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1350–65.
2. Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. *Lancet* 1984;2:1232–3.
3. Webb AN, Kukuruzovic RH, Catto-Smith AG, Sawyer SM. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4:CD005110.

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

Flik CE. Hypnotherapie bij het prikkelbaredarmsyndroom. *Huisarts Wet* 2019;62(4):21–3. DOI:10.1007/s12445-019-0062-6. Universitair Medisch Centrum, Julius Centre for Health Sciences and Primary Care, Utrecht: dr. C.E. Flik, klinisch psycholoog [n.p.]/psychotherapeut, c.e.flik@umcutrecht.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De opioïdenepidemie

Jos van Bommel

In de Verenigde Staten heerst al enige jaren een ware opioïdenepidemie en ook in Nederland stijgt het aantal doktersrecepten voor opioïden. Onder invloed van farmaceutische bedrijven schrijven specialisten en huisartsen deze pijnbestrijders steeds laagdrempeliger voor. Om deze epidemie te keren, moeten artsen én patiënten zich meer bewust worden van de risico's. Huisartsen moeten de adviezen uit de NHG-Standaard Pijn beter naleven, voorzichtiger zijn met herhaalrecepten en de indicaties voor opioïden bij chronische gebruikers beter controleren. Op huisartsenposten zou men opioïden alleen bij strikte noodzaak en voor kortdurend gebruik moeten voorschrijven.

In de Verenigde Staten heerst een duidelijke opioïdenepidemie. In 2017 stierven ongeveer 47.600 Amerikanen aan een overdosis opioïden, van wie circa 17.000 aan opioïden op doktersvoorschrift.¹ Volgens het National Institute on Drugs Abuse overlijden aan opioïden jaarlijks meer Amerikanen dan aan verkeersongevallen.² Ook in Nederland wordt het opioïdenprobleem steeds zichtbaarder.³ De problemen doen zich vooral voor bij de pijnstiller oxycodon, en in mindere mate ook bij andere opioïden zoals fentanyl. In 2016 telde ons land volgens de Stichting Farmaceutische Kengetallen 440.000 inwoners die oxycodon gebruikten, viermaal zoveel als in 2008.⁴ Het Nederlands Vergiftigingen Informatiecentrum (NVIC) zag in diezelfde periode het aantal meldingen over oxycodon explosief toenemen: in 2017 waren dat er 280, 6,5 keer zoveel als in 2008, en in de eerste helft van 2018 waren er al 215 meldingen.⁵ Het aantal sterfgevallen door opioïden neemt toe en jaarlijks komen circa 700 patiënten door oxycodongelateerde problemen op de spoedeisende hulp terecht.^{6,7} In wijken met een lage sociaal-economische status (SES) ligt het gebruik van opioïden 55% hoger dan in wijken met een hoge SES.⁸ Of het aantal verslaafden aan opioïden

ook toeneemt, is onduidelijk omdat harde cijfers ontbreken.

In de Verenigde Staten zijn farmaceutische bedrijven de voornaamste aanstichters van de opioïden crisis, zegt Andrew Kolodny, directeur van *Physicians for Responsible Opioid Prescribing*.⁹ Het begon allemaal in 1996 met de introductie van Oxycontin®, een pijnstiller die volgens de fabrikant, Purdue Pharma, nauwelijks bijwerkingen had. Dokters lieten zich door groots opgezette campagnes massaal misleiden en verleiden, en begonnen het middel laagdrempelig voor te schrijven.

Na de eeuwwisseling bereikte dit goede nieuws ook de Nederlandse markt. Vooral huisartsen gingen oxycodon voorschrijven; anno 2018 zijn zij de groep die met afstand het meeste oxycodon voorschrijft. Volgens voorlopige cijfers komt circa 75% van de eerste recepten en 90% van de herhaalrecepten uit handen van de huisarts. Zorgverzekeraars Nederland doet daar momenteel onderzoek naar.¹⁰ Tegen het advies in van de NHG-Standaard Pijn schrijven huisartsen het sterker werkende oxycodon zelfs vaker voor dan morfine, dat toch het middel van eerste keuze is bij zware pijnstilling. Morfine werd in het verleden vooral voorgeschreven aan kankerpatiënten en aan terminale patiënten, tegenwoordig staat rugpijn bovenaan de top vijf van aandoeningen waarvoor morfine wordt voorgeschreven en longkanker op plaats drie. Bij oxycodon wordt de top vijf zelfs geheel in beslag genomen door rug- en schouderklachten!¹¹

Er zijn ook andere factoren die het gebruik van opioïden mogelijk beïnvloeden, zoals zelfrapportage bij pijnscores, meer aandacht voor pijn en een kortere opnameduur in ziekenhuizen. Harde cijfers daarover ontbreken echter.

WAT KUNNEN HUISARTSEN DOEN?

Volg de NHG-Standaard

Belangrijk is dat huisartsen én patiënten zich bewust worden van de risico's. We moeten inzien dat Nederland een opioïdenprobleem heeft en dat een echte opioïden crisis, zoals in de Verenigde Staten, ook hier kan ontstaan.



In het verleden waren 'pammetjes' zaligmakend, daarna antidepressiva, nu zijn het de opioïden.

Foto: Shutterstock

Opioiden hebben gevaarlijke bijwerkingen, zoals obstipatie, delier, sufheid waardoor valneiging en ongevallen, en niet in de laatste plaats verslaving, vooral bij mensen die verslavingsgevoelig zijn.¹² Het aantal ziekenhuisopnames door vergiftigingen neemt toe.

Artsen en patiënten moeten leren aanvaarden dat het adagium ‘U hoeft geen pijn te hebben’ vaak te rooskleurig is en dat opioiden geen wondermiddelen zijn. In het verleden waren ‘pammetjes’ zalmakend, daarna antidepressiva, nu zijn het de opioiden, maar elk middel blijkt bijwerkingen te hebben. Leren accepteren helpt. Het moeilijkst te accepteren is chronische pijn zonder zicht op verbetering, aldus een van mijn patiënten.

Het beste is de onlangs herschreven NHG-Standaard Pijn te volgen en een sterkwerkend opioïd alleen te overwegen als er sprake is van ernstige pijn met zoveel invloed op het dagelijks functioneren dat de situatie moet worden doorbroken.¹³ Bespreek met de patiënt de te verwachten voordelen, de bijwerkingen en het mogelijke ontstaan van afhankelijkheid. Schrijf opioiden alleen voor bij uitzondering en bij voorkeur kortdurend bij chronische, niet aan kanker gerelateerde pijn. En dat alleen aan patiënten die niet gevoelig zijn voor middele afhankelijkheid. Wees terughoudend bij patiënten met psychische aandoeningen.

Wees alert bij herhaalrecepten

In de praktijkorganisatie is er mijns inziens ook winst te boeken. Teken herhaalrecepten voor een opioïd alleen na contact met de patiënt (telefonisch, spreekuur, huisbezoek). Zorg dat de apotheker op de te tekenen recepten duidelijk aangeeft dat het om een herhaalrecept gaat.

De huisarts zou ook samen met de apotheker een lijst kunnen uitdraaien van alle (chronische) opioïdengebruikers en deze uitnodigen voor een gesprek, zoals dat vroeger gebeurde bij het terugdringen van ‘pammetjes’ en antidepressiva. In dat gesprek kunnen de voor- en nadelen van opioïden met de patiënt besproken worden, en kunnen ook de angst-pijncirkel en alternatieven voor opioïden ter sprake komen. Wellicht kan de zorgverzekeraar een module ‘terugdringen opioïdengebruik’ ontwikkelen.

Wat ook zou helpen, is betere afstemming tussen eerste en tweede lijn rond de pijnbehandeling, bijvoorbeeld door op de ontslagmedicijnlijst een extra waarschuwing te zetten: ‘Pas op, recept bevat opioïden!’

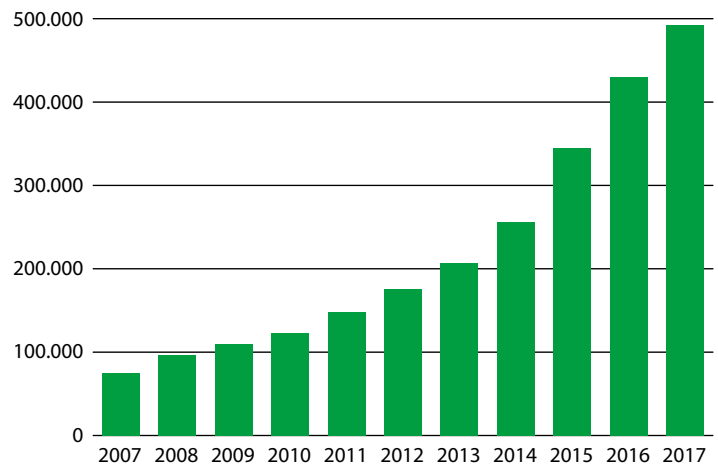
Wees terughoudend op de huisartsenpost

Op huisartsenposten zou men alleen bij strikte noodzaak en kortdurend opioïden moeten voorschrijven.¹⁴ In 2013 was 5,6% van alle via huisartsenposten voorgeschreven medicatie een opioïd, in 2017 was dat 7,7%.¹⁵

De oorzaak kan voor een deel gezocht worden in de protocolaire aanpak van pijn. Zo’n aanpak heeft voordelen, maar ook risico’s. Het protocol schrijft vaak voor de pijn te kwantificeren via zelfrapportage op een visuele analoge schaal. Dat is nuttig, maar bij zelfrapportage kunnen mensen de neiging hebben

Figuur

Aantal gebruikers van oxycodon in Nederland, 2007-2017



Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen®

meer pijn aan te geven, omdat ze dan een zwaarder middel hopen te krijgen.¹⁶ Dan is zorg-op-maat, door goed te luisteren naar de pijnbeleving van de specifieke patiënt, een goede aanvulling op het protocol.

Bij zelfrapportage kunnen mensen de neiging hebben meer pijn aan te geven

Zoek alternatieven

Tot slot zijn er allerlei alternatieven voor opioïden, zoals paracetamol, NSAID's (gels), ijslolly's, cannabis en steroïdinjecties bij artrose.¹⁷⁻²³ Gebruik die en denk daarbij ook aan niet-medicinale behandelingen zoals mindfulness, acupunctuur en cognitieve gedragstherapie.²⁴ ■

LITERATUUR

1. Overdose death rates. Bethesda (MD): National Institute on Drug Abuse, 2019. www.drugabuse.gov, geraadpleegd februari 2019.
2. General statistics: fatality facts. Arlington (VA): Insurance Institute for Highway Safety/Highway Loss Data Institute, 2019. www.iihs.org, geraadpleegd februari 2019.
3. Weesie Y. Ook Nederlandse huisartsen schrijven vaker opioïden voor. Huisarts Wet 2018;61(10):10.

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

Van Bommel JA. De opioïdenepidemie Huisarts Wet 2019;62(4):24-5. DOI:10.1007/s12445-019-0052-8. Huisartsenpraktijk Zielhorst, Amersfoort: J.A.G. van Bommel, huisarts. Correspondentie: josvanbommel@gmail.com. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Late effecten van borstkanker-behandeling op het hart

Saskia Accord-Maass, Liselotte Boerman, Daan Brandenburg, Marjolein Berger, Geertruida de Bock, Annette Berendsen

- Doel** Chemotherapie en/of radiotherapie bij borstkanker kunnen op de lange termijn leiden tot een verminderde hartfunctie. Wij onderzochten hoe vaak cardiale disfunctie voorkomt bij overlevenden van borstkanker die weer onder de zorg van de huisarts vallen.
- Methode** Crosssectioneel onderzoek met 350 vrouwen die meer dan vijf jaar geleden chemo- en/of radiotherapie gekregen hadden voor borstkanker en een gematchte controlegroep van 350 vrouwen van dezelfde leeftijd en huisartsenpraktijk zonder kanker in de voorgeschiedenis. De primaire uitkomstmaat was een linkerventrieklejectiefractie (LVEF) < 54%, gemeten met echocardiografie. Secundaire uitkomstmaten waren de concentratie NT-proBNP, hart- en vaatziekten en het gebruik van cardiovasculaire medicatie.
- Resultaten** Mediaan was de diagnose borstkanker tien jaar voor de meting gesteld (interkwartielafstand 7-14 jaar). Van de overlevenden had 15,3% een LVEF < 54%, van de controlepersionen 7% (OR 2,4; 95%-BI 1,4 tot 4,0). Het percentage met een LVEF < 50% verschilde niet significant tussen beide groepen. Wel was in de groep overlevenden het NT-proBNP hoger, werden meer hart- en vaatziekten gediagnosticeerd en werd meer cardiovasculaire medicatie voorgeschreven. De associaties waren significant, ook na correctie voor cardiovasculaire risicofactoren.
- Conclusie** Wanneer bij een vrouw een cardiovasculair risicoprofiel wordt opgesteld, lijkt het van belang te informeren of zij ooit chemo- of radiotherapie heeft gehad voor borstkanker.

INLEIDING

Borstkanker is de meest voorkomende kanker bij vrouwen en treft in Nederland jaarlijks 15.000 vrouwen.¹ De vijfjaarsoverleving is in Nederland gestegen tot 88%.^{2,3} Dit brengt nieuwe uitdagingen met zich mee. Adjuvante chemotherapie of radiotherapie kan tot tientallen jaren na behandeling leiden tot een verminderde hartfunctie,⁴ maar de langetermijnprevalentie van cardiale disfunctie bij overlevenden van

Eerdere onderzoeken bij overlevenden van borstkanker richtten zich alleen op patiënten bij wie een hartstoornis gediagnosticeerd was en dat leidde wellicht tot overschatting van de prevalentie van deze stoornissen.^{4,6-9} Anderzijds leiden onderzoeken in selecte ziekenhuispopulaties tot overschatting van de prevalentie.¹⁰⁻¹³ Daarom hebben wij in de huisartsenpraktijk de prevalentie van cardiale disfunctie bij overlevenden van borstkanker die behandeld waren met chemotherapie en/of radiotherapie vergeleken met de prevalentie bij controlepersionen.

METHODE

Opzet en deelnemers

Voor dit crosssectionele onderzoek includeerden wij 350 overlevenden van borstkanker uit 80 huisartsenpraktijken in Noord-Nederland, die ten minste vijf jaar geleden waren gediagnosticeerd met borstkanker (ICPC-code X76) in stadium I-III. In een controlegroep includeerden we 350 vrouwen van dezelfde leeftijd (plus of min een jaar) en met dezelfde huisarts, maar zonder kanker in de voorgeschiedenis. Alle deelnemers gaven schriftelijk toestemming.

De eerste verschijnselen zijn vaak vage klachten zoals moeheid

borstkanker is onbekend. De schade aan de hartspiercellen ontwikkelt zich langzaam en kan lange tijd subklinisch blijven; de eerste verschijnselen zijn vaak vage klachten zoals moeheid. Tijdige diagnose is belangrijk, want vroege behandeling van cardiale risicofactoren kan verdere achteruitgang voorkomen en de prognose verbeteren.⁵

Gegevens

Uit de dossiers van de huisartsenpraktijken verzamelden we per deelnemer de ICPC-codes die betrekking hadden op cardiovasculaire risicofactoren en hart- en vaatziekten, en de ATC-codes betreffende cardiovasculaire medicatie.^{14,15} Uit de ziekenhuisdossiers van de groep overlevenden verzamelden we de gegevens over de borstkankerbehandeling, zoals chemotherapie, cumulatieve dosering, antihormonale behandeling en de locatie van de radiotherapie.

In het kader van het onderzoek bepaalden we van alle deelnemers de BMI, vroegen naar hun rook- en beweeggedrag en voerden echocardiografie, ecg en een NT-proBNP-bepaling uit.

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaten waren systolische linkerventrikeldisfunctie, gedefinieerd als linkerventrikelejectiefractie (LVEF) < 54%,^{16,17} en diastolische linkerventrikeldisfunctie, gedefinieerd als 2,5% onder het normale bereik van de betreffende leeftijdsgroep.¹⁷

De belangrijkste secundaire uitkomstmaten waren LVEF < 45% en < 50%, ecg-afwijkingen en een verhoogd NT-proBNP (> 125pg/ml).¹⁸ Over het algemeen wordt een patiënt met een LVEF < 50% verwezen naar de cardioloog, en zal deze met medicatie beginnen bij een LVEF < 45%. Andere secundaire uitkomsten waren nieuw gediagnosticeerde hart- en vaatziekte en voorgeschreven cardiovasculaire medicatie door de huisarts.

Analyse

We beschreven de kenmerken van de deelnemers ten tijde van de diagnose 'borstkanker', dan wel een corresponderende indexdatum voor de controlegroep. Door middel van logistische regressieanalyse vergeleken we de langetermijnprevalentie van linkerventrikeldisfunctie en van de secundaire uitkomstmaten in beide groepen. Met multivariabele logistische regressieanalyse bepaalden we de relatie tussen linkerventrikeldisfunctie, gestegen NT-proBNP-waarden en de prevalentie van hart- en vaatziekte na borstkanker, gecorrigeerd voor cardiale risicofactoren. In één model werd gecorrigeerd voor de kenmerken ten tijde van de diagnose, in een ander model voor de kenmerken ten tijde van de echocardiografie. Alle analyses werden gedaan met IBM SPSS Versie 23.

RESULTATEN

Kenmerken ten tijde van de diagnose

De mediane leeftijd ten tijde van de diagnose was 49 jaar voor de deelnemers die behandeld waren met chemotherapie met of zonder radiotherapie, en 54 jaar voor vrouwen behandeld met alleen radiotherapie [online tabel 1].

Er waren tussen de borstkankergroep en de controlegroep bij aanvang geen statistisch significante verschillen in dyslipidemie, hypertensie, diabetes, gediagnosticeerde hart- en vaatziekte en cardiovasculaire medicatie.

WAT IS BEKEND?

- Steeds meer vrouwen overleven borstkanker.
- Chemo- en radiotherapie kunnen schadelijk zijn voor het hart.
- Een verminderde hartfunctie kan zich aanvankelijk met vage klachten uiten.

WAT IS NIEUW?

- Langetermijnoverlevenden van borstkanker hebben meer risico op een licht verminderde hartfunctie dan vrouwen van dezelfde leeftijd die geen kanker in de voorgeschiedenis hebben.
- Langetermijnoverlevenden van borstkanker hebben meer risico op hart- en vaatziekten.
- Het extra risico is onafhankelijk van traditionele cardiovasculaire risicofactoren.
- Bij het opstellen van het cardiovasculaire risicoprofiel moet men alert zijn op een eerdere behandeling met chemo- of radiotherapie.

Uitkomsten

De mediane follow-up na de diagnose borstkanker was tien jaar [tabel 2]. Ten tijde van de metingen verschilden de cardiovasculaire risicofactoren in de groep overlevenden niet significant van die in de controlegroep. Wel had een significant groter percentage van de groep overlevenden een LVEF < 54% (15,3 versus 7%; OR 2,4; 95%-BI 1,4 tot 4,0). Dit gold tevens voor de subgroepen chemotherapie met of zonder radiotherapie (14,8 versus 6,4%; OR 2,5; 95%-BI 1,2 tot 5,4) en alleen radiotherapie (15,9 versus 7,7%; OR 2,3; 95%-BI 1,1 tot 4,6). Ook het percentage met LVEF < 50% was licht hoger (5,4 versus 2,6%), maar dit verschil was niet significant; het percentage met LVEF < 45% was gelijk (0,6%, n = 2 in elke groep). De prevalentie van diastolische linkerventrikeldisfunctie was in de groep overlevenden hoger dan in de controlegroep (43,4 versus 39,5%; OR 1,2; 95%-BI 0,9 tot 1,6), maar dit verschil was niet significant.

Een significant groter percentage
had een LVEF < 54%

Het percentage deelnemers met een verhoogde NT-proBNP-waarde was significant hoger in de groep overlevenden (36 versus 27,1%; OR 1,5; 95%-BI 1,1 tot 2,1). Dat gold ook voor nieuw gediagnosticeerde hart- en vaatziekten (14 versus 7,4%; OR 2,0; 95%-BI 1,2 tot 3,3) en voorgeschreven cardiovasculaire medicatie (37,7 versus 29,7%; OR 1,4; 95%-BI 1,0 tot 2,0).

Tabel 2

Vergelijking tussen de groep overlevenden van borstkanker en de controlegroep

	Overlevenden	Controlegroep	OR [95%-BI]
n	350	350	
Mediane follow-up, jaren [IQR]	10 [7 tot 14]	10 [8 tot 14]	
Mediane leeftijd, jaren [IQR]	63 [57 tot 68]	63 [57 tot 68]	
Systolische linkerventrikeldisfunctie *			
LVEF < 54%	52 [15,3]	24 [7,0]	2,4 [1,4 tot 4,0]
LVEF < 50%	15 [4,4]	9 [2,6]	1,7 [0,7 tot 4,0]
LVEF < 45%	2 [0,6]	2 [0,6]	1,0 [0,1 tot 7,2]
Diastolische linkerventrikeldisfunctie†	147 [43,4]	133 [39,5]	1,2 [0,9 tot 1,6]
Abnormaliteit op het ecg	83 [24,1]	68 [19,7]	1,3 [0,9 tot 1,9]
NT-proBNP ≥ 125 pg/ml‡	125 [36]	95 [27,1]	1,5 [1,1 tot 2,1]
Risicofactoren voor een hart- en vaatziekte	139 [39,7]	135 [38,6]	1,0 [0,8 tot 1,4]
dyslipidemie	54 [15,4]	58 [16,6]	0,9 [0,6 tot 1,3]
hypertensie	108 [30,9]	106 [30,3]	1,0 [0,7 tot 1,4]
diabetes mellitus	29 [8,3]	16 [4,6]	1,9 [0,99 tot 3,5]
Gediagnosticeerde hart- en vaatziekte	49 [14,0]	26 [7,4]	2,0 [1,2 tot 3,3]
hartfalen	1 [0,3]	3 [0,9]	0,3 [0,03 tot 3,2]
ischemische hart- en vaatziekte§	26 [7,4]	13 [3,7]	2,1 [1,1 tot 4,1]
atriumfibrilleren	11 [3,1]	4 [1,1]	2,8 [0,9 tot 8,9]
andere¶	20 [5,7]	9 [2,6]	2,3 [1,0 tot 5,1]
Cardiovasculaire medicatie	132 [37,7]	104 [29,7]	1,4 [1,0 tot 2,0]
ACE-remmer	65 [18,6]	42 [12,0]	1,7 [1,1 tot 2,5]
antistolling	29 [8,3]	12 [3,4]	2,5 [1,3 tot 5,1]
bètablokker	54 [15,4]	34 [9,7]	1,7 [1,1 tot 2,7]
diureticum	33 [9,4]	39 [11,1]	0,8 [0,5 tot 1,4]
statine	54 [15,4]	40 [11,4]	1,4 [0,9 tot 2,2]

Alle cijfers zijn n[%], tenzij anders aangegeven; significante verschillen zijn **vet** gedrukt. OR = oddsratio; BI = betrouwbaarheidsinterval; IQR = interkwartielafstand; LVEF = linker-ventrikelejectiefractie.

* Gemeten met Simpsons biplanemethode [61,8%] of geschat met de Brief Illness Perception Questionnaire [BIPQ] [38,2%]. Niet beschikbaar voor vrouwen met atriumfibrilleren gedurende de meting (n = 6) en voor vrouwen bij wie geen LVEF gemeten kon worden (n = 14);

† Verlaagde e'lat of e'sept. Niet beschikbaar voor vrouwen met atriumfibrilleren gedurende de meting (n = 6), klepvervanging (n = 4) en voor vrouwen met een niet te meten e'lat of e'sept (n = 14);

‡ Niet beschikbaar voor 3 vrouwen;

§ ICPC-codes K74 [stabiele en instabiele angina pectoris], K75 [acuut myocardiinfarct], K76.01 [coronairsclerose], K76.02 [vroeger myocardiinfarct], K89 [passagère cerebrale ischemie/TIA] en K90 [cerebrovasculair accident].

¶ ICPC-codes K79 [paroxismale tachycardie, ventriculair en supraventriculair], K83 [niet-reumatische klepaandoening], K84.01 [wolff-parkinson-whitesyndroom], K84.02 [atrioventriculair blok], K84.03 [cardiomyopathie], K84.07 [lange-QT-intervalsyndroom].

Multivariabele analyse

Het risico op systolische linkerventrikeldisfunctie (LVEF < 54%), verhoogd NT-proBNP of een nieuw gediagnosticeerde hart- en vaatziekte veranderde niet na correctie voor cardiovasculaire risicofactoren ten tijde van de diagnose borstkanker en ten tijde van de follow-upmeting.

BESCHOUWING

Systolische linkerventrikeldisfunctie

Vrouwen die chemo- en/of radiotherapie hebben ondergaan voor borstkanker, hebben op lange termijn een verhoogd risico op een milde systolische linkerventrikeldisfunctie, ook na correctie voor cardiovasculaire risicofactoren. Dit verhoogde risico heeft echter geen klinische implicaties.

Er is geen ander vergelijkend onderzoek gedaan naar de

hartfunctie van vrouwen die al dan niet zijn behandeld voor borstkanker. Twee onderzoeken, uitgevoerd zes en veertien jaar na chemotherapie, rapporteerden percentages met een LVEF < 54% van respectievelijk 11,5 en 5%, waar wij 14,8% vonden.^{12,19} Het percentage met een LVEF < 50% in ons onderzoek (4,1%) kwam wel overeen met eerdere onderzoeken, die bij een follow-upduur van vijf tot veertien jaar uitkwamen op 1,4 tot 8%.^{10,12,20,21} De verschillen tussen de uitkomsten worden verklaard door verschillen in inclusiecriteria (tijd vanaf diagnose, chemotherapieregime, leeftijd).

Sterke punten en beperkingen

Dit is het eerste onderzoek in de huisartsenpraktijk waarin de hartfunctie van overlevenden van borstkanker op lange termijn vergeleken is met die van controlepersonen. De koppe-

ling van patiënten en controlepersonen op basis van leeftijd en huisarts zorgde ervoor dat de sociaal-economische status van de deelnemers en het codegedrag van de huisarts in beide groepen vergelijkbaar waren. Omdat we langetermijneffecten wilden onderzoeken, includeerden we alleen vrouwen die vijf jaar na de diagnose nog in leven waren. Deze populatie was voor onze onderzoeksvraag adequaat, maar was misschien relatief gezond (met minder cardiale disfunctie), wat de kans op onderschatting van het risico op hartstoornissen vergroot.

Implicaties voor de praktijk

Een steeds grotere groep patiënten in de huisartsenpraktijk is ooit behandeld voor borstkanker. Daarom is het goed aandacht te hebben voor de mogelijke langetermijneffecten van die behandeling. Ons onderzoek laat zien dat vrouwen die chemo- en/of radiotherapie voor borstkanker hebben ondergaan vaker hartschade hebben dan vrouwen van dezelfde leeftijd zonder kanker in de voorgeschiedenis. Gelukkig is deze schade mild en behoeft zij geen behandeling.

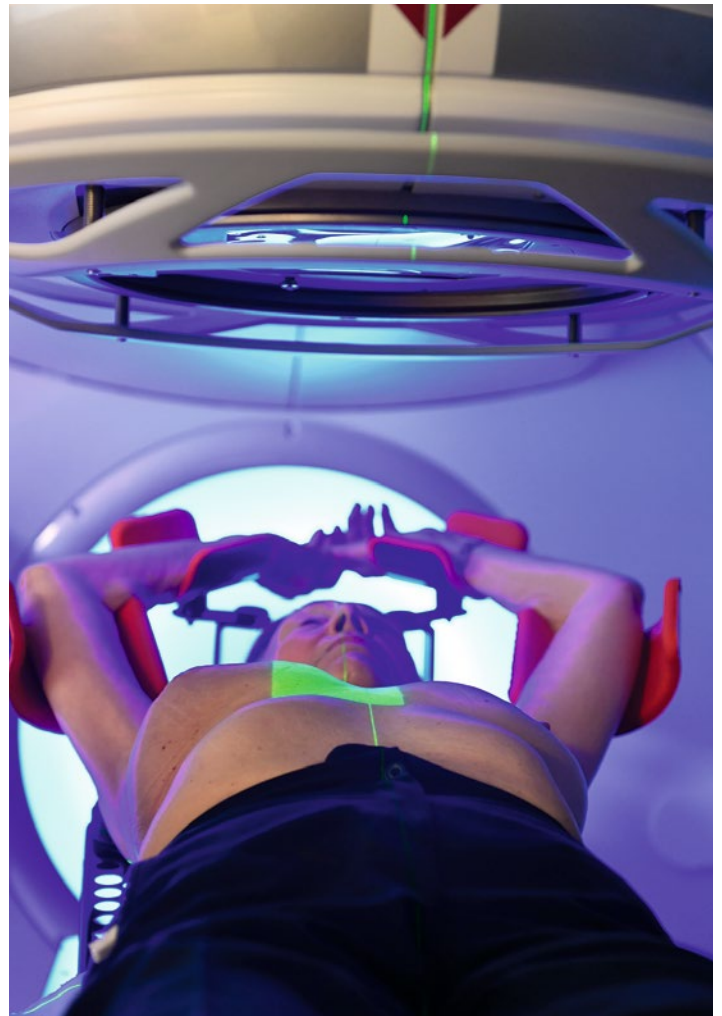
Een ooit ondergane chemo- of radiotherapie is een onafhankelijke cardiovasculaire risicofactor. Het valt daarom te overwegen dit mee te nemen in het cardiovasculair risicomanagement van overlevenden van borstkanker, naast de traditionele risicofactoren. Hoe zwaar de factor moet wegen, is niet duidelijk. We weten dat de cardiale functie afneemt met het toenemen van de leeftijd en onze gegevens suggereren dat deze afname mogelijk groter is dan bij personen die nooit chemo- of radiotherapie hebben gehad. Het was echter een crosssectionele meting, dus we kunnen dit niet met zekerheid zeggen. Bovendien was de functievermindering op het moment van meting slechts beperkt en was extra zorg niet nodig. Om te weten of de hartfunctie bij deze groep vrouwen sterker blijft achteruitgaan, is een tweede meting nodig.

CONCLUSIE

Vrouwen hebben na chemo- en/of radiotherapie voor borstkanker op de lange termijn een verhoogd risico op milde systolische linkerventrikeldisfunctie en een verhoogd NT-proBNP. Ze hebben mogelijk ook een verhoogd risico op het krijgen van hart- en vaatziekte. Deze risico's zijn onafhankelijk van andere cardiale risicofactoren ten tijde van de diagnose borstkanker of later in het leven. Wanneer bij vrouwen met een voorgeschiedenis van borstkanker een cardiovasculair risicoprofiel wordt opgesteld, kan het belangrijk zijn te informeren of zij zijn behandeld met chemo- of radiotherapie. ■

LITERATUUR

1. Nederlandse Kankerregistratie: Cijfers over kanker, incidentie borstkanker. Amsterdam: IKNL, 2017. https://www.cijfers-overkanker.nl/selecties/incidentie_borst/img5b97719667fad, geraadpleegd september 2018.
2. Sant M, Chirlaque Lopez MD, Agresti R, Sanchez Perez MJ, Holleczer B, Bielska-Lasota M, et al. Survival of women with cancers of breast and genital organs in Europe 1999-2007: Results of the EUROCARE-5 study. *Eur J Cancer* 2015;51:2191-205.



Langetermijnoverlevenden van borstkanker hebben meer risico op een licht verminderde hartfunctie.

Foto: ANP

3. Nederlandse Kankerregistratie: Cijfers over kanker, overleving invasief mammacarcinoom. IKNL, 2015. https://www.cijfers-overkanker.nl/selecties/Dataset_4/img5c5059ade72f4, geraadpleegd september 2018.

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

Maass SW, Boerman LM, Berger MY, Brandenburg D, De Bock GH, Berendsen AJ. Late effecten van borstkankerbehandeling op het hart. *Huisarts Wet* 2019;62(4):26-9. DOI:10.1007/s12445-019-0054-6. Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: S.W.M.C. Accord-Maass, PhD-student, huisarts in opleiding, s.w.m.c.maass@umcg.nl; L.M. Boerman, PhD-student, basisarts; dr. D. Brandenburg, postdoc; prof. dr. M.Y. Berger, huisarts; dr. Annette J. Berendsen, huisarts. Universitair Medisch Centrum Groningen, Afdeling Epidemiologie, Groningen: prof. dr. G.H. de Bock, epidemioloog. De beide eerstgenoemden zijn gedeeld eerste auteur.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Het onderzoek werd gesponsord door Pink Ribbon, Stichting De Friesland, Rijksuniversiteit Groningen en Universitair Medisch Centrum Groningen.

Dit artikel is een bewerking van: Boerman LM, Maass SWMC, Van der Meer P, Gietema JA, Maduro JH, Hummel YM, Berger MY, De Bock GH, Berendsen AJ. Long-term outcome of cardiac function in a population-based cohort of breast cancer survivors: A cross-sectional study. *Eur J Cancer* 2017;81:56-65. Publicatie gebeurt met toestemming.

Beter af bij de verpleegkundig specialist?

Een cohortonderzoek bij kinderen met luchtweginfecties

Saskia van Vugt, Alma van de Pol, Frits Cleveringa, Rebecca Stellato, Marieke Kappers, Niek de Wit, Roger Damoiseaux

- Inleiding** Verpleegkundig specialisten nemen steeds meer patiëntenzorg van de huisarts over, waaronder die voor kinderen met luchtweginfecties. Deze substitutie door geprotocolleerde zorg zou kunnen zorgen voor betere voorlichting aan de ouders en overbehandeling kunnen terugdringen. Doel van dit onderzoek was de kwaliteit van zorg zoals geleverd door de verpleegkundig specialist te vergelijken met die van zorg door de huisarts.
- Methode** Retrospectief observationeel cohortonderzoek op basis van medische dossiers. De gegevens betroffen kinderen van 0 tot 6 jaar die tussen januari en december 2013 de huisartsenpraktijk bezochten wegens een luchtweginfectie. Primaire uitkomsten waren antibioticumvoorschriften en reconsultaties, waarbij werd gecorrigeerd voor mogelijke confounders.
- Resultaten** In totaal 899 consulten werden beoordeeld [168 van de verpleegkundig specialist; 731 van huisartsen]. Van deze consulten leidde 21% tot een antibioticumvoorschrift, zowel bij de verpleegkundig specialist als bij de huisarts [OR na correctie 1,40; 95%-BI 0,89 tot 2,22]. Ziekte-ernst was hierbij een belangrijke confounder. Het percentage reconsultaties was bij de verpleegkundig specialist 30% en bij de huisarts 23% [OR na correctie 1,53; 95%-BI 1,01 tot 2,31]. Hierbij was piepende ademhaling een confounder. De percentages complicaties en verwijzingen verschilden niet.
- Conclusie** Voor kinderen met een luchtweginfectie leiden consulten bij een verpleegkundig specialist of bij een huisarts niet tot minder antibioticumvoorschriften, complicaties en verwijzingen. Huisartsen hebben een lager reconsultatiepercentage en zien meer ernstig zieke kinderen.

INLEIDING

Als kinderen bij de huisarts komen, is dat regelmatig vanwege een luchtweginfectie.¹ Overbehandeling is een belangrijk probleem bij deze consulten: nog te vaak schrijven huisartsen onnodig antibiotica voor of verwijzen te snel naar de kno-arts.^{2,3} Betere voorlichting aan de ouders en meer aandacht voor zelfmanagement zouden hierin misschien verbetering kunnen brengen.⁴ De introductie van verpleegkundig specialisten kan een positief effect hebben op de huisartsenzorg doordat ze geprotocolleerd werken en meer tijd hebben voor de patiënt. Dat verpleegkundig specialisten meerwaarde bieden in de begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen, zoals hypertensie en diabetes, is veelvuldig aangetoond.⁵ Dat dit ook zo zou zijn bij kinderen met een luchtweginfectie is slechts beperkt onderzocht, en dan nog alleen in

de Verenigde Staten waar het gezondheidssysteem niet goed vergelijkbaar is met de eerste lijn in Nederland.⁶⁻⁹ In dit onderzoek vergeleken de onderzoekers daarom de kwaliteit van de zorg aan kinderen met een luchtweginfectie zoals geleverd door de verpleegkundig specialist met die van de zorg geleverd door de huisarts.

METHODE

Gegevensverzameling

Dit retrospectieve cohortonderzoek vond plaats in een huisartsenpraktijk met ongeveer 15.000 patiënten. De onderzoekers beoordeelden de medische dossiers van kinderen tussen 0 en 6 jaar die zich tussen januari en december 2013 hadden gemeld met luchtwegklachten. In de praktijk werkten één verpleegkundig specialist en negen huisartsen, elk met tussen de vijf en tien jaar werkervaring.

De evaluatie betrof episodes met de ICPC-codes R74 (acute infectie bovenste luchtwegen); R75 (acute/chronische rhinosinusitis); R76 (acute tonsillitis/peritonsillair abces); R77 (acute laryngitis/tracheïtis); R78 (acute bronchitis/bronchiolitis); R81 (pneumonie); R83 (andere infectie(s) luchtwegen); H01 (oorpijn); H04 (afscheiding uit oor); H71 (otitis media acuta/myringitis); H72 (otitis media met effusie); R02 (dyspneu/benaauwdheid toegeschreven aan luchtwegen); R03 (piepende ademhaling); R05 (hoesten) en R21 (symptomen/klachten keel). Voor elke episode namen de onderzoekers de bevindingen uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek over op een gestandaardiseerd formulier (beschikbaar op aanvraag). Variabelen die zij niet in de dossiers terugvonden, werden als 'afwezig' genoteerd. Bij aanwezigheid van één of meer alarmsymptomen zoals aangegeven in de betreffende NHG-Standaarden classificeerden ze de luchtweginfectie als 'ernstig'.¹⁰⁻¹⁴

Uitkomstmaten

De primaire uitkomstmaat 'antibioticumvoorschrift' werd alleen geregistreerd als het recept tijdens het eerste consult van een episode was gegeven. Reconsultatie definieerden de onderzoekers als een tweede consult voor dezelfde ICPC-code binnen 28 dagen. Secundaire uitkomstmaten waren 'verwijzing naar de tweede lijn' en 'complicaties' (mastoiditis, meningitis, pneumonie, peritonsillair abces of nierfalen). Voor alle consulten waarin de patiënt antibiotica kreeg of werd doorverwezen naar de tweede lijn gingen ze na of de betreffende NHG-Standaard werd nageleefd.¹⁰⁻¹⁴

Gegevensanalyse

Om het verschil uit te drukken tussen consulten van de verpleegkundig specialist en die van de huisarts berekenden de onderzoekers voor alle uitkomsten de oddsratio. Via *generalized estimating equations* (GEE) werd gecorrigeerd voor het voorkomen van meerdere luchtweginfectieconsulten per kind

WAT IS BEKEND?

- Overbehandeling is een belangrijk probleem bij kinderen met een luchtweginfectie.
- Verpleegkundig specialisten kunnen een positief effect hebben op de huisartsenzorg doordat ze geprotocolleerd werken en meer tijd hebben voor uitleg aan de patiënt.

WAT IS NIEUW?

- Voor kinderen met luchtwegklachten leidt zorg door een verpleegkundig specialist niet tot minder antibioticumvoorschriften, complicaties en verwijzingen.
- Bij de huisarts is het aantal reconsultaties lager dan bij de verpleegkundig specialist.
- Verpleegkundig specialisten en huisartsen leven de NHG-Standaarden even goed na.

en voor mogelijke confounders (leeftijd, geslacht, comorbiditeit, aantal luchtweginfectieconsulten in het voorgaande jaar, ernstige luchtweginfectie, piepende ademhaling, aantal huisarts-fte aanwezig op de dag van het consult).¹⁵ Die laatste parameter gebruikten ze als maat voor de tijdsdruk gedurende een werkdag. Piepende ademhaling werd gekozen als potentiële confounder, omdat kinderen met piepen mogelijk vaker worden herbeoordeeld, conform het advies in de NHG-Standaard Astma bij kinderen om piepen één à twee weken na een eventueel ingestelde behandeling te evalueren.¹⁶ Vanwege de retrospectieve dataverzameling ontbraken er veel gegevens (27-94%). Niet-geregistreerde symptomen werden als 'afwezig' geïnterpreteerd, maar omdat *missing data* zelden volledig willekeurig voorkomen, hebben de onderzoekers ook imputatietechnieken gebruikt.¹⁷ Alle analyses zijn in de nieuwe dataset herhaald, wat de significantie van de resultaten niet

Tabel 1

Kenmerken van 619 kinderen met een luchtweginfectie die de verpleegkundig specialist of huisarts bezochten

	Verpleegkundig specialist	Huisarts	p-waarde	
			voor imputatie	na imputatie
Aantal consulten	168	731		
Gemiddelde leeftijd, jaren [SD]*	2,2 [1,6]	2,3 [1,5]	0,32	0,32
Vrouwelijk geslacht*	77 [46%]	342 [47%]	0,82	0,82
Comorbiditeit*	19 [11%]	93 [13%]	0,62	0,62
Gemiddeld aantal luchtweginfectieconsultaties in het voorgaande jaar [SD]*	1,32 [1,9]	1,68 [2]	0,04	0,04
Gemiddeld aantal huisarts-fte op dag consult [SD]*	0,78 [0,1]	0,65 [0,1]	< 0,01	< 0,01
Alarmsymptomen bij anamnese	7 [4%]	124 [17%]	< 0,01	< 0,01
Alarmsymptomen bij lichamelijk onderzoek	9 [5,4%]	39 [5,3%]	0,99	0,49
Ernstig ziek* [†]	16 [10%]	157 [22%]	< 0,01	< 0,01

Cijfers zijn weergegeven als n [%], tenzij anders vermeld.

* Meegenomen als confounder.

† Aanwezigheid van één of meer alarmsymptomen zoals beschreven in de betreffende NHG-Standaard.



Zorg door een verpleegkundig specialist voor kinderen met luchtweginfecties wijkt niet af van zorg door een huisarts.

Foto: Shutterstock

veranderde. Verdere details staan beschreven in het oorspronkelijke artikel.¹⁸

RESULTATEN

De analyse omvatte de gegevens van 899 luchtweginfectieconsulten (168 door de verpleegkundig specialist, 731 door een huisarts) met 619 kinderen. De gemiddelde leeftijd was 2,3 jaar, 53% van de consulten betrof een jongen [tabel 1]. De huisarts zag relatief vaker kinderen met koorts en met alarm-symptomen in de anamnese ($p < 0,01$).

Door triage ziet de huisarts vaker ernstig zieke kinderen

Primaire en secundaire uitkomstmaten

[Online tabel 2] toont de uitkomsten van de analyse voor en na correctie. Zowel de verpleegkundig specialist als de huisartsen schreven in 21% van de consulten een antibioticum voor (OR na correctie 1,40; 95%-BI 0,89 tot 2,22; $p = 0,15$). Confounder voor deze relatie was de ernst van de ziekte. Het reconsultatiepercentage bij de huisarts was 23%, bij de verpleegkundig specialist 30%. Dit verschil was statistisch significant (OR na correctie 1,53; 95%-BI 1,01 tot 2,31; $p < 0,05$). Piepen bleek een confounder voor deze relatie.

Complicaties traden op na 1,2% van de consulten bij de verpleegkundig specialist en 2,2% van de consulten bij de huisarts (OR na correctie 0,55; 95%-BI 0,42 tot 2,50; $p = 0,44$). Dit verschil was niet significant en er waren geen confounders. Ook het percentage verwijzingen door de verpleegkundig specialist (2,4%) verschilde niet significant van dat door huisartsen (5,5%; OR na correctie 0,51; 95%-BI 0,18 tot 1,46; $p = 0,21$). Ernstige ziekte was een confounder voor dit verschil.

Naleving van NHG-Standaarden

Bij in totaal 535 consulten hebben de onderzoekers beoordeeld of de NHG-Standaarden werden toegepast [online figuur]. Van de beslissingen om antibiotica voor te schrijven was 83% conform de betreffende NHG-Standaard (bij de verpleegkundig specialist 81% en bij de huisartsen 84%). Van de doorverwijzingen was 64% in overeenstemming met de NHG-Standaard (bij de verpleegkundig specialist 66% en bij de huisartsen 50%).

BESCHOUWING

Dit observationele onderzoek laat zien dat zorg door een verpleegkundig specialist voor kinderen met luchtweginfecties niet afwijkt van zorg door een huisarts, althans op het punt van antibioticumvoorschriften, complicaties en verwijzingspercentages. Wel volgden na een consult bij de huisarts minder reconsultaties dan na een consult bij de verpleegkun-

dig specialist en zag de huisarts vaker ernstig zieke kinderen. De naleving van NHG-Standaarden verschilde niet tussen verpleegkundig specialist en huisartsen.

Vergelijking met andere onderzoeken

Deze resultaten komen overeen met die uit eerdere onderzoeken.⁶⁻⁹ Geen van deze onderzoeken hield echter rekening met patiëntkenmerken zoals alarmsymptomen. De resultaten uit dit onderzoek laten zien dat patiëntkenmerken wel degelijk relevant kunnen zijn: door triage bij de toewijzing van consulten hadden kinderen die bij de huisarts kwamen vaker alarmsymptomen [tabel 1]. Bij het voorschrijven van antibiotica leefden zowel de verpleegkundig specialist als de huisartsen de NHG-Standaarden goed na, zeker in vergelijking met onderzoek elders.¹⁹ Mogelijk komt dit door het relatief terughoudende antibioticavoorschrijfgedrag in Nederland.²⁰

Beperkingen

Dit onderzoek had een aantal beperkingen. Ten eerste nam er slechts één verpleegkundig specialist aan deel. Het was dus niet mogelijk om te corrigeren voor interpersoonlijke verschillen in zorgverlening. Ten tweede waren, vanwege de niet-gerandomiseerde onderzoeksopzet, kinderen die werden gezien door de verpleegkundig specialist niet zonder meer vergelijkbaar met degenen die werden gezien door een huisarts [tabel 1]. De invloed van deze aanvangsverschillen werden onderzocht door te corrigeren voor mogelijk versturende factoren, zoals alarmsymptomen. Na correctie veranderde met name de oddsratio voor antibioticumvoorschriften, maar het verschil bleef niet-significant [online tabel 2].

Ten slotte was in dit retrospectieve onderzoek niet alle gewenste informatie beschikbaar. De registratie in de dagelijkse praktijk hangt sterk af van wat de behandelaar denkt dat relevant is. Omdat men niet-geregistreerde symptomen niet met zekerheid als 'afwezig' mag beschouwen, hebben de onderzoekers imputatietechnieken gebruikt. Dit had echter geen effect op de significantie van de belangrijkste uitkomsten.¹⁷

CONCLUSIE

Uit dit cohortonderzoek blijkt dat een verpleegkundig specialist aan kinderen met luchtweginfecties dezelfde kwaliteit van zorg kan leveren als een huisarts voor zover het gaat om het voorschrijven van antibiotica, verwijzen naar de tweede lijn en het optreden van complicaties. Wel zagen de huisartsen in dit onderzoek meer ernstig zieke kinderen en hadden ze een lager percentage reconsultaties.

De onderzoekers hebben geen aanwijzingen gevonden dat de inzet van een verpleegkundig specialist bij kinderen met luchtweginfecties leidt tot minder overbehandeling wat betreft antibioticumvoorschriften en verwijzingen naar de tweede lijn. Een groter, gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek is nodig om te bevestigen dat zorg door een verpleegkundig specialist bij kinderen met een luchtweginfectie inderdaad gelijkwaardig is aan de zorg door een huisarts. Ook zou onderzocht moeten worden welk effect deze substitutie heeft op de patiënttevredenheid, en gezien het hogere reconsultatiepercentage bij de verpleegkundig specialist zou een kosteneffectiviteitsanalyse interessant zijn. ■

LITERATUUR

1. Van der Linden MW, Suijlekom-Smit LWA, Schellevis FG, Van der Wouden JC. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Het kind in de huisartspraktijk. Rotterdam/Utrecht: Erasmus MC/NIVEL, 2005.
2. Vodicka TA, Thompson M, Lucas P, Heneghan C, Blair PS, Buckley DI, et al. Reducing antibiotic prescribing for children with respiratory tract infections in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013;63:e445-54.
3. Van de Pol AC, Van der Gugten AC, Van der Ent CK, Schilder AG, Benthem EM, Smit HA, et al. Referrals for recurrent respiratory tract infections including otitis media in young children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013;77:906-10.
4. Ingram J, Cabral C, Hay AD, Lucas PJ, Horwood J; TARGET team. Parents' information needs, self-efficacy and influences on consulting for childhood respiratory tract infections: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2013;14:106.
5. Swan M, Ferguson S, Chang A, Larson E, Smaldone A. Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *Int J Qual Health Care* 2015;27:396-404.
6. Ladd E. The use of antibiotics for viral upper respiratory tract infections: An analysis of nurse practitioner and physician prescribing practices in ambulatory care, 1997-2001. *J Am Acad Nurse Pract* 2005;17:416-24.
7. Mehrotra A, Liu H, Adams JL, Wang MC, Lave JR, Thygeson NM, et al. Comparing costs and quality of care at retail clinics with that of other medical settings for 3 common illnesses. *Ann Intern Med* 2009;151:321-8.
8. Rohrer JE, Garrison GM, Angstman KB. Early return visits by pediatric primary care patients with otitis media: A retail nurse practitioner clinic versus standard medical office care. *Qual Manag Health Care* 2012;21:44-7.
9. Salkever DS, Skinner EA, Steinwachs DM, Katz H. Episode-based efficiency comparisons for physicians and nurse practitioners. *Med Care* 1982;20:143-53.

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

Van Vugt SF, Van de Pol AC, Cleveringa FG, Stellato RK, Kappers MP, De Wit NJ, Damoiseaux RA. Beter af bij de verpleegkundig specialist? Een cohortonderzoek bij kinderen met luchtweginfecties. *Huisarts Wet* 2019;62(4):30-3. DOI:10.1007/s12445-019-0021-2. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: dr. S.F. van Vugt, huisarts, s.f.vanvugt@umcutrecht.nl; dr. A.C. van de Pol, huisarts; F.G.W. Cleveringa, huisarts; R.K. Stellato, biostatisticus; M.P. Kappers, huisarts in opleiding; prof.dr. N.J. de Wit, huisarts; prof.dr. R.A.M.J. Damoiseaux, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit onderzoek is een bewerkte vertaling van: Van Vugt SF, Van de Pol AC, Cleveringa FG, Stellato RK, Kappers MP, De Wit NJ, Damoiseaux RA. A case study of nurse practitioner care compared with general practitioner care for children with respiratory tract infections. *J Adv Nurs* 2018;74:2106-14. Publicatie gebeurt met toestemming.

A portrait of Peter Leusink, a middle-aged man with grey hair and a beard, wearing a red sweater with a black and yellow zigzag pattern over a white collared shirt. He has his arms crossed and is standing in front of an orange wall. To his left, a large, shallow, wooden bowl is visible. The background is slightly blurred, showing some indistinct shapes and colors.

Peter Leusink: "De boeiende vraag is: waarom doet u iets dat pijnlijk is?"

Huisarts en seksuoloog Peter Leusink promoveerde in 2018 op 'De diagnostiek van vulvodynie in de huisartsenpraktijk' bij de afdeling Eerstelijns geneeskunde Gender & Women's Health van het Radboudumc. Daarnaast is hij hoofddocent van de opleiding tot consulent seksuele gezondheid en hoofdredacteur van het Tijdschrift voor Seksuologie.

Belemmeringen en onvervulde behoeften in de zorg voor vulvodynie

Daniël Dresden

Provoked vulvodynia (PVD) is een biopsychosociale pijnconditie waarbij de vrouw langer dan drie maanden pijn van de vulva ervaart, waarvoor geen somatische oorzaak te vinden is. Waarschijnlijk door *doctors and patients delay* is er een discrepantie tussen de lage prevalentie van PVD in de huisartsenpraktijk en de veel hogere prevalentie van 5-10% in de algemene bevolking. Peter Leusink promoveerde onlangs in Nijmegen op onderzoek naar de belemmeringen en mogelijkheden die huisartsen en vrouwen met PVD in het consult ervaren en hoe huisartsen kunnen worden ondersteund in de diagnostiek.

In het voorwoord van zijn proefschrift beschrijft Leusink een casus van een jonge vrouw die pijn had tijdens de gemeenschap. Dit voorbeeld stamt van medio jaren negentig toen Leusink net huisarts was. Het was beslissend voor zijn keuze om seksuoloog te worden. Als huisarts had Leusink geen oplossing voor deze dame. Ook de gynaecoloog kon geen afwijkingen vinden. “Niemand kon iets voor haar betekenen”, memoreert hij. “Tijdens de huisartsenopleiding hadden we hier slechts een middag onderwijs over gehad; dat vond ik wat armoedig. Dat was de reden om hierover een opleiding te doen.” Na een opleiding en supervisie was hij seksuoloog. Samen met andere huisartsen die hiermee bezig waren, vormden ze de stichting ter bevordering van de seksuologie in de huisartsenpraktijk, samen met de soa-consulenten voor huisartsen, de voorlopers van de seksHAG, die nu 25 jaar bestaat. “We blijven dit onderwerp agenderen, want het heeft nog steeds geen structurele aandacht binnen de huisartsenopleiding.”

Verkeerde diagnose

Vulvovaginale symptomen die kunnen wijzen op PVD, zijn brandende genitale pijn en pijnlijke geslachtsgemeenschap. PVD wordt uitgelokt en onderhouden door diverse biopsychosociale factoren, zoals somatische en psychologische comorbiditeit, problemen in de seksualiteit of reacties van de partner, schaamte en een negatief (genitaal) zelfbeeld.

Tijdens zijn promotieonderzoek onderzocht Leusink de relatie tussen vulvovaginale symptomen die kunnen

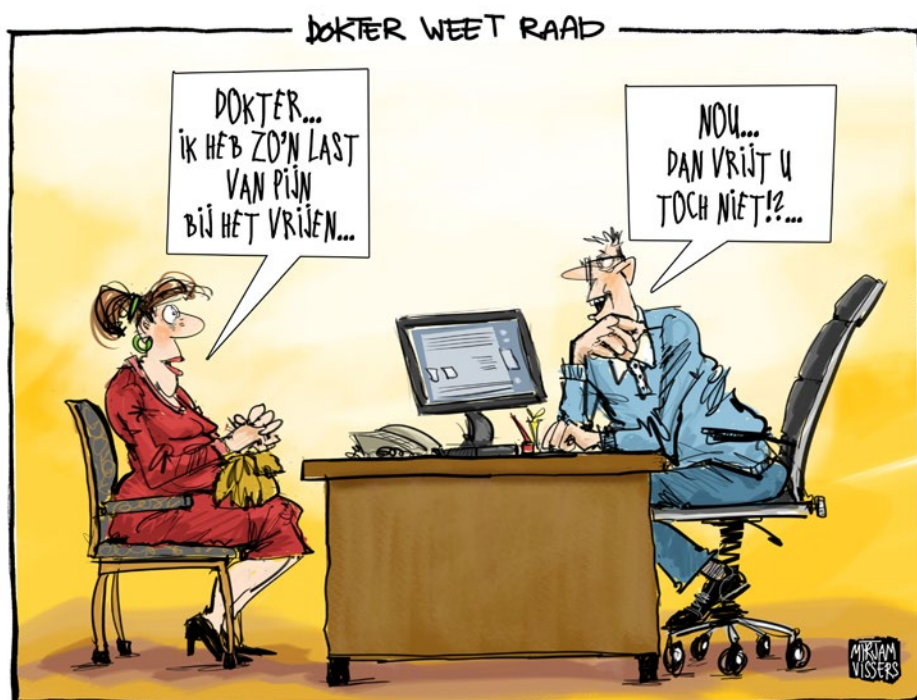
wijzen op PVD, en bepaalde comorbiditeit, zoals pijnsyndromen, psychologische aandoeningen en urogenitale infecties, specifiek vulvovaginale candidiasis (VVC). De aanwezigheid van dergelijke symptomen in de context van deze comorbiditeit zou de huisartsen kunnen helpen om PVD in een eerder stadium te signaleren. Daarom wilden Leusink en collega's weten of 15- tot 50-jarige vrouwen met vulvovaginale klachten die op PVD wijzen, vaker dergelijke comorbiditeit hebben dan even oude vrouwen zonder PVD.

In een retrospectieve cohortanalyse vonden ze dat bij premenopauzale vrouwen met symptomen die op PVD kunnen wijzen, vaker VVC en prikkelbare darmsyndroom (PDS) was vastgesteld dan in de controlegroep. Vrouwen met PVD-achtige symptomen rapporteerden vaker spierpijn, moeheid, slapeloosheid, depressieve klachten en angst. Mogelijk is bij een deel van de vrouwen met een vastgestelde vulvovaginale candidiasis of PDS de diagnose PVD meer op zijn plaats. De overlap in symptomatologie van VVC en PVD maakt de diagnostiek lastig.

“Ga niet over op de orgaangerichte gynaecologische modus”

Wel of geen schimmel?

Een mogelijke verklaring voor de gevonden relatie tussen VVC en PVD is dat sommige vrouwen met VVC een verkeerde diagnose krijgen, waarbij een subgroep van vrouwen met PVD wordt gemaskeerd. Leusink evalueerde de gegevens van vrouwen met een onzekere vs. zekere diagnose van VVC, die prospectief waren verzameld in de NIVEL-database. In deze case-controlstudie had 28% een onzekere VVC, gedefinieerd als episodes met persisterende en recidiverende VVC ondanks behandeling, wat overeenkomt met internationale onderzoeken. Conform de verwachting kwamen PVD-gerelateerde factoren vaker voor bij vrouwen met onzekere VVC dan bij degenen met zekere VVC. “Ook hadden vrouwen met recidiverende candida-vaginitis meer kenmerken van vulvodynie dan degenen met een enkelvoudige candida-infectie”, voegt Leusink toe.



Een onzekere diagnose VVC kan dus een teken van PVD zijn. Tegelijkertijd is het mogelijk dat VVC PVD kan veroorzaken. In een systematisch literatuuronderzoek vond Leusink dat in alle populatiestudies gebruik is gemaakt van een zelfdiagnose VVC, wat ontoereikend is. Daarnaast waren de pathofysiologische *in vitro* onderzoeken niet overtuigend en hadden de meeste onderzoeken een lage methodologische kwaliteit. Er was dan ook geen overtuigend bewijs voor een verband tussen VVC en PVD.

Diagnostische delay en belemmeringen

Door een vroege diagnose en een adequate aanpak in de eerste lijn kan de vicieuze cirkel van de chronische pijn en medicalisering van aanhoudende en recidiverende vulvovaginale klachten doorbroken worden. Echter, artsen én patiënten ervaren barrières om dit probleem bespreekbaar te maken. Om te beginnen vinden huisartsen dit lastig. Een reden is dat seksualiteit zo in de persoonlijke levenssfeer zit. “Dat geldt ook voor veel andere onderwerpen zoals de dood, depressie of suïcidale gedachten”, voegt Leusink toe. “Daar spreken huisartsen blijkbaar makkelijker met mensen over. Dat geldt ook voor depressie of suïcidale gedachten.” Een andere verklaring voor de onderdiagnostiek van PVD is dat huisartsen nogal eens de kennis en vaardigheden missen om dit probleem te diagnosticeren en aan te pakken. Daarnaast blijken vrouwen met PVD terughoudend te zijn met het zoeken naar hulp. Ze schamen zich voor het probleem, zijn bang voor psychologisering ervan en verwachten een somatische oplossing. Leusink onderzocht de belemmeringen in het diagnostisch proces in geval van aanhoudende en recidiverende vulvovaginale klachten. In een kwalitatief focusgroeponderzoek met zeventien huisartsen (vijf mannen en twaalf vrouwen) kwamen enkele belemmeringen naar voren: terughoudendheid om seksualiteit te bespreken, mannelijke geslacht van de

huisarts, negatieve emotionele reacties van de huisarts vanwege professionele onzekerheid en een gebrek aan scholing over PVD. Het vrouwelijk geslacht van de huisarts en de wetenschap dat patiënten baat kunnen hebben bij vragen naar seksuele gezondheidsproblemen, bleken faciliterende factoren te zijn. “Huisartsen voelen zich machteloos bij recidiverende vulvovaginale pijnklachten”, reageert Leusink naar aanleiding van dit onderzoek. “Ze blijven doorgaan met het zoeken naar de onderliggende oorzaak, maar komen niet verder. Daarin zagen we overeenkomsten met andere somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).”

Vicieuze cirkel doorbreken

Tot slot evalueerde Leusink of de huidige aanpak van vulvovaginale klachten door huisartsen in overeenstemming is

met de behoeften en verwachtingen van vrouwen met PVD. In diepte-interviews met twaalf vrouwen met PVD gaven ze onder andere aan dat empathie van de huisarts en de betrokkenheid van vrouwen bij de besluitvorming en doorverwijzing belangrijke factoren waren in de waardering van het consult. De communicatie met en de competentie van de huisarts waren belangrijker in het contact met de vrouw dan het geslacht van de huisarts. Omdat vrouwen terughoudend waren om een gesprek over seksualiteit te beginnen, verwachtten ze hierin een proactieve houding van hun huisarts. “Als je bij haar doorvraagt over deze klachten, dan komen er vaak verhalen dat ze al een paar jaar pijn heeft tijdens de gemeenschap, maar desondanks hiermee doorgaat. Dan kom je op de boeiende vraag: waarom doet u iets dat pijnlijk is? Dit probleem hoeft de huisarts niet op te lossen, maar kan de vrouw vervolgens met de seksuoloog bespreken. Om die cirkel te doorbreken, zal ze wel moeten stoppen met datgene wat pijn doet en alternatieven verzinnen en langzaam weer opbouwen, om wel weer gemeenschap mogelijk te maken als ze dat wenst.”

Adviezen voor juiste aanpak

Huisartsen zouden hun diagnostiek en aanpak van recidiverende en aanhoudende vulvovaginale klachten moeten aanpassen, vooral als ze gepaard gaan met dyspareunie, functionele syndromen, mictieklachten en psychische aandoeningen. Vrouwen met vulvovaginale klachten hebben baat bij huisartsen die de biopsychosociale dimensies van de klacht durven te verkennen. Vrouwen met PVD verwachten van huisartsen dat ze seksualiteit bespreekbaar maken, zolang ze empathie tonen en hen serieus nemen. Leusink adviseert om hierbij gebruik te maken van de aanpak die in het algemeen wordt toegepast bij SOLK. “Maak seksualiteit bespreekbaar bij recidiverende klachten en ga niet over op de orgaangerichte gynaecologische modus.” ■

Fractuurpreventie met denosumab

Spuiten en daarna toch nog slikken?

Marsha van Oostwaard, Joop van den Bergh, Luc Maartens

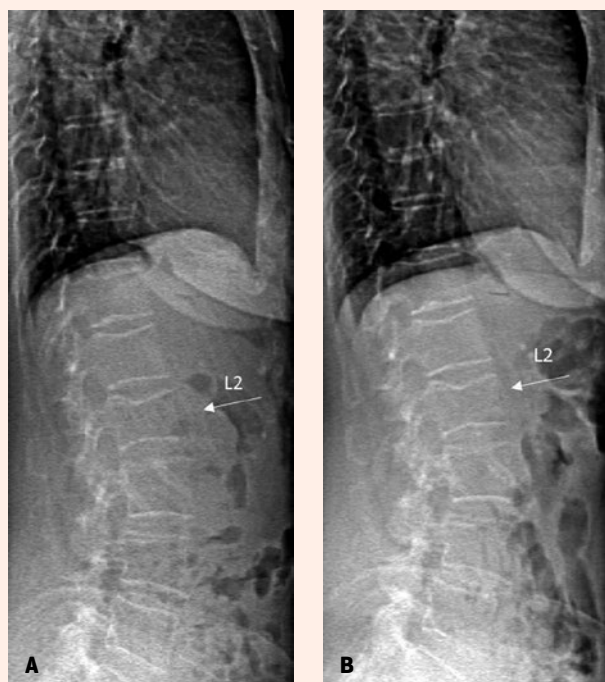
De NHG-Standaard Fractuurpreventie adviseert osteoporosemedicatie niet langer dan vijf jaar te gebruiken vanwege de retentie van bisfosfonaten in het skelet. Bij denosumab kan stoppen echter gepaard gaan met een 'reboundeffect' waardoor het risico op wervelfracturen het eerste jaar toeneemt. Zowel bij het voorschrijven als bij het staken van denosumab is voorzichtigheid geboden.

EEN 71-JARIGE VROUW MET EEN INZAKKINGSFRACTUUR

Een 71-jarige vrouw met primaire osteoporose en een klinische wervelinzakingsfractuur van de tweede lendenwervel wordt vanaf 2012 vijf jaar lang behandeld met denosumab omdat zij orale bisfosfonaten niet verdraagt. Eind 2017 stopt zij met denosumab omdat het fractuurrisico als laag wordt ingeschat. De botmineraaldichtheid (BMD) van de heuphals en de lumbale wervelkolom (LWK) is verbeterd ten opzichte van 2012 en de T-score van heuphals en LWK is $-2,0$, wat erop wijst dat er geen sprake meer is van osteoporose. Uit de *vertebral fracture assessment* met *dual-energy x-ray absorptiometrie* [DEXA-VFA] blijkt dat zich geen nieuwe wervelfractuur heeft ontwikkeld [figuur 1].

Figuur 1

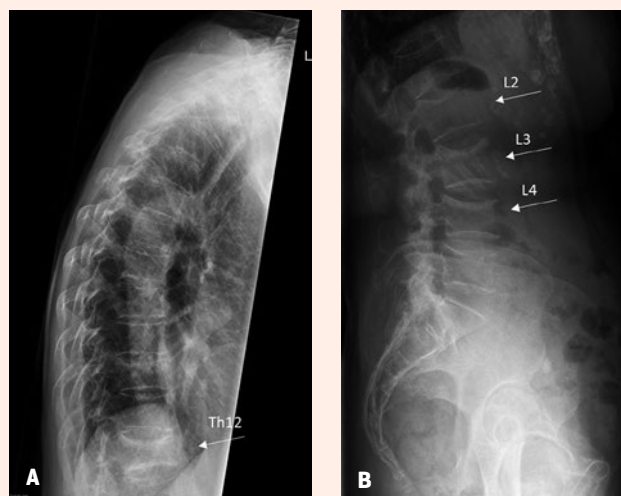
Laterale opname van de wervelkolom met dual-energy x-ray absorptiometrie [DEXA-VFA] in 2012 [A] en 2017 [B]



In 2018, acht maanden na de laatste denosumabinjectie, bezoekt patiënte haar huisarts vanwege acute pijn in de rug, ontstaan tijdens een wandeling met een lichte rugzak. Omdat de pijnklachten aanhouden, laat de huisarts een röntgenfoto van de thoracale en lumbale wervelkolom maken. Daarop zijn inzakingsfracturen te zien van de wervellichamen Th12, L2, L3 en L4. De fracturen van Th12, L3 en L4 waren op de opnames uit 2017 nog niet aanwezig [figuur 2].

Figuur 2

Röntgenopname van de thoracale [A] en de lumbale [B] wervelkolom in 2018



DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

De NHG-Standaard Fractuurpreventie adviseert om bij patiënten ouder dan 50 jaar met een fractuur en verhoogd fractuurrisico het fractuur- en valrisico te evalueren, en zo nodig DEXA-VFA in te zetten voor een nauwkeurige inschatting van de BMD en de aanwezigheid van wervelinzakkingen.¹ Bij een laag of matig fractuurrisico geeft de huisarts leefstijladviezen, eventueel vitamine D en zo nodig calcium. Patiënten met een wervelfractuur (inzakking van $> 25\%$ op een röntgenfoto) en/of osteoporose (T-score bij DEXA-onderzoek $\leq -2,5$ in de totale heup, de heuphals of de lumbale wervelkolom) hebben een hoog fractuurrisico. Bij hen is medicamenteuze behandeling geïndiceerd.

Als middelen van eerste keus noemt de NHG-Standaard de orale bisfosfonaten alendroninezuur en risedroninezuur. Deze middelen worden in principe niet langer dan vijf jaar gebruikt, tenzij het fractuurrisico op dat moment nog hoog is.

DE KERN

- De NHG-Standaard Fractuurpreventie adviseert osteoporosemedicatie niet langer dan vijf jaar achtereen te voor te schrijven.
- Denosumab heeft een ander werkingsmechanisme dan de middelen van eerste keus [bisfosfonaten], waardoor het risico op fracturen sterk kan stijgen als men de behandeling staakt.
- Bepaal op basis van DEXA-VFA en klinische risicofactoren het fractuurrisico alvorens te stoppen.
- Stop niet met denosumab – ook niet voor een *drug holiday* – zonder het effect te monitoren en een alternatieve behandeling te overwegen.

Twee middelen waarvan is aangetoond dat ze het fractuurrisico verminderen, zijn het bisfosfonaat zoledroninezuur en het monoklonale antilichaam denosumab. De NHG-Standaard adviseert terughoudend te zijn met deze tweedekeusmiddelen, maar toch wordt denosumab ook in de huisartsenpraktijk steeds vaker voorgeschreven. Het totaal aantal gebruikers van osteoporosemedicatie daalde tussen 2013 en 2017 met 19%, het gebruik van denosumab steeg in diezelfde periode met 114% [online figuur 3].²

Het aantal gebruikers van denosumab steeg tussen 2013 en 2017 met 114%

DENOSUMAB

Denosumab is een humaan monoklonaal antilichaam. Het wordt, in tegenstelling tot bisfosfonaten, niet opgenomen in de botmatrix, maar beperkt de vorming, overleving en activiteit van osteoclasten door zich te binden aan het cytokine RANKL en gaat zo de botafbraak tegen. In placebogecontroleerd onderzoek is aangetoond dat bij gebruik van denosumab de BMD toeneemt en het aantal (wervel)fracturen daalt.³ Doordat denosumab niet in het bot achterblijft, herstelt de

botresorptie als de patiënt stopt. Bisfosfonaten blijven wel in het skelet achter en hun werking eindigt niet als ze gestaakt worden – daarom vragen bisfosfonaten ook om een andere benadering dan de meeste andere osteoporosemedicatie, zoals denosumab, raloxifeen en teriparatide, die niet in het bot wordt opgenomen.

De NHG-Standaard Fractuurpreventie en de CBO-Richtlijn Osteoporose en fractuurpreventie geven geen adviezen over de behandelduur en het beleid na het stoppen met denosumab.^{1,4} In de praktijk houdt men voor denosumab dezelfde behandelduur aan als voor orale bisfosfonaten: vijf jaar. Toch zijn er publicaties die suggereren dat het stopbeleid bij denosumab waarschijnlijk anders moet vanwege een 'reboundeffect': in de eerste maanden na het stoppen neemt de activatie van osteoclasten, en dus ook de botafbraak, fors toe.⁵

STAKEN VAN DE BEHANDELING

Het reboundeffect van de botstofwisseling verhoogt bij sommige patiënten het risico op meerdere wervelfracturen in het eerste jaar na het staken van de behandeling.⁵⁻⁸ Dit reboundeffect treedt altijd op, ook na een langdurige behandeling, maar bij welke patiënten het risico verhoogd is, is niet precies duidelijk. Een belangrijke voorspellende factor lijkt de aanwezigheid van wervelfracturen voor of tijdens de behandeling.⁹ Wervelfracturen zijn funest voor de kwaliteit van leven en verhogen het risico op overlijden. Er is dus grote behoefte aan wetenschappelijk onderbouwde adviezen, maar die zijn nog niet te geven. Wel heeft een expertgroep recentelijk enige aanbevelingen gedaan na een review van de beschikbare literatuur.⁹

- Stop niet met denosumab – ook niet voor een *drug holiday* – zonder het effect te monitoren en een alternatieve behandeling te overwegen.
- Bepaal het fractuurrisico na vijf jaar behandeling met denosumab op basis van DEXA-VFA en klinische risicofactoren [tabel].⁹

De NHG-Standaard Fractuurpreventie merkt denosumab aan als middel van tweede keus wanneer behandelen met een oraal bisfosfonaat niet mogelijk is, maar adviseert terughoudend te

Tabel

Stopbeleid na vijf jaar behandeling met denosumab^{9,10}

	Hoog fractuurrisico*	Laag fractuurrisico*
Criteria	T-score heuphals ≤ -2,5 > 70 jaar een of meer [prevalente] wervelfracturen	BMD toegenomen, T-score heuphals > -2,5 < 70 jaar geen [prevalente] wervelfractuur
Advies	geef aanvullend bisfosfonaten [oraal vijf jaar, intraveneus drie jaar] continueer denosumab tot maximaal tien jaar in totaal, sluit dan de behandeling af met eenmalig 5 mg zoledronaat intraveneus	geef zes maanden na de laatste denosumabinjectie eenmalig 5 mg zoledronaat intraveneus, evalueer het fractuurrisico één à twee jaar na de zoledronaattoediening opnieuw

* Op basis van DEXA-VFA en klinische risicofactoren.

zijn met het voorschrijven ervan. Nog steeds is er onvoldoende informatie over het staken van de behandeling en over de effecten van denosumab op langere termijn. Met name het reboundeffect vraagt om een ander behandel- en stopbeleid en om andere voorlichting richting de patiënt dan bij orale bisfosfonaten.

PRAKTISCH ADVIES VOOR DE EERSTE LIJN

Het praktische advies voor de eerste lijn moet dus luiden: wees terughoudend met het starten van denosumab en als u toch start met het middel, druk de patiënt dan op het hart de behandeling niet zonder overleg te onderbreken of te stoppen. Benadruk de noodzaak van therapietrouw (elke zes maanden een injectie) en adviseer de patiënt altijd contact op te nemen bij twijfel over het continueren van de behandeling. Zorg daarbij voor een sluitende organisatie die de therapietrouw bewaakt.

Deze adviezen zijn ook van toepassing op herhaalrecepten wanneer patiënten uit de tweede lijn worden terugverwezen. Na vijf jaar behandelen moet het fractuurrisico geëvalueerd worden en het beleid vervolgd zoals aangegeven in [tabel]. Aangezien nog onzeker is in hoeverre een nabehandeling met bisfosfonaten het reboundfenomeen daadwerkelijk voorkomt en wat het beste moment is om een oraal of intraveneus bisfosfonaat te starten, is het sterk te overwegen patiënten die gaan stoppen met denosumab naar de tweede lijn te verwijzen. Dit geldt zeker voor patiënten die met denosumab zijn gestart omdat zij een behandeling met bisfosfonaten niet verdroegen.

CONCLUSIE

- Het advies in de NHG-Standaard Fractuurpreventie om na vijf jaar medicamenteuze osteoporosemedicatie te stoppen is gebaseerd op het retentie-effect van bisfosfonaten.
- Na het staken van denosumab treedt direct een rebound-effect op, dat het risico op (multipel) wervelfracturen verhoogt.
- Het is onverstandig te stoppen met denosumab zonder het fractuurrisico opnieuw te evalueren met DEXA-VFA. Wanneer dat risico hoog is, is voortzetting van de behandeling met een oraal of intraveneus bisfosfonaat of denosumab aan te raden. Bij laag risico volstaat een eenmalige gift van zoledronaat 5 mg intraveneus zes maanden na de laatste denosumabinjectie, een tot twee jaar later gevolgd door een hernieuwde evaluatie van het fractuurrisico.
- Omdat nog onzeker is in hoeverre een nabehandeling met bisfosfonaten het reboundfenomeen daadwerkelijk kan voorkomen en wat het beste moment is om met die nabehandeling te starten, is het sterk te overwegen om patiënten die gaan stoppen met denosumab naar de tweede lijn te verwijzen. Dit geldt zeker voor patiënten die met denosumab zijn gestart omdat zij bisfosfonaten niet verdroegen.
- De plaats van denosumab in de eerste lijn is zeer beperkt. We adviseren huisartsen zeer terughoudend te zijn met het starten van dit middel. ■

VERVOLG VAN DE CASUS

Bij mevrouw ontstonden multipel wervelfracturen, enkele maanden nadat zij gestopt was met denosumab. Naar de inzichten van nu had zij een hoog fractuurrisico op basis van haar leeftijd en de aanwezigheid van een prevalentie wervelfractuur, en had zij de denosumab moeten voortzetten of na het stoppen oraal of intraveneus bisfosfonaat moeten krijgen. Momenteel krijgt zij jaarlijks zoledronaat 5 mg intraveneus om het reboundeffect zoveel mogelijk af te remmen. Deze behandeling zal, mede gezien de recente wervelfracturen, drie jaar gecontinueerd worden, waarna de botdichtheid en het fractuurrisico opnieuw zullen worden geëvalueerd.

LITERATUUR

1. Elders PJ, Dinant GJ, Van Geel T, Maartens LW, Merlijn T, Geijer RM, Geraets JJ. NHG-Standaard Fractuurpreventie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55:452-8.
2. GIPdatabank. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2017-2019. www.gipdatabank.nl, geraadpleegd oktober 2018.
3. Cummings SR, San Martin J, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, et al; FREEDOM Trial. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. N Engl J Med 2009;361:756-65.
4. Lems WF, Post PN, Van den Bergh JP, Cornelder HW, Elders PJ, Geusens PP, et al. Richtlijn Osteoporose en Fractuurpreventie, derde herziening (2011). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Reumatologie/CBO, 2011.
5. Aubry-Rozier B, Gonzalez-Rodriguez E, Stoll D, Lamy O. Severe spontaneous vertebral fractures after denosumab discontinuation: three case reports. Osteoporos Int 2016;27:1923-5.
6. Anastasilakis AD, Polyzos SA, Makras P, Aubry-Rozier B, Kaouri S, Lamy O. Clinical features of 24 patients with rebound-associated vertebral fractures after denosumab discontinuation: systematic review and additional cases. J Bone Miner Res 2017;32:1291-6.
7. Bone HG, Wagman RB, Brandi ML, Brown JP, Chapurlat R, Cummings SR, et al. 10 years of denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis: results from the phase 3 randomised FREEDOM trial and open-label extension. Lancet Diabetes Endocrinol 2017;5:513-23.
8. Cummings SR, Ferrari S, Eastell R, Gilchrist N, Jensen JB, McClung M, et al. Vertebral fractures after discontinuation of denosumab: A post hoc analysis of the randomized placebo-controlled FREEDOM trial and its extension. J Bone Miner Res 2018;33:190-8.

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

Van Oostwaard MM, Van den Bergh JP, Maartens LW. Fractuurpreventie met denosumab; Spuiten en daarna toch nog slikken? Huisarts Wet 2019;62(4):41-3. DOI:10.1007/s12445-019-0063-5. VieCuri Medisch Centrum voor Noord-Limburg, Centrum voor metabolische aandoeningen, Venlo: M.M. van Oostwaard, MSc, verpleegkundig specialist; prof.dr. J.P. van den Bergh, internist-endocrinoloog (tevens MUMC en UHasselt). Huisartsencentrum Parklaan, Eindhoven: dr. L.W.F. Maartens, huisarts, luc.maartens@ezorg.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: MvO heeft vergoedingen ontvangen van Amgen en UCB voor het volgen van nascholing en het geven van advies. JB heeft vergoedingen ontvangen van Eli Lilly, Amgen en UCB voor onderzoek en voor het geven van nascholing en advies. LM ontving in 2015 vergoedingen van Amgen.

Behandeling van het granuloma pyogenicum

Naomi Beks

Een granuloma pyogenicum is een goedaardige zwelling op huid of slijmvliezen, die gemakkelijk bloedt. Het komt vooral voor bij (jongere) kinderen en adolescenten. Elektrochirurgische behandeling heeft de voorkeur.

Een granuloma pyogenicum (synoniem: granuloma teleangiectaticum) is een vaatrijke, gemakkelijk bloedende, goedaardige aandoening, die voorkomt op zowel slijmvliezen als huid [figuur 1].^{1,2} Histologisch behoort de aandoening tot de lobulaire capillaire hemangiomen. De naam granuloma pyogenicum doet vermoeden dat het om een pussende of infectieuze aandoening gaat, maar er worden in het weefsel nooit bacteriën of virussen aangetroffen. Daarom is 'pyogenicum' eigenlijk onjuist en verdient 'teleangiectaticum' de voorkeur wegens de capillaire vaatproliferatie.

De zwelling is waarschijnlijk het gevolg van irritatie, chronisch trauma en hormonale invloeden. De aandoening komt op elke leeftijd voor, maar vooral bij (jongere) kinderen en adolescenten.

Het granuloma ziet er op de huid uit als een papel of nodus en op slijmvlies als een poliep. Een granuloma kan in enkele dagen tot weken snel groeien en soms treedt ulceratie op.³ De kleur varieert van rozerood tot paars (soms zelfs blauwzwart) en het aspect kan glad of gelobd zijn als een framboos. De

grootte varieert van enkele millimeters tot centimeters. Voorkeurslocaties zijn vingers, het hoofd-halsgebied, mondslijmvlies, lippen, tong en soms de conjunctiva van een ooglid. Ook op armen, benen, tenen en de romp komen ze voor. De basis is vaak ingesnoerd en omgeven door een kraag van verdikte epidermis (collerette). Bij zwangere vrouwen worden ze, waarschijnlijk onder hormonale invloed, vaak op het tandvlees gezien: granuloma gravidarum.

Indicaties en contra-indicaties

Hoewel pyogene granulomen niet infectieus of kwaadaardig zijn, kan behandeling gewenst zijn vanwege groei, bloeding, ulceratie of (cosmetisch) ongemak.

De volgende methoden worden het meest toegepast:

- chirurgisch: (shave-)excisie, excochleatie
- elektrochirurgisch
- cryotherapie
- aanstippen met zilvernitraat

Vanwege het vaatrijke karakter van de laesie heeft elektrochirurgische behandeling de voorkeur.⁴ Adequate coagulatie van de bodem verkleint de kans op een nabloeding en recidief, bovendien geeft deze methode een fraai cosmetisch resultaat.

Valkuilen

Een rode of paarsblauwe bolvormige zwelling kan klinisch ogen als een granuloma pyogenicum, maar ook passen bij een haemangioma, een (amelanotisch) melanoom, een plaveiselcelcarcinoom of een angiosarcoom.⁵ Het onderscheid tussen een granuloma pyogenicum en een amelanotisch melanoom kan in de praktijk lastig zijn, maar een granuloma pyogenicum is meestal klein (< 1 cm), komt ook voor bij kinderen en adolescenten en bestaat doorgaans niet langer dan drie maanden.⁶ Neem bij twijfel een huidbiopt voor nader onderzoek of stuur bij excisie het preparaat in voor pathologisch-anatomisch onderzoek. Coagulatie van de vaatrijke bodem van de laesie is van belang ter voorkoming van een nabloeding en recidief.

Voorbereiding

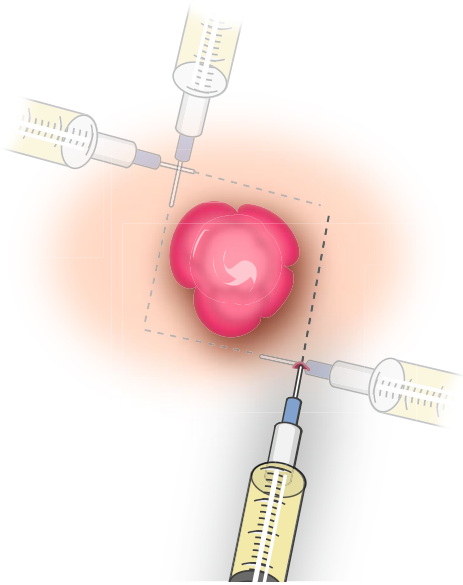
Omdat de afwijking gemakkelijk bloedt, is het raadzaam – naast de diathermie – ruim gazen voor directe compressie bij de hand te hebben.

Figuur 1



Chirurgische behandeling

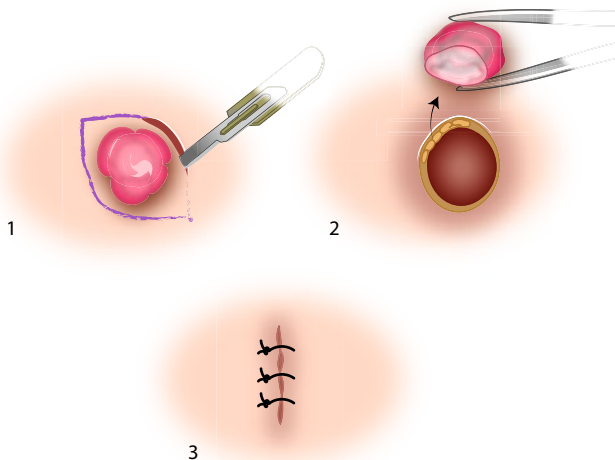
- Desinfecteer het huidgebied met desinfectans.
Let op! Bij gebruik van diathermie moet een desinfectans op alcoholbasis eerst goed drogen vanwege gevaar voor ontvlaming.
- Verdoof in de vorm van een veldblok [figuur 2].
Gebruik bij voorkeur lidocaïne in combinatie met adrenaline.
- Optioneel: stuur de laesie in voor pathologisch-anatomisch onderzoek.



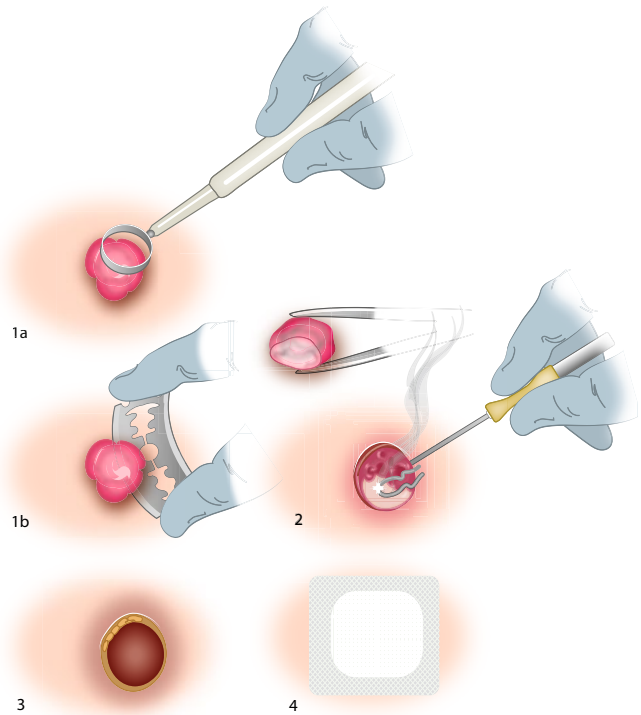
Figuur 2 Lokaal anesthesie met veldblok

Excisie [figuur 3]

- Teken met een huidmarker een ellipsvormige incisie af in de richting van de huidlijnen.
- Incideer de huid tot in de subcutis.
- Excideer de laesie.
- Verricht adequate hemostase.
- Sluit de huid met een of meerdere hechtingen.
- Verbind de wond met een pleister of gaas.



Figuur 3 Excisie



Figuur 4 Excochleatie [1a] of shave-excisie [1b]

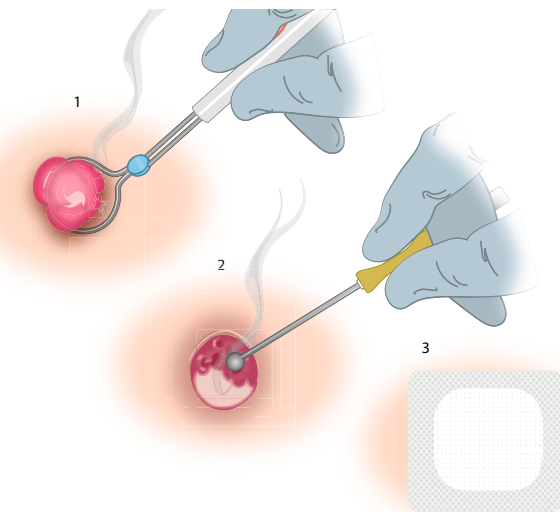
Shave-excisie en excochleatie [figuur 4]

- Excideer de laesie aan de basis op het niveau van de huid met een (scheer)mes of curette.
Fixeer de laesie zo nodig met een chirurgisch pincet.
- Verricht adequate hemostase.
- Coaguleer de wondbodem.
Gebruik hiervoor de kogelelektrode en zet de elektrochirurgische unit op stand 'coag'.
- Verbind de wond met een pleister of gaas [figuur 4].

Elektrochirurgie [figuur 5]

Gebruik hiervoor een elektrochirurgische unit.⁷

- Fixeer de laesie en trek deze iets op met een chirurgisch pincet.



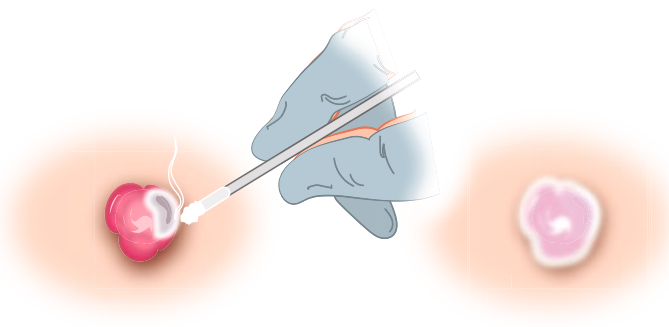
Figuur 5 Elektrochirurgie

- Excideer de laesie aan de basis op het niveau van de huid. Gebruik hiervoor de lus- of meselektrode en zet de elektrochirurgische unit op stand 'cut'.
- Verricht adequate hemostase.
- Coaguleer de wondbodem. Gebruik hiervoor de kogelelektrode en zet de elektrochirurgische unit op stand 'coag'.
- Verbind de wond met een pleister of gaas.

Cryotherapie [figuur 6]

Gebruik deze methode alleen bij laesies van enkele millimeters.

- Bevries het granuloom met een stikstofwat of een cryo-apparaat. Soms zijn meerdere sessies nodig.

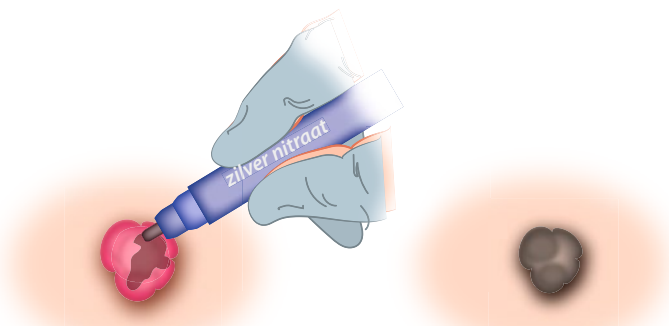


Figuur 6 Cryotherapie

Zilvernitraat [figuur 7]

Gebruik zilvernitraat als stick in een houder of als applicator voor eenmalig gebruik.

- Maak het granuloom vochtig met een gaas (de omringende huid juist droog houden).
- Stip aan met zilvernitraat tot de zwelling verkleurt.
- Herhaal de behandeling zo nodig de volgende dag.



Figuur 7 Zilvernitraat

COMPLICATIES EN NAZORG

Een wondinfectie komt zelden voor. Een (na)bloeding kan worden voorkomen door adequate diathermie van de wondbodem. Controle is doorgaans niet nodig. Instrueer de patiënt een eventuele nabloeding stevig met gazen af te drukken (niet 'deppen') en terug te komen bij klachten en een recidief. ■

INSTRUMENTARIUM EN MATERIELEN

Afhankelijk van de gekozen methode van verwijdering:

- Huidmarker [niet uitwisbaar door desinfectans]
- Desinfectans [alcohol 70%, chloorhexidine 1%, povidonjodium]
- Injectiespuit en naalden
- Lokaal anestheticum [lidocaïne/adrenaline]
- Handschoenen
- Scalpel met mesje 15
- Scheermesje
- Curette 4 mm
- Chirurgisch pincet
- Hechtmateriaal
- Verbandmateriaal en gazen
- Elektrochirurgische unit
- Vloeibare stikstof
- Zilvernitraat
- Optioneel: verzendsset voor PA-onderzoek

LITERATUUR

1. Granuloma pyogenicum/granuloma teleangiectaticum. www.huidziekten.nl.
2. Indemans FA, Ruijter E, Feith GW. Een vrouw met persisterende anemie. Ned Tijdschr Geneesk 2014;158:A7107.
3. Kist AL, Beekmans SJA. Een man met een zwelling van het onderooglid. Ned Tijdschr Geneesk 2015;159:A8419.
4. Smeets JGE, Neer FJMA van. Een jongen met een snel groeiende huidafwijking op de rug. Ned Tijdschr Geneesk 2007;151:1287.
5. NHG-werkgroep Verdachte huidafwijkingen. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen. Huisarts Wet 2017;60(6):276-90.
6. Scholtes JHMB, Rampen FHJ, Van Everdingen JJE, Van Dijk E, Rümke Ph. Een vergelijkend klinisch onderzoek naar het granuloma pyogenicum en het amelanotisch melanoom van de huid. Ned Tijdschr Geneesk 1985;129:256-60.
7. Goudswaard AN, Kramer WLM. Caustica en elektrochirurgie. In: Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM (red.). Handboek Verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten: Prelum, 2018:p.53-5.

Beks N. Behandeling van het granuloma pyogenicum. Huisarts Wet 2019;62[4]:44-5. DOI:10.1007/s12445-019-0058-2. Deze bijdrage is eerder in vrijwel dezelfde vorm gepubliceerd als: Beks N. Granuloma pyogenicum. In: Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM [redactie]. Handboek Verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten: Prelum, 2018: p.327-32. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Kraakbeenpiercings vormen een onderschat risico

Thomas Vanbrabant, Pieter Vanbrabant, Anneke Dijkmans, Monique Prinssen

Huidpiercings zijn zelden een gezondheidsprobleem, maar piercings in kraakbeen kunnen nare gevolgen hebben als ze ontstoken raken. Een milde ontsteking kan men het best behandelen met azijn en de piercing laten zitten. Bij ernstiger ontstekingen zijn antibiotica aan te raden.

De populariteit van piercings is de laatste decennia in westerse landen duidelijk toegenomen.¹ De complicaties van deze wijdverspreide praktijk zijn echter onderbelicht gebleven. Oorpiercings veroorzaken regelmatig een mild verlopende infectie. Klanten vragen in zo'n geval meestal eerst de piercingshop om advies en contacteren pas bij ernstige of aanhoudende infecties de huisarts.^{2,3}

Bij oorlelpiercings heeft een lokale infectie in de regel geen

Figuur 1

Meerdere licht ontstoken transcartilagineuze oorpiercings



LOKALE ROODHEID MET ENIG PUS

Een 24-jarige vrouw ontwikkelde enkele maanden na het plaatsen van een piercing in het kraakbeen van de helix van het rechteroor roodheid met enig pus rondom de insteekopening. Omdat de klachten niet verbeterden, nam zij contact op met de huisarts. Deze zag een niet-zieke vrouw met erytheem en pus rondom de insteekopening van de piercing. De huisarts constateerde dat er sprake was van een lokale infectie en dat de piercing verwijderd zou moeten worden. De patiënt wilde dit niet. Zij kocht hierna in een piercingshop een aftercareproduct, waarmee zij een week lang tweemaal daags moest druppelen. Na deze week waren alle klachten verdwenen.

ernstige gevolgen; afwachtend beleid of lokale behandeling met zelfhulpmiddelen is meestal afdoende.^{1,4,5} Bij kraakbeenpiercings [figuur 1] ligt dat echter anders: een kraakbeeninfectie kan binnen enkele dagen leiden tot avasculaire necrose en perichondritis, en tot ernstige vervormingen, zoals een bloemkooloor.⁶⁻⁸ Perichondritis na piercen wordt meestal veroorzaakt door *Pseudomonas aeruginosa* (75%) of *Staphylococcus aureus* (14%).⁹⁻¹¹ [Figuur 2] geeft de schematische weergave van onze behandeling van een ontstoken transcartilagineuze piercing.

Bij een milde infectie kan men de piercing beter niet verwijderen

ZELFHULPMIDDELEN

Om bacteriële kolonisatie te voorkomen, lijkt het raadzaam de insteekopening direct na de piercing dagelijks te reinigen met een steriele oplossing.^{3,12} Piercingshops verkopen verschillende steriele zelfhulpmiddelen als 'postoperatieve' profylaxe en ter behandeling van een beginnende ontsteking, maar deze middelen zijn weinig effectief of hebben belangrijke nadelen. Benzalkoniumchloride is in vitro niet effectief gebleken tegen *Pseudomonas aeruginosa*.^{4,13} Zeep die chloroxylenol bevat en jodium- en alcoholhoudende middelen zijn in vitro wel effectief tegen zowel *Pseudomonas* als *Staphylococcus*, maar veroorzaken irritatie bij langdurig gebruik.^{4,13}

De adviezen van piercingshops zijn vaak onvolledig of ronduit verkeerd. Huisartsen kunnen voor een goed advies verwijzen naar de *Hygiënerichtlijn voor piercen* van het RIVM.¹²

HYGIËNADVIEZEN

Een recent ontstaan lokaal erytheem zonder pus hoeft niet direct te worden behandeld. Adviseer de patiënt de piercing droog te houden en zo min mogelijk aan te raken, hem dagelijks kort te reinigen met ongeparfumeerde zeep en zwembaden en sauna's te vermijden. Als een lokaal erytheem echter na vijf dagen niet is bijgetrokken of als er ter hoogte van de insteekopening pus aanwezig is, zijn kweek en lokale antibiotica geïndiceerd omdat dan het gevaar bestaat van ernstige complicaties en snelle progressie.

Adviezen van piercingshops zijn vaak onvolledig of verkeerd

De meest voorkomende verwekkers van perichondritis zijn *Pseudomonas aeruginosa* en *Staphylococcus aureus*. Een zure oordruppel, bijvoorbeeld drie druppels azijnzuur (zonder corticosteroid) driemaal daags gedurende vijf dagen, biedt bescherming tegen deze beide verwekkers.¹⁴ Uit de beschikbare literatuur valt op te maken dat een milde infectie het best te vergelijken is met een bijtewond. De piercing voorkomt dat de wond zich sluit en gaat abscesvorming tegen. Bij lokaal erytheem dat zich niet uitbreidt is het daarom beter de piercing in eerste instantie niet te verwijderen.^{3,15}

ANTIBIOTICA

Indicaties voor laagdrempelige behandeling met orale antibiotica zijn erytheem dat zich uitbreidt, heftige pijn bij bewegen van het oorkraakbeen, pus bij de insteekopening en tekenen

van systemisch ziek zijn.^{6,16} Bij systemische verschijnselen is het aan te raden blind te starten met ciprofloxacin 750 mg 2 dd en amoxicilline-clavulaanzuur 500/125 mg 3 dd of clindamycine 600 mg 3 dd gedurende veertien dagen.^{6,9,10,16} Vaak volstaat een korte breed spectrumkuur totdat de uitslag van de kweek bekend is; daarna kan het beleid op geleide van de kweek worden aangepast. De NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties noemt flucloxacilline of clarithromycine als middelen van eerste keus, maar deze bieden geen dekking tegen *Pseudomonas aeruginosa*. De standaard beperkt zich tot huidinfecties en benoemt het verschil met kraakbeeninfecties niet.¹⁷

CONCLUSIE

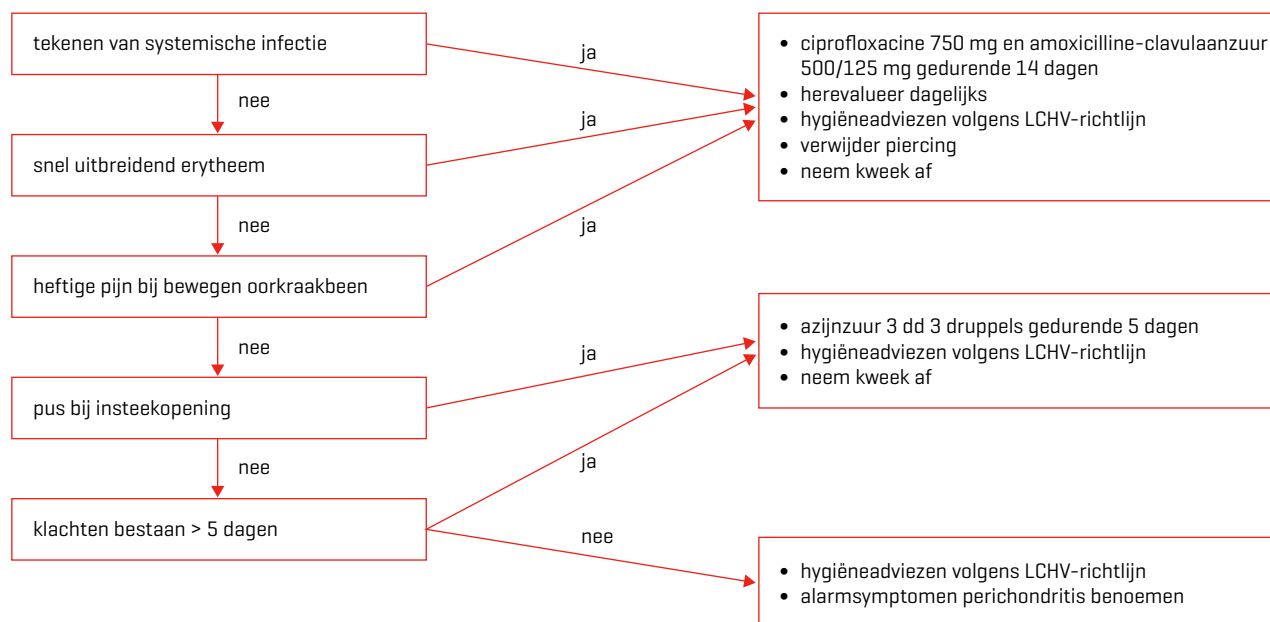
De patiënt in onze casus had een milde, lokale infectie met pusvorming. Naar de inzichten van de huidige literatuur was het advies om de piercing te verwijderen onjuist. Ook het advies om te spoelen met water lijkt niet helemaal terecht, omdat in kraanwater sporadisch *Pseudomonas aeruginosa* wordt aangetroffen.¹⁸ Tot slot verzuimde de huisarts andere hygiëneadviezen mee te geven.¹²

Gezien de potentieel snelle progressie naar perichondritis bij ontstoken kraakbeenpiercing is het zaak de patiënt goede hygiëneadviezen te geven en te instrueren contact op te nemen bij systemische verschijnselen of als de klachten verergeren. Druppelen met azijn geeft voldoende antibiotische dekking tegen de bekende verwekkers. Alcohol geeft onvoldoende dekking. Ernstigere infecties of tekenen van perichondritis zijn indicaties voor een kweek en voor ciprofloxacin in combinatie met amoxicilline-clavulaanzuur [figuur 2].

Tot slot is het aan te bevelen transcantilagineuze piercings bij een milde infectie niet te verwijderen. ■

Figuur 2

Onze behandeling van een ontstoken transcantilagineuze piercing





Piercings in het kraakbeen kunnen nare gevolgen hebben als ze ontstoken raken.

Foto: iStock

LITERATUUR

1. Bone A, Ncube F, Nichols T, Noah ND. Body piercing in England: a survey of piercing at sites other than earlobe. *BMJ* 2008;336:1426-8.
2. Simplot TC, Hoffman HT. Comparison between cartilage and soft tissue ear piercing complications. *Am J Otolaryngol* 1998;19:305-10.
3. Hogan L, Armstrong ML. Body piercing: more than skin deep. *Skin Therapy Let* 2009;14:4-7.
4. Fisher CG, Kacica MA, Bennett NM. Risk factors for cartilage infections of the ear. *Am J Prev Med* 2005;29:204-9.
5. Meltzer DI. Complications of body piercing. *Am Fam Physician* 2005;72:2029-34.
6. Staley R, Fitzgibbon JJ, Anderson C. Auricular infections caused by high ear piercing in adolescents. *Pediatrics* 1997;99:610-1.
7. Manca DP, Levy M, Tariq K. Case report: infected ear cartilage piercing. *Can Fam Physician* 2006;52:974-5.
8. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. JAMA patient page: Body piercing. *JAMA* 2004;291:1024.
9. Liu ZW, Chokkalingam P. Piercing associated perichondritis of the pinna: are we treating it correctly? *J Laryngol Otol* 2013;127:505-8.
10. Janssen K, Kon M. 3 patiënten met complicaties als gevolg van piercing van het oorkraakbeen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:1351-4.
11. Folz BJ, Lippert BM, Kuelkens C, Werner JA. Hazards of piercing and facial body art: a report of three patients and literature review. *Ann Plast Surg* 2000;45:374-81.
12. Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid. Hygiënerichtlijn voor piercen 2014. Bilthoven: RIVM, 2014-2018.
13. Frank MJ, Schaffner W. Contaminated aqueous benzalkonium chloride: An unnecessary hospital infection hazard. *JAMA* 1976;236:2418-9.
14. Azijnzuur. In: Farmacotherapeutisch Kompas. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2018.
15. Koenig LM, Carnes M. Body piercing medical concerns with cutting-edge fashion. *J Gen Intern Med* 1999;14:379-85.
16. Hanif J, Frosh A, Marnane C, Ghufoor K, Rivron R, Sandhu G. Lesson of the week: 'High' ear piercing and the rising incidence of perichondritis of the pinna. *BMJ* 2001;322:906-7.
17. Bons SCS, Bouma M, Draijer LW, Koning S, Mulder L, Warnier MJ, et al. NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties (Tweede herziening). *Huisarts Wet* 2017;60:224-33.
18. Van der Wielen P. Opportunistische ziekteverwekkende micro-organismen in drinkwater. Utrecht: KWR, 2013.

Vanbrabant TJ, Vanbrabant PH, Dijkmans AC, Prinssen M. Kraakbeen-piercings vormen een onderschat risico. *Huisarts Wet* 2019;62[4]:47-9. DOI:10.1007/s12445-019-0071-5.

Zuyderland Medisch Centrum, Sittard: T.J.F. Vanbrabant, anios interne geneeskunde. KU Leuven: P.H.L. Vanbrabant, masterstudent geneeskunde, pieter.vanbrabant@student.kuleuven.be. Centre for Human Drug Research, Leiden: A.C. Dijkmans, arts-microbioloog en klinisch farmacoloog. Huisartsen Oog in Al, Utrecht: M. Prinssen, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Veilig voorschrijven bij levercirrose

Midas Mulder, Rianne Weersink, Sander Borgsteede, Margriet Bouma, Han Beekwilder, Robert de Man, Nicole Hunfeld

Tot de vele functies van de lever behoort het onschadelijk maken van geneesmiddelen. Een leverfunctiestoornis verandert de farmacokinetiek en -dynamiek van geneesmiddelen, maar vanwege de grote overcapaciteit van de lever wordt dit pas klinisch relevant als er sprake is van levercirrose. Veel geneesmiddelen, waaronder veelgebruikte zoals analgetica en statines, moeten in dat geval lager gedoseerd worden of vervangen door een ander middel. Door in het huisartsinformatiesysteem de oude contra-indicatie 'leverfunctiestoornis' te vervangen door 'levercirrose' kan men dit automatisch bewaken.

Bijwerkingen van medicatie zorgen jaarlijks in Nederland voor duizenden vermijdbare ziekenhuisopnames.¹ Een belangrijke risicogroep zijn patiënten bij wie een orgaan minder goed functioneert, waardoor de excretie van geneesmiddelen veranderd is. Daarom geldt voor patiënten met een nierfunctiestoornis bijvoorbeeld al jaren het advies doseringen aan te passen aan de resterende nierfunctie. Ook de lever speelt een belangrijke rol bij de uitscheiding van geneesmiddelen, dus ook bij patiënten met een leverfunctiestoornis moet men alert zijn op bijwerkingen. In een onderzoek bleek dat 28% van de patiënten met levercirrose die in een ziekenhuis werden opgenomen bijwerkingen had van de medicatie die ze gebruikten.² Dat is tweemaal zo veel als gemiddeld bij ziekenhuisopname (10-15%).³ De onderzoekers achtten bijna 80% van de bijwerkingen vermijdbaar, maar konden niet precies aangeven



Een leverfunctiestoornis is pas klinisch relevant bij levercirrose.

Foto: Shutterstock

DE KERN

- Pas als een chronische leverziekte gevorderd is tot cirrose, is aanpassing van de medicatie nodig.
- Voor veel veelgebruikte geneesmiddelen, waaronder analgetica en statines, is dosisaanpassing bij levercirrose essentieel; sommige middelen moeten zelfs worden vermeden.
- Patiënten met levercirrose hebben bij ziekenhuisopname tweemaal zo vaak bijwerkingen als patiënten zonder cirrose; het merendeel van die bijwerkingen is vermijdbaar.
- Het is van belang de nieuwe contra-indicatie 'levercirrose' adequaat vast te leggen in het huisartsinformatiesysteem.
- Patiënten met aspecifieke leverfunctiestoornissen vallen voortaan buiten de signalering.

om welke patiënten het ging en konden ook geen concrete adviezen formuleren, want een leverfunctiestoornis is niet met één laboratoriumparameter vast te stellen.²

In 2018 heeft een Nederlandse onderzoeksgroep concrete evidencebased aanbevelingen geformuleerd over de veiligheid en dosering van ruim 200 geneesmiddelen bij patiënten met een leverfunctiestoornis.⁴ Omdat veranderingen in de farmacokinetiek en -dynamiek pas klinisch relevant worden als er sprake is van levercirrose,⁵ is de contra-indicatie 'levercirrose' herzien.

Cirrose is het eindstadium van chronische leverschade, met belangrijke fibrose van de lever.⁶ De belangrijkste oorzaken zijn chronische hepatitis B en C, overmatig alcoholgebruik en niet-alcoholische steatohepatitis (NASH). De sterfte aan levercirrose is tussen 1990 en 2013 gestegen met 45,6%;⁷ wereldwijd is het nu de op twaalf na frequentste doodsoorzaak. In de Nederlandse huisartsenpraktijk is de prevalentie van cirrose en andere leveraandoeningen 4,4 per 1000 patiënten per jaar.⁸ Van cirrose alleen is de exacte prevalentie niet bekend; gegevens uit het registratienetwerk FaMe-net wijzen op een prevalentie van 0,3 per 1000 patiëntjaren tussen 2014 en 2016.⁹ Een huisarts heeft gemiddeld naar schatting minder dan vijf patiënten met cirrose in zijn praktijk.

Naar aanleiding van de nieuwe contra-indicatie 'levercirrose' en de bijbehorende adviezen bespreken wij in deze nascholing

het ontstaan en de classificatie van levercirrose, het effect van levercirrose op geneesmiddelen en hoe u uw praktijkvoering kunt organiseren rondom dit thema.

EEN 59-JARIGE VROUW MET LEVERCIRROSE DOOR NIET-ALCOHOLISCHE STEATOHEPATITIS

Onze patiënt is een 59-jarige vrouw met diabetes mellitus type 2, hypertensie en levercirrose door niet-alcoholische steatohepatitis (NASH). De ernst van de levercirrose is naar schatting klasse B in de classificatie van Child-Turcotte-Pugh, op grond van verlaagd albumine [30 g/l] en verlengde INR [2,0].

Mevrouw heeft onlangs een verkoudheid opgelopen waarvoor ze bij een drogisterij ibuprofen heeft gekocht. Vanwege haar levercirrose belt ze u met de vraag of ze ibuprofen gewoon kan gebruiken. Aangezien alle NSAID's bij patiënten met levercirrose een groot risico geven op nierfunctiestoornissen, verstoring van de elektrolyten- en vochtbalans en zelfs hepatorenaal syndroom, adviseert u haar om de ibuprofen niet te gebruiken. Als veilig alternatief kan patiënte paracetamol gebruiken [driemaal daags 1 gram].

ONTSTAAN EN VASTSTELLEN VAN LEVERCIRROSE

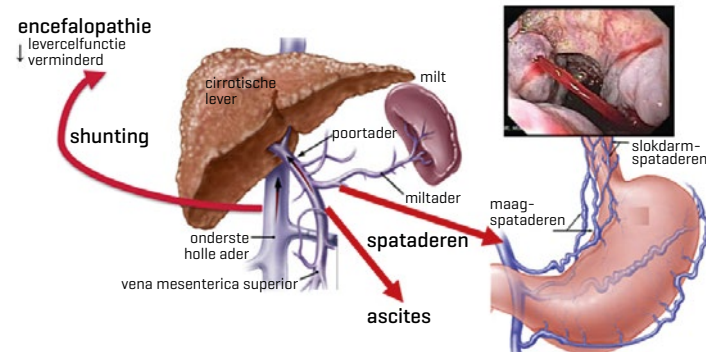
De meeste chronische leverziekten kunnen zich ontwikkelen tot cirrose. De lever heeft een ruime overcapaciteit en bij milde schade kan het beschadigde leverweefsel zich herstellen,⁶ maar wanneer de schade ernstig of omvangrijk is, ontstaat er littekenweefsel (fibrose). Zeer ernstige fibrose verstoort de samenstelling en de doorbloeding van de lever (cirrose). Als de onderliggende leverziekte wordt behandeld, kan de fibrose weer afnemen zodat de leverfunctie verbetert.

Voor de definitieve diagnose 'levercirrose' is een leverbiopsie door een mdl-arts vereist, maar als het radiologische en klinische beeld al duidelijk op cirrose wijst en de oorzaak bekend is, is deze invasieve methode niet altijd nodig. Bij cirrose zijn op een röntgenfoto veranderingen te zien in de grootte van de lever, de segmentverhouding, de doorbloeding en de textuur (nodules). Klinische verschijnselen zijn onder andere encefalopathie, portale hypertensie, ascites, spataderen in maag en darmen met kans op spontane bloedingen, en infecties zoals bacteriële peritonitis.⁶

De classificatie van Child-Turcotte-Pugh (CTP) geeft een maat voor de ernst en de prognose van levercirrose.¹⁰ De vijf parameters in deze classificatie zijn de serumconcentraties van albumine en bilirubine, de INR, ascites en encefalopathie. Iedere parameter krijgt een score van 1 tot 3 punten, de totale score ligt tussen 5 en 15 punten. Bij een score van 5 of 6 punten wordt een patiënt ingedeeld in klasse A (licht), bij 7 tot 9 punten in klasse B (matig) en bij 10 of meer punten in klasse C (ernstig) [tabel 1]. De eenjaarsoverleving in klasse A is ongeveer 100%, in klasse B 81% en in klasse C 45%.⁶ Over het algemeen neemt de leverfunctie geleidelijk af en komt de patiënt mettertijd in een steeds hogere CTP-klasse terecht, maar er zijn ook patiënten die na een acute verslechtering weer opknappen en naar een lagere klasse terugkeren. Bepaling van INR, bilirubine en albumine volstaat dus om een achteruitgang in de leverfunctie vast te stellen; andere tests, zoals transami-

Figuur

Lever met cirrose en klinische verschijnselen



Bron: liverline.com

nases (ALAT en ASAT), alkalisch fosfatase (AF) en gammaglutamyltranspeptidase (γ -GT) kunnen een indicatie geven van de activiteit van het ziekteproces en de opgetreden leverschade.

LEVERCIRROSE EN MEDICATIE

Levercirrose verandert de absorptie, verdeling, metabolisme en uitscheiding van geneesmiddelen (farmacokinetiek) en hun uitwerking op afzonderlijke organen (farmacodynamiek). Die veranderingen zijn des te sterker naarmate de cirrose ernstiger is. Als men bijwerkingen wil voorkomen, zal men daarom bij patiënten met levercirrose vaak een lagere dosering moeten gebruiken of een ander geneesmiddel moeten kiezen.

Farmacokinetiek

Bij levercirrose vormen zich collaterale vaten langs de lever, waardoor een deel van het geneesmiddel langs de lever gaat zonder te worden afgebroken. Sommige geneesmiddelen, zoals opiaten, worden voor een belangrijk deel afgebroken tijdens hun eerste passage door de lever. Als dit *first pass*-effect zwakker wordt, stijgt de plasmaspiegel van deze middelen.^{11,12} Daardoor kan bijvoorbeeld dezelfde dosis morfine bij een patiënt met levercirrose leiden tot een dubbel zo hoog morfinegehalte in het bloed als bij een patiënt zonder levercirrose.¹³ De verdeling van geneesmiddelen over het lichaam is onder andere afhankelijk van de plasma-eiwitbinding. De aanmaak van plasma-eiwitten, waaronder albumine, kan verminderd zijn bij patiënten met gevorderde levercirrose. Bij sterk eiwitgebonden geneesmiddelen, zoals valproïnezuur, leidt een lagere albuminespiegel tot hogere ongebonden fracties. Ook ascites beïnvloedt de distributie doordat het het verdelingsvolume van wateroplosbare geneesmiddelen vergroot. Een voorbeeld zijn bètalactamantibiotica.^{11,12} Veel geneesmiddelen worden gemetaboliseerd door het cytochroom P450-enzymstelsel in de lever. Bij patiënten met levercirrose is dit systeem minder actief, zodat deze geneesmiddelen langer en in hogere concentraties aanwezig blijven in het lichaam.^{11,12} Dit speelt bijvoorbeeld bij bètablokkers. Ook de uitscheiding van geneesmiddelen via de gal kan

Tabel 1Classificatie van Child-Turcotte-Pugh¹⁰

Parameter	Punten		
	1	2	3
Ascites	niet aanwezig	matig, eenvoudig te behandelen	ernstig, slecht te behandelen
Encefalopathie [klasse]	niet aanwezig	1-2	3-4
Bilirubine ($\mu\text{mol/l}$) < 34		34-51	> 51
Albumine (g/l) > 35		28-35	< 28
INR < 1,7		1,7-2,3	> 2,3
Klasse	Score		
Klasse A [licht]	5-6 punten		
Klasse B [matig]	7-9 punten		
Klasse C [ernstig]	10-15 punten		

afnemen door levercirrose, met name als er sprake is van cholestase. Meestal heeft dit echter geen grote consequenties, aangezien de nieren een deel van de uitscheiding kunnen overnemen.^{11,12}

Farmacodynamiek

Uit onderzoek blijkt dat zowel de werking als de bijwerkingen van geneesmiddelen veranderd kunnen zijn bij patiënten met cirrose, en dat cirrose patiënten gevoeliger maakt voor nefrotoxiciteit.¹² NSAID's zijn om die reden gecontra-indiceerd, zoals bij de vrouw uit onze eerste casus. Van opiaten is bekend dat de werking sterker en de kans op bijwerkingen verhoogd

EEN 69-JARIGE MAN MET LEVERCIRROSE DOOR ALCOHOLISCHE HEPATITIS

Een 69-jarige man is bekend met oesofagusvarices, diabetes mellitus 2 en levercirrose door langdurig overmatig alcoholgebruik. De ernst van de levercirrose wordt geschat op CTP-klasse C vanwege de aanwezigheid van matige ascites, een verhoogd bilirubine (40 $\mu\text{mol/l}$), een lage albumineconcentratie (27 g/l) en een verlengde INR [2,1]. Er is geen encefalopathie.

Sinds enkele dagen heeft meneer hevige pijn in onderrug en bil, met daarbij soms ook een zwak gevoel in de benen. Meneer heeft driemaal daags 1 gram paracetamol geprobeerd, maar zonder succes. De huisarts stelt de werkdagdiagnose 'lumbago'. Aangezien de ernstige levercirrose een contra-indicatie is voor NSAID's, besluit de arts de patiënt in te stellen op oxycodon met geregleerde afgifte 10 mg 2 dd en zo nodig oxycodon 5 mg 2 dd.

Meneer neemt nog diezelfde dag één tablet oxycodon MGA 10 mg. De volgende dag treft zijn echtgenote hem verminderd aanspreekbaar aan terwijl hij voor zich uit staart. Echtgenote brengt patiënt naar de SEH, waar de werkdagdiagnose 'hepatische encefalopathie' wordt gesteld. Patiënt wordt opgenomen op de mdl-afdeling, de oxycodon wordt gestopt en meneer krijgt lactuloseklysma's en -drank ter bestrijding van de hepatische encefalopathie. Patiënt herstelt voorspoedig en wordt na vier dagen ontslagen uit het ziekenhuis.

zal zijn bij patiënten met levercirrose. Het toedienen van opiaten kan een hepatische encefalopathie uitlokken of verergeren, zoals uit onze volgende casus blijkt.

WAT BETEKENT DIT VOOR DE HUISARTS?

Geneesmiddeladviezen

Bij het voorschrijven van geneesmiddelen aan patiënten met cirrose is het belangrijk rekening te houden met de gewijzigde farmacokinetiek en farmacodynamiek. Ondersteuning hierbij biedt www.geneesmiddelenbijlevercirrose.nl, de adviezen op deze website zijn ook geïntegreerd in huisarts- en apotheek-informatiesystemen.⁴ De website geeft voor meer dan 250 geneesmiddelen een advies over dosering en veiligheid, en levert de onderbouwing daarvoor. Patiënten kunnen op een apart gedeelte van de site nagaan of zij een bepaald geneesmiddel veilig kunnen gebruiken.

De beoordeelde geneesmiddelen zijn de middelen die in het algemeen het meest gebruikt worden, plus de middelen die patiënten met levercirrose het meest gebruiken. [Tabel 2] bevat een korte samenvatting voor middelen die vaak in de huisartsenpraktijk worden voorgeschreven. Bij de behandeling van een patiënt met levercirrose, zeker bij CTP-klasse B en C, is laagdrempelig overleg met de betrokken mdl-arts aan te raden.

Contra-indicatie 'levercirrose'

De hier besproken geneesmiddeladviezen zijn recentelijk in de huisartsinformatiesystemen opgenomen onder de nieuwe contra-indicatie 'levercirrose', met de CTP-klasse als diagnostische bepaling. Om de adviezen te kunnen gebruiken moet de huisarts bij patiënten die daarvoor in aanmerking komen de contra-indicatie 'levercirrose' vastleggen.

De oude contra-indicatie 'leverfunctiestoornissen' komt op korte termijn te vervallen omdat ze voor oversignalering zorgde: veel patiënten hadden geen cirrose, maar een andere leveraandoening. Wij raden huisartsen aan om de contra-indicatie 'leverfunctiestoornissen' op te schonen door per patiënt na te gaan of deze cirrose heeft en zo ja, de nieuwe contra-indicatie 'levercirrose' aan die patiënt te koppelen. Dit zorgt ervoor dat alleen signalen opkomen voor de patiënten die ook écht aandacht behoeven.

CONCLUSIE

Vanwege de grote overcapaciteit van de lever is een leverfunctiestoornis pas klinisch relevant bij levercirrose. De veranderde farmacokinetiek en farmacodynamiek bij cirrose verhogen het risico op bijwerkingen van geneesmiddelen: voorschrijven wordt maatwerk. De nieuwe contra-indicatie 'levercirrose' in huisartsinformatiesystemen bevat adviezen voor de meest voorgeschreven geneesmiddelen, de website www.geneesmiddelenbijlevercirrose.nl levert daarbij de onderbouwing en ook adviezen voor de patiënt. Om over- of onderbehandeling te voorkomen is het van belang de oude contra-indicatie 'leverfunctiestoornissen' op te schonen, zodat alleen de patiënten met cirrose overblijven. ■

Tabel 2

Veel voorgeschreven geneesmiddelen in de huisartsenpraktijk en hun gebruik bij patiënten met cirrose

Middel	Advies bij levercirrose
Analgetica	
Paracetamol	Patiënten met een normaal voedingspatroon hebben geen verhoogd risico op leverschade bij het gebruik van paracetamol in normale doseringen. Leverschade door paracetamol ontstaat via de schadelijke metaboliet NAPQI, die in de lever wordt gevormd onder invloed van het enzym CYP2E1. Doordat de werking van dit enzym bij cirrose eerder af- dan toeneemt, is het niet te verwachten dat daardoor meer NAPQI wordt aangemaakt. Paracetamol heeft de voorkeur als pijnstiller bij [milde] pijn.
NSAID's	Door de portale hypertensie is de leverdoorbloeding veranderd. Hierdoor zijn patiënten erg gevoelig voor de renale bijwerkingen van NSAID's, die voor acute leverdecompensatie kunnen zorgen. Gebruik van NSAID's dient vermeden te worden.
COX-2-remmers	COX-2-remmers worden afgeraden om dezelfde redenen als NSAID's.
Opioiden	Omdat opioiden bijna allemaal door de lever geklaard worden, is vrijwel altijd dosisaanpassing nodig. De meeste opioiden, bijvoorbeeld fentanyl, kunnen (met dosisaanpassing) gebruikt worden bij levercirrose. Opioiden kunnen een hepatische encefalopathie uitlokken bij patiënten met levercirrose.
Statines	Statines waren altijd gecontra-indiceerd vanwege het risico op leverschade. Dit risico bleek bij patiënten met cirrose echter niet groter te zijn dan bij patiënten zonder cirrose. Alleen atorvastatine is voor patiënten in alle CTP-klassen onveilig door de sterk gestegen biologische beschikbaarheid (meer dan vijfmaal die van gezonde mensen). Recent onderzoek wijst op gunstige effecten van de overige statines bij patiënten in CTP-klasse A en B. Statines worden sterk gemetaboliseerd in de lever, waardoor dosisaanpassing nodig kan zijn om bijwerkingen te voorkomen. Over de veiligheid en de optimale dosering van van de overige statines bij CTP-klasse C is nog onvoldoende bekend.
Antibiotica	Veel antibiotica kunnen leverschade veroorzaken, maar omdat dat een zeldzame, onvoorspelbare bijwerking is, hoeven ze niet vermeden te worden.
Amoxicilline[+clavulaanzuur]	Dit middel wordt veelvuldig gebruikt door patiënten met cirrose en kan veilig gebruikt worden zonder dosisaanpassing.
Doxycycline	Er zijn geen gegevens bekend over gebruik bij patiënten met cirrose, daarom indien mogelijk een alternatief geneesmiddel voorschrijven.
Fosfomycine	De eenmalige orale dosering kan gebruikt worden door patiënten met cirrose. Over de meermalige intraveneuze toepassing zijn niet genoeg gegevens bekend.
Nitrofurantoïne	Er zijn niet genoeg gegevens over gebruik bij patiënten met cirrose, daarom indien mogelijk een alternatief geneesmiddel voorschrijven.

Achtergrondinformatie met literatuur is te vinden op www.geneesmiddelenbijlevercirrose.nl. Daar staan ook eventuele dosisaanpassingen beschreven.

LITERATUUR

- Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, Van den Bemt PM; HARM Study Group. Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med* 2008;168:1890-6.
- Franz CC, Hildbrand C, Born C, Egger S, Rätz Bravo AE, et al. Dose adjustment in patients with liver cirrhosis: impact on adverse drug reactions and hospitalizations. *Eur J Clin Pharmacol* 2013;69:1565-73.
- Chan SL, Ang X, Sani LL, Ng HY, Winther MD, Liu JJ, et al. Prevalence and characteristics of adverse drug reactions at admission to hospital: a prospective observational study. *Br J Clin Pharmacol* 2016;82:1636-46.
- Weersink RA, Bouma M, Burger DM, Drenth JPH, Harkes-Idzinga SF, et al. Evidence-based recommendations to improve the safe use of drugs in patients with liver cirrhosis. *Drug Saf* 2018;41:603-13.
- Morgan DJ, McLean AJ. Clinical pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations in patients with liver disease: An update. *Clin Pharmacokinet* 1995;29:370-91.
- Janssen HLA, Drenth JPH, Van Hoek B. *Leverziekten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;385:117-71.
- NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen (Derde herziening). Utrecht: NHG, 2016.
- Uijen AA, Bor H, Van Boven K. FaMe-Net: twee oude registratienetwerken in een nieuw jasje. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2015;93:286-7.
- Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, Pietroni MC, Williams R. Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *Br J Surg* 1973;60:646-9.
- North-Lewis P. *Drugs and the liver*. London: Pharmaceutical Press, 2008.
- Verbeeck RK. Pharmacokinetics and dosage adjustment in patients with hepatic dysfunction. *Eur J Clin Pharmacol* 2008;64:1147-61.
- Hasselström J, Eriksson S, Persson A, Rane A, Svensson JO, et al. The metabolism and bioavailability of morphine in patients with severe liver cirrhosis. *Br J Clin Pharmacol* 1990;29:289-97.

Mulder MB, Weersink RA, Borgsteede SD, Bouma M, Beekwilder JM, De Man RA, Hunfeld NG. Veilig voorschrijven bij levercirrose. *Huisarts Wet* 2019;62(4):50-3. DOI:10.1007/s12445-019-0061-7.

Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam: M.B. Mulder, ziekenhuisapotheker in opleiding [tevens Erasmus MC, Rotterdam]. Rijksuniversiteit Groningen, Groningen: R.A. Weersink, apotheker-onderzoeker, promovenda geneesmiddelveiligheid bij cirrose [tevens Stichting Health Base, Houten]. Stichting Health Base, Houten: dr. S.D. Borgsteede, apotheker medicatiebewaking [tevens: Erasmus MC, Rotterdam]. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. M. Bouma, senior wetenschappelijk medewerker en huisarts n.p. Huisartsenpraktijk Oosterhout, Nijmegen: J.M.A. Beekwilder, huisarts [tevens Stichting Health Base, Houten]. Erasmus MC, Rotterdam: prof.dr. R.A. de Man, maag-, darm- en leverarts; dr. N.G.M. Hunfeld, ziekenhuisapotheker. Correspondentie: m.b.mulder@erasmusmc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: de auteurs Weersink, Borgsteede en Beekwilder zijn werknemers van Stichting Health Base, dat de wetenschappelijke inhoud verzorgt van apotheekinformatiesysteem Pharmacom en huisartsinformatiesysteem Medicom.

Borstkankerbehandeling en hartschade

1. Accord-Maass et al. onderzochten de late effecten van borstkankerbehandeling op het hart. Wat was de primaire uitkomstmaat van het onderzoek?
 - a. Linkerventrieklejectiefractie (LVEF) < 54%
 - b. Concentratie NT-proBNP
 - c. Ontstaan van hart- en vaatziekten
 - d. Gebruik van cardiovasculaire medicatie
2. Aios en opleider voeren een leergesprek over de langetermijneffecten van borstkankerbehandeling. De aios weet dat chemo- en radiotherapie kunnen leiden tot hartschade. Ze vraagt zich af hoe deze hartschade zich ontwikkelt. Welk antwoord is correct?
 - a. De schade ontstaat vaak acuut tijdens de behandeling.
 - b. De schade ontwikkelt zich langzaam.
3. Door de auteurs wordt onderscheid gemaakt in drie verschillende stadia van hartfalen: LVEF < 54%, < 50% en < 45%. Voor welke stadia vonden zij een statistisch significant verschil tussen de onderzoeksgroepen?
 - a. Alleen LVEF < 54% significant
 - b. LVEF < 54% en < 50% significant, < 45% niet significant
 - c. LVEF < 54%, < 50% én < 45% significant
4. Voor het onderzoek werden vrouwen geïncludeerd die vijf jaar na de diagnose nog in leven waren. Welke factor noemen de auteurs die mogelijk onderschatting van het risico op hartproblemen kan geven?
 - a. Het zou een relatief gezonde populatie kunnen zijn (met minder cardiale disfunctie).
 - b. Het zou een populatie kunnen zijn met een mildere vorm van borstkanker en dus een minder zware behandeling.
5. De auteurs concluderen dat een ooit ondergane behandeling met chemo-/radiotherapie een onafhankelijke cardiovasculaire risicofactor is. Zij suggereren dat deze kan worden meegenomen in het opstellen van een CVRM-risicoprofiel. Welke uitspraak over de zwaarte van deze factor doen zij?
 - a. Tel 15 jaar bij de actuele leeftijd op.
 - b. Tel 10% extra tienjaarsrisico op bij de uitkomst van de risicotabel.
 - c. Hoe zwaar de factor moet wegen is niet bekend.
6. De huisarts heeft bij mevrouw Swanenberg, 80 jaar, de diagnose systolisch hartfalen gesteld. Ze heeft last van kortademigheid bij inspanning. Haar bloeddruk is 135/80 mmHg, pols 65/min in rust en 95/min bij inspanning. De huisarts hoort beiderzijds crepitaties over de longen. Welk medicamenteus beleid is aangewezen?
 - a. Alleen een diureticum
 - b. Zowel een diureticum als een ACE-remmer
 - c. Zowel een diureticum als een bètablokker
 - d. Zowel een diureticum als een calciumantagonist
7. Mevrouw Yassin, 72 jaar, is toemend vermoeid en kortademig bij inspanning. Zij is acht jaar geleden behandeld voor borstkanker middels radio- en chemotherapie. Haar bloeddruk is 142/70, pols 80/min regulair. De huisarts hoort basaal crepiteren over de longen en ziet pitting oedeem bij de enkels. Ze denkt aan hartfalen en laat het BNP bepalen. Welk ander onderzoek is op dit moment aangewezen om hartfalen uit te sluiten of aannemelijker te maken?
 - a. ECG
 - b. Echocardiografie
 - c. X-thorax
8. Mevrouw Salland, 60 jaar, komt bij de praktijkondersteuner voor het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel omdat ze hoge bloeddruk heeft. Ze heeft borstkanker gehad, maar is genezen na behandeling met chemoradiatie. De vader en zus van mevrouw Salland hebben reumatoïde artritis. De bloeddruk is 155/95, haar BMI is 37 kg/m². Het tienjaars risico op hart- en vaatziekten is 13%. De huisarts wil starten met medicamenteuze behandeling. Wat is hiervoor in dit geval de reden, volgens de NHG-Standaard CVRM?
 - a. BMI
 - b. Positieve familieanamnese voor reumatoïde artritis
 - c. Borstkanker en chemoradiatie in de voorgeschiedenis

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

GEBRUIKTE BRONNEN

Accord-Maass SW, Boerman LM, Berger MY, Brandenburg D, De Bock GH, Berendsen AJ. Late effecten van borstkankerbehandeling op het hart. Huisarts Wet 2019;62:DOI:10.1007/s12445-019-0054-6.
Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. NHG-Standaard Hartfalen [tweede herziening]. Huisarts Wet 2010;53:368-89.
NHG-werkgroep CVRM. NHG-Standaard CVRM [eerste herziening]. Huisarts Wet 2012;55[1]:14-28.

ANTWOORDEN

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

Nieuwe NHG-Standaard CVRM: schatten, overwegen en maatwerk

Judith Tjin-A-Ton, Karen Konings, Tjerk Wiersma

Mede dankzij ketenzorg hebben huisartsenpraktijken de afgelopen jaren op grote schaal structurele zorg opgezet voor de preventie van hart- en vaatziekten (HVZ). De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is herzien en geeft nieuwe handvatten voor het schatten van het risico en beleid bij een verhoogd risico op HVZ. Meest opvallende vernieuwingen zijn de meer gedifferentieerde streefwaarden voor bloeddruk en cholesterol, naast de toegenomen aandacht voor maatwerk, waarbij de arts het beleid in samenspraak met de patiënt vaststelt.

EENDUIDIG BELEID, ONAFHANKELIJK VAN DE HOOFDBEHANDELAAR

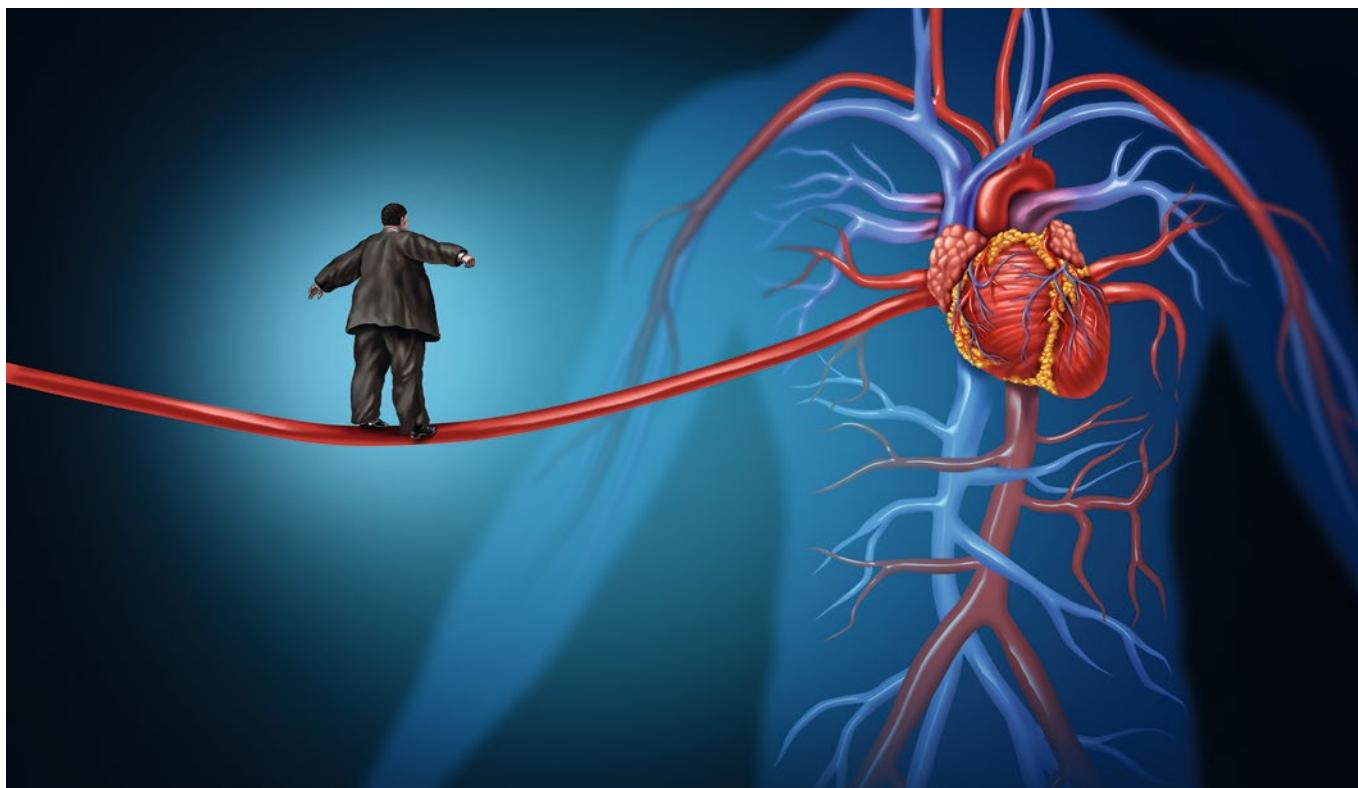
De NHG-Standaard is het resultaat van een multidisciplinair samenwerkingstraject op initiatief van het NHG, de NIV en de NVVC, en is tevens gepubliceerd als Multidisciplinaire richtlijn Cardiovasculair risicomanagement voor gebruik door medisch specialisten, zoals internisten, cardiologen en neurologen (zie de richtlijndatabase van de Federatie Medisch

Specialisten). Uitgangspunt voor de NHG-Standaard en de Multidisciplinaire richtlijn vormde de richtlijn Cardiovascular disease prevention in clinical practice van de European Society of Cardiology uit 2016. Deze richtlijn is aangevuld met bevindingen uit literatuur op basis van knelpunten en is op diverse onderdelen aangepast aan de Nederlandse situatie. Dat heeft geresulteerd in eenduidig beleid voor alle HVZ-/CVRM-patiënten in Nederland, onafhankelijk van wie de hoofdbehandelaar is.

De NHG-Standaard CVRM is aangevuld met een Praktische handleiding CVRM (zie www.nhg.org), die in meer detail ingaat op medicatiekeuze, doseringen, laboratoriumcontroles van de nierfunctie en elektrolyten, en het te voeren beleid als deze afwijkingen vertonen. We bespreken hier de belangrijkste vernieuwingen.

EEN RISICO HOEFT NIET ALTIJD IN EEN GETAL UITGEDRUKT TE WORDEN

Nieuw is de indeling van patiënten in drie risicocategorieën



De herziene NHG-Standaard CVRM geeft nieuwe handvatten voor het schatten van risico en beleid bij een verhoogd risico op hart- en vaatziekten.

Foto: Shutterstock

(zeer hoog, hoog en laag-matig) op basis van de cardiovasculaire voorgeschiedenis, mate van diabetes en chronische nierschade, en de aanwezigheid van ernstig verhoogde risicofactoren. Van veel patiënten is de risicocategorie zo aan te wijzen, zonder dat het risico in een getal hoeft te worden uitgedrukt. Als de categorie niet direct te bepalen is, kan de vernieuwde SCORE-risicotabel uitkomst bieden. In deze tabel is het tienjaarssterfterisico leidend. Een sterfterisico in de komende tien jaar van ten minste 10% geldt als een zeer hoog risico. Een risico op overlijden van 5 tot en met 9% wordt beschouwd als een hoog risico.

Of gestart moet worden met medicatie vraagt om een klinische inschatting van praktijkondersteuner en huisarts

De vernieuwde SCORE-risicotabel bevat tevens de risico's voor ziekte en sterfte (dus inclusief cardiovasculaire morbiditeit). Deze gaan gepaard met grotere onzekerheden en vertonen daardoor enige spreiding. Deze getallen zijn vooral bruikbaar bij de voorlichting aan de patiënt over diens risico.

Andere wijzigingen in de SCORE-risicotabel betreffen de toevoeging van een kolom met mensen die een totaalcholesterol/HDL-cholesterolratio van 3 hebben, het laten vervallen van de vermelding van de risico's van 70-jarigen en het vervangen van de risico's van 40-jarigen door die van 45-jarigen.

VEEL OVERWEGINGEN BIJ HET AL DAN NIET STARTEN MET MEDICATIE

Leefstijlverandering is bij alle risicocategorieën als vanouds de basis van de behandeling. Aanvullend daarop is bij mensen met een zeer hoog risico meestal medicamenteuze the-

rapie nodig om de bloeddruk en het cholesterol te verlagen. Het is aan te bevelen om bij de hoogrisicogroep medicatie te overwegen. Hierbij speelt onder andere de aanwezigheid van andere risicoverhogende factoren een rol, zoals premature hart- en vaatziekten bij eerstegraadsfamilieleden, het risico op ziekte ten gevolge van hart- en vaatziekten en de mate waarin de patiënt er in slaagt leefstijlveranderingen door te voeren. Dit vraagt dus om een klinische inschatting van de praktijkondersteuner somatiek (poh-s), in samenspraak met de huisarts.

MEER GEDIFFERENTIEERDE STREEFWAARDEN VOOR BLOEDDRUK EN CHOLESTEROL

Voor het definitief vaststellen van een verhoogde bloeddruk adviseert de richtlijn bij afwijkende spreekkamermetingen altijd eerst een ambulante meting te doen om wittejashypertensie uit te sluiten. De voorkeur gaat uit naar de 24-uursmeting. De algemene streefwaarde voor de systolische bloeddruk is ongewijzigd en blijft < 140 mmHg. Bij patiënten die medicatie goed verdragen en bij mensen met bijvoorbeeld chronische nierschade is < 130 mmHg als streefwaarde te overwegen. Bij ouderen kan men een iets hogere waarde van < 150 mmHg aanhouden.

Een meer in het oog springende wijziging betreft het invoeren van gedifferentieerde streefwaarden voor het LDL-cholesterol. Hier maakt de standaard onderscheid tussen mensen met en zonder hart- en vaatziekten. Bij mensen bekend met HVZ tot en met zeventig jaar geldt voortaan een LDL-cholesterol van < 1,8 mmol/l als streefwaarde. In specialistenkringen was deze waarde al langere tijd gebruikelijk. Bij mensen zonder HVZ met een hoog of zeer hoog risico op cardiovasculaire sterfte en mensen met HVZ ouder dan 70 jaar luidt het advies te streven naar een LDL-cholesterol van < 2,6 mmol/l. De reeds genoemde *Praktische handleiding* bevat aanwijzingen voor de medicatiekeuze afhankelijk van de uitgangswaarde van het LDL-cholesterol en de streefwaarde.

Tabel

Samenvatting van het beleid bij ouderen ouder dan 70 jaar

Beleid bij ouderen	Cholesterol		Bloeddruk	
	Niet kwetsbaar	Kwetsbaar	Niet kwetsbaar	Kwetsbaar
HVZ in voorgeschiedenis	Start medicatie Streefwaarde LDL < 2,6	Overweeg medicatie Streefwaarde LDL < 2,6	Streefwaarde systolisch < 150 mmHg Overweeg < 140 mmHg indien goed verdragen Pas medicatie aan bij bijwerkingen	Streefwaarde systolisch < 150 mmHg onder voorwaarde van voorzichtig titreren Stop met verder verlagen van de bloeddruk indien diastolisch < 70 mmHg, ongeacht de hoogte van de systolische bloeddruk
Zonder HVZ	Overweeg alleen medicatie bij zeer hoog cholesterol [TC > 8] of zeer hoog RR [≥ 180/110] Streefwaarde LDL < 2,6	Start geen medicatie of stop medicatie		

MINDER STRENGE STREEFWAARDEN VOOR OUDEREN EN LAAGDREMPELIG STOPPEN BIJ KWETSBAREN

De richtlijn besteedt veel aandacht aan het starten en stoppen van medicatie en aanpassen van streefwaarden bij (kwetsbare) ouderen (arbitrair > 70 jaar). Over het algemeen zijn de aanbevelingen voor een medicamenteuze behandeling van het cholesterol terughoudender dan die voor de bloeddruk [tabel]. Zo adviseert de Standaard om bij kwetsbare ouderen zonder HVZ te stoppen met cholesterolverlagende middelen. Voor het nut van behandeling van verhoogde bloeddruk bij ouderen is meer bewijs. Verder geeft de Standaard overwegingen rond het intensiveren van de bloeddrukbehandeling of juist het stoppen of minderen met medicatie bij ouderen.

DE OVERHEID HEEFT OOK EEN ROL

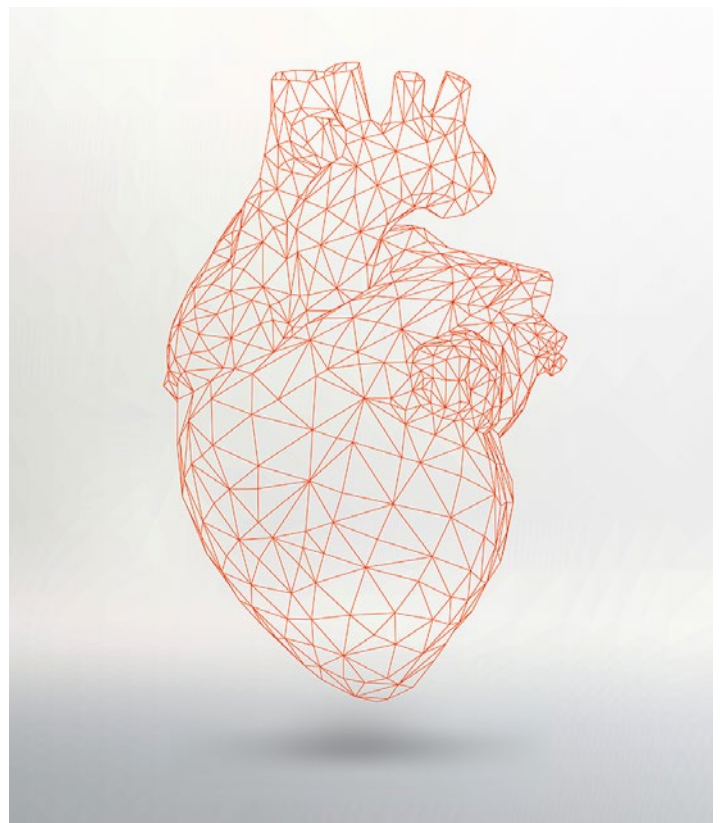
Helemaal nieuw in de NHG-Standaard zijn paragrafen over de organisatie van de zorg en interventies op populatieniveau. Zo raadt de standaard de huisarts aan patiënten in de risicocategorieën zeer hoog en hoog risico een cardiovasculair risicomanagementprogramma aan te bieden, zoals nu al in veel ketens in Nederland gebeurt.

De andere paragraaf en de bijbehorende uitgebreide noot betreffen de wenselijkheid van interventies op populatieniveau. De standaard heeft expliciete aanbevelingen voor de overheid over zaken als wetgeving met betrekking tot voeding, kindermarketing, stoppen met roken en een integraal preventiebeleid. Ook staan er mooie adviezen in voor een gezondere leefomgeving, ook op lokaal niveau in wijken, scholen of sportclubs. Het is een duidelijk statement dat medici niet als enige partij verantwoordelijk zijn voor de preventie van hart- en vaatziekten.

MAATWERK

De nieuwe standaard bevat veel meer overwegingen en nuances dan de vorige versie, waarbij lang niet elke vraag met 'doe het wel' of 'doe het niet' wordt beantwoord. In de nieuwe opzet vormt gezamenlijke besluitvorming met de patiënt de basis van het CVRM. Voorlichting over cardiovasculaire risico's en de effecten van behandelmogelijkheden (leefstijl en medicatie), en de motivering voor leefstijlverbetering en

Van de nieuwe richtlijn CVRM is op dit moment alleen de multidisciplinaire versie beschikbaar [zie www.nhg.org]. De NHG-Standaard, die inhoudelijk identiek is, evenals bijbehorende NHG-producten [Samenvattingskaartje, Praktische leidraad, Thuisartsteksten], volgen op 6 mei 2019.



In de nieuwe opzet vormt gezamenlijke besluitvorming met de patiënt de basis van het CVRM.

Foto: Shutterstock

therapietrouw zijn belangrijker dan dogmatisch gehanteerde streefwaarden en medicatiedwang. In de huisartsenpraktijk zal dit een verschuiving geven in de CVRM-protocollen: meer aandacht voor risicocommunicatie, *motivational interviewing* en haalbare doelen door zelfzorg en keuzen van de patiënt zelf. Dit betekent dat een individueel zorgplan de basis wordt van het eerstelijnsbeleid. Dat is wennen en maakt het soms ingewikkeld voor de zorgverlener, maar het vormt ook een uitdaging. ■

Tjin-A-Ton JJS, Konings KTS, Wiersma T. Nieuwe NHG-Standaard CVRM: schatten, overwegen en maatwerk. Huisarts Wet 2019;62(4):55-7. DOI:10.1007/s12445-019-0072-4. Multidisciplinaire werkgroep Cardiovasculair risicomanagement. NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement [tweede herziening]. De multidisciplinaire werkgroep bestond uit: I. van Dis, Y.A. Henstra, A.W. Hoes, H.M. den Hartog, K. Konings, H. van Laarhoven, A.H. Liem, F.M.A.C. Martens, Y.M. Smulders, A. Strijbis, J.J.S. Tjin-A-Ton, F.L.J. Visseren.

Afbouwen van SSRI's en voorschrijven bij jongvolwassenen

Gedeeltelijke herziening NHG-Standaarden Angst en Depressie

Mariëlle van Avendonk, Hèlen Woutersen-Koch

De NHG-Standaarden Angst en Depressie zijn op dezelfde onderwerpen gedeeltelijk herzien: het voorschrijven van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) aan jongvolwassenen in het bijzonder en het afbouwen van SSRI's bij volwassenen in het algemeen. De aandacht voor antidepressiva laat onverlet dat psychotherapie als behandeling bij de meeste indicaties de voorkeur heeft boven antidepressiva.

VOORSCHRIJVEN VAN SSRI'S AAN JONGVOLWASSENEN

Bij jongvolwassenen (18 tot 25 jaar) zien we een toename van suïcidaal gedrag (voorbereiding, poging, suïcide) bij gebruik van antidepressiva. Dit zou het gevolg van een bijwerking van de antidepressiva kunnen zijn. Bij de herziening van de NHG-Standaarden Depressie en Angst hebben we hier literatuuronderzoek naar verricht. De kwaliteit van de beschikbare onderzoeken schatten wij laag in. Ze richtten zich op

suïcidaliteit bij SSRI-gebruik en dan vooral bij depressies; er zijn veel minder onderzoeken naar suïcidaliteit en SSRI-gebruik bij angststoornissen. Het risico op suïcidaal gedrag bij SSRI-gebruik neemt bij volwassenen in het algemeen af met het stijgen van de leeftijd. Bij jongvolwassenen is het risico op suïcidaal gedrag bij SSRI-gebruik echter verhoogd. Uit een meta-analyse bleek dat suïcidaal gedrag voorkwam onder 32/4780 patiënten (0,7%) in de antidepressivagroep versus 8/2621 patiënten (0,3%) in de placebogroep.

Ondanks de geschatte lage kwaliteit van het bewijs en het kleine absolute risico, bevelen we vanwege de richting van de uitkomstmaat (een toename van suïcidaal gedrag) aan om extra grote zorgvuldigheid te betrachten bij het voorschrijven van een SSRI aan een jongvolwassene. Dat kan door 1) voorafgaand aan het starten van een SSRI het suïciderisico in te schatten, eventueel met hulp van een psychiater, 2) te starten met een halve dosering en 3) frequent controles af te



Extra grote zorgvuldigheid bij het voorschrijven van een SSRI aan een jongvolwassene is op zijn plaats.

Foto: iStock

spreken, in de eerste maand wekelijks. Hoewel er veel minder onderzoek beschikbaar is over angststoornissen, geven we zekerheidshalve dezelfde aanbevelingen in de Standaard Angst als in de Standaard Depressie.

AFBOUWEN VAN SSRI'S

Wetenschappelijke onderbouwing voor een gestructureerd afbouwadvies is schaars. Het NHG ontwikkelde samen met psychiaters, apothekers en patiënten- en familieorganisaties een zo goed mogelijk evidence- en practice-based afbouwadvies over wat kwalitatief goede zorg is bij het afbouwen van SSRI's en SNRI's.¹ Dit multidisciplinaire document is nu verwerkt in beide standaarden.

Voordat patiënten met het afbouwen van SSRI's starten moeten hen verteld worden dat zich onttrekkingsverschijnselen kunnen voordoen en dat geleidelijke afbouw het risico hierop verkleint. De verschijnselen treden meestal op binnen enkele dagen na het stoppen met een antidepressivum of (minder vaak) na het verlagen van de dosis.

Stel voor het bepalen van het geschikte tempo en de doseringsstappen voor de afbouw eerst vast welke risicofactoren voor onttrekkingsverschijnselen een rol spelen. Het risico op onttrekkingsverschijnselen neemt toe als 1) tijdens de behandeling hogere doseringen nodig waren voor een therapeutisch effect, 2) de patiënt onttrekkingsverschijnselen ervaarde bij een gemiste dosis of therapieontrouw en 3) eerdere stoppogingen zijn mislukt. Bij afwezigheid van risicofactoren voor het optreden van onttrekkingsverschijnselen kan de patiënt afbouwen door de dosis een of meer keer te halveren. Dit is afhankelijk van de hoogte van de gebruikte dosering. Wanneer er een of meer risicofactoren zijn is het beter om geleidelijker af te bouwen (wat betreft doseringsstappen en tempo) [tabel]. Vanwege de lange halfwaardetijd is dat bij fluoxetine niet nodig. Het standaardtempo is één week per stap. Uiteraard is de snelheid van het doorlopen van de stappen onderwerp van gezamenlijke besluitvorming en afhankelijk van het verloop van het proces. Op basis van ervaringen en het optreden van onttrekkingsverschijnselen is het mogelijk de afbouwsnelheid aan te passen en kunnen eventuele tussenliggende doseringen worden toegevoegd.

CONCLUSIE

Het voorschrijven van SSRI's bij jongvolwassenen moet met extra zorgvuldigheid gebeuren. Bij de aanwezigheid van risicofactoren voor onttrekkingsverschijnselen bij het afbouwen van SSRI's is een geleidelijker afbouwschema op zijn plaats. ■

Tabel¹

Geleidelijkere afbouwschema's bij aanwezigheid van een of meer risicofactoren* of ernstige onttrekkingsverschijnselen

Stappen	mg/dag		
	Citalopram	Paroxetine	Sertraline [†]
1	20	20	50
2	10	10	25
3	6	7	15
4	4	5	10
5	3	3	7,5
6	2	2	5
7	1	1	2,5
8	0,5	0,5	1,25
9	0	0	0

* Hogere dosering nodig tijdens behandeling, onttrekkingsverschijnselen bij gemiste dosis, eerdere mislukte stoppoging.

Veel lagere doseereenheden zijn (nog) niet geregistreerd in de handel verkrijgbaar en zal de apotheek moeten vervaardigen.

† In het Multidisciplinair document Afbouwen SSRI's en SNRI's, dat ook afbouwschema's voor andere SSRI's bevat.

LITERATUUR

1. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie, MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's'. Utrecht: 2018. www.nhg.org/afbouwen.

Van Avendonk M, Woutersen-Koch H. Afbouwen van SSRI's en voorschrijven bij jongvolwassenen. Huisarts Wet 2019;62(4):54-5. DOI:10.1007/s12445-019-0057-3. Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. M. van Avendonk, senior wetenschappelijk medewerker; dr. H. Woutersen-Koch, wetenschappelijk medewerker, h.woutersen-koch@nhg.org. Belangenverstrengeling: niets gemeld.

De NHG-Standaarden Depressie [gedeeltelijke update 2019, versie 2.1] en Angst [gedeeltelijke update 2019, versie 2.1] staan op <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/angst> en <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/depressie>.

Lezers tevreden over nieuwe H&W

Ivo Smeele, Judith Mulder

H&W is in 2018 veranderd, maar wat vinden de lezers daarvan? Ruim 700 huisartsen reageerden op onze enquête. De meeste lezers vinden de veranderingen positief, de waardering is hoog en de leesbaarheid enorm toegenomen. De nieuwsbrief en de website worden veel gebruikt en voorzien in een behoefte. De respondenten doen suggesties voor verdere verbetering (praktijkgerichtheid, website, spelelementen en podcasts) waarmee H&W aan de slag gaat.

De 60-jarige H&W moest meegaan met de tijd, velen vonden H&W inhoudelijk goed maar slecht leesbaar en de website ontoegankelijk en onoverzichtelijk. Het 'zuchtgehalte' van H&W was (te) hoog. Daar is aan gewerkt. H&W heeft met lezers en tijdschriftdeskundigen gepraat en het blad op de schop genomen [figuur 1]. Meer nieuws, kortere artikelen, meer illustraties en een halvering van het aantal rubrieken [figuur 2].

DIGITALE TITEL

In deze digitale tijd past een digitale titel, reden om een nieuwe website te bouwen. In het met lezers ontwikkelde programma van eisen waren de prioriteiten een makkelijkere toegang via HAweb en via de nieuwsbrief, een betere zoekfunctie, een logischer opbouw en een archief waarin alle nummers van ruim zestig jaar H&W goed toegankelijk zijn. Met het uitbrengen van de nieuwsbrief vervolmaakten we de kanteling naar *digital first* en werd H&W van een stoffig, maandelijks papieren tijdschrift een wekelijkse, multimediale, digitale titel met behoud van kwalitatief hoogwaardige content. Dat was ons doel. Maar zijn we daar ook in geslaagd?

In oktober 2018 zetten we een enquête uit onder alle lezers. We kregen een respons van $n = 736$ (6% van de abonnees). De respondenten vormden qua leeftijd, geslacht, praktijkvorm en aios/HIDHA/praktijkhouderschap een goede afspiegeling van de gehele populatie huisartsen [online tabel].

FLINKE VOORUITGANG

Van de respondenten vindt 62% het blad verbeterd, 34% staat er neutraal in en slechts 3% vindt dat niet. In 2015 is H&W in een lezersonderzoek vergeleken met andere, veel door huisartsen gelezen titels, zoals Medisch Contact, De Dokter en Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. In de enquête van 2018 deden we dat opnieuw. De lezers vinden dat H&W nog steeds het hoogste scoort op de kernwaarden wetenschappe-

lijk, betrouwbaar, *need to know*, diepgaand en onafhankelijk, net als in 2015. Op het gebied van toegankelijkheid, schrijfstijl en aantrekkelijke vormgeving scoorde H&W in 2015 minder goed. Daar is nu een flinke vooruitgang geboekt [figuur 3]. Lezers geven H&W het hoogste rapportcijfer (7,8) in vergelijking met de andere titels (range 6,6 en 7,7). Hoewel de omvang als precies goed gewaardeerd is door de overgrote meerderheid (74%), vindt een flinke groep (26%) H&W te dik. De meest gewaarde rubrieken (rapportcijfer 7,9) zijn NHG (richtlijnen, standaarden en standpunten) en praktijkartikelen. Het minst gewaardeerd is de productinformatie (cijfer 5,3). Wat betreft de kanteling naar *digital first* zien we dat het websitebezoek met 50% is toegenomen van ongeveer 6.000 naar 9.000 gemiddeld aantal bezoeken per dag. Ook is de website in populariteit gestegen, vooral sinds de start van de nieuwsbrief [online figuur 4]. Die wordt wekelijks verstuurd aan alle leden, waarvan 50 tot 60% deze opent. De praktijkgerichte titels zijn het populairst. De meerderheid (61% respectievelijk 53%) is tevreden over het gebruiksgemak van de website (toegang tot artikelen en makkelijk iets opzoeken), maar er is nog een aanzienlijke groep die vindt dat het beter kan.

VERBETERPUNTEN

Op basis van de resultaten van de enquête en de honderden reacties die deelnemers in de vrije velden gaven, waarvoor dank, concluderen we dat de verandering geslaagd is en de lezers tevreden zijn. H&W is meer bij de tijd, *digital first* en heeft haar kernkwaliteiten behouden. Uiteraard zijn er altijd verbeterpunten. De focus voor 2019 ligt op de volgende zaken:

- Meer praktijkgerichte artikelen publiceren, zowel via nieuwsbrief, website, podcast, als via de (niet te dikke) papieren H&W.
- Meer inhoudelijke diepgang en interactiviteit bij de kennis-toets, uw diagnose en de ecg-casus.
- Zoekfunctie, gebruiksgemak en interactiviteit van de website verbeteren en meer gerelateerde content aanbieden, zoals filmpjes, scholingen en spelelementen. ■

Smeele I, Mulder J. Lezers tevreden over nieuwe H&W. Huisarts Wet 2019;62(4):60-1. DOI:10.1007/s12445-019-0080-4.
Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. I. Smeele, hoofdredacteur Huisarts en Wetenschap, i.smeele@nhg.org; J. Mulder, eindredacteur Huisarts en Wetenschap.

Doelstellingen verandering H&W



Figuur 1

Verandering H&W printeditie

	2016 (3 nrs.)		2018 (4 nrs.)	verandering
Gemiddeld aantal woorden per artikel	1542		1095	-30%
Meer beeld	0,66		2,5	+280%
Meer nieuwsartikelen	14,5		21,5	+48%
Minder rubrieken	24		13	-46%
Meer pagina's	44		62	+40%

Figuur 2

Mening lezers: verbetering in vorm en toegankelijkheid



Figuur 3

Verpleegkundigen die artsen vervangen

Sietsche van Gunst

Mensen leven steeds langer en kampen vaker met chronische aandoeningen en multimorbiditeit. De eerstelijnszorg komt daarmee meer onder druk te staan, waardoor er een tekort aan artsen kan ontstaan. Daarom zien we wereldwijd dat verpleegkundigen zorg gaan leveren die eerder in handen van artsen was. Volgens een Cochrane-review met een beperkt aantal onderzoeken kan geprotocolleerde zorg door verpleegkundigen minstens even goed zijn als zorg door artsen.

Een Cochrane-review laat zien wat er gebeurt wanneer verpleegkundigen in plaats van artsen eerstelijnsgezondheidszorg gaan leveren. De auteurs selecteerden achttien gerandomiseerde trials uit verschillende landen, met in totaal 48.669 patiënten.¹ Ze vergeleken de zorg door verpleegkundigen met die door artsen. De onderzochte zorg varieerde: diagnostiek, behandeling, verwijzing, leefstijlbegeleiding, management van chronische aandoeningen en telefonische triage. De uitkomstmaten waren individuele gezondheidseffecten en patiënttevredenheid, zorg volgens richtlijnen, en omvang en kosten van het zorggebruik.

EFFECTEN

Er waren drie trials met patiënten met cardiovasculaire aandoeningen en diabetes als onderwerp, twee Nederlandse en een Amerikaanse. Uit een meta-analyse voor bloeddrukwaarden bleek dat verpleegkundige zorg de waarden iets verbeterde, zowel voor de systolische (gemiddeld verschil -3,73 mmHg, 95%-BI -6,02 tot -1,44) als voor de diastolische waarde (-2,54, 95%-BI -4,75 tot -0,52). Meta-analyses voor HbA1c en cholesterol lieten geen verschil zien tussen verpleegkundigen en artsen.

Tien trials maten de patiënttevredenheid, die wat hoger was bij verpleegkundige zorg dan bij zorg door artsen (gestandaardiseerd gemiddeld verschil 0,08, 95%-BI 0,01 tot 0,15), maar dit hing samen met de klachten van de patiënt.

Of de eerstelijnszorg door deze vervanging van zorg goedkoper wordt, is niet duidelijk. De consulten van de verpleegkundigen duurden in het algemeen 39% langer (95%-BI 30% tot 52%) en verpleegkundigen lieten hun patiënten vaker terugkomen (RR 1,19, 95%-BI 1,07 tot 1,33).

BESCHOUWING

De conclusie dat verpleegkundige zorg op zijn minst even goed kan zijn als die door artsen, is gerechtvaardigd, zeker wanneer we naar de bloeddruk- en HbA1c-waarden bij diabetespatiënten kijken. Begeleiding van (onder anderen) patiënten met diabetes behoort tot de taak van de praktijkondersteuner (poh), die gezien de gehanteerde definitie van

‘verpleegkundige’ binnen het bestek van de review valt. Uit een onderzoek van het NIVEL bleek dat de inbreng van poh's niet zozeer tot taakverlichting van de huisarts leidt, als wel tot betere eerstelijnszorg voor patiënten met diabetes. Patiënten met deze aandoening hebben ruim drie keer vaker contact met de poh dan met de huisarts. Deze patiënten zijn over het algemeen tevreden. Tot zover sluiten deze bevindingen aan bij de conclusies uit de review.²

Alle trials in de review vertoonden tekortkomingen en bij het trekken van conclusies is daarom enige voorzichtigheid geboden.

In de review doen de auteurs suggesties om verpleegkundigen (poh's) meer te laten doen. Zij stellen dat, met de juiste opleiding, verpleegkundigen bijvoorbeeld in dunbevolkte gebieden met bevolkingskrimp de verantwoordelijkheid kunnen krijgen voor de ouderenzorg of voor de zorg aan patiënten met laag-complexe aandoeningen.

De auteurs van de review raden aan om verder onderzoek te doen naar de vereiste opleidingsniveaus. Dit sluit aan bij de Nederlandse discussie over het opleidingsniveau van poh's. De complexiteit van de ouderenzorg vraagt immers om een generalistische blik die buiten de geprotocolleerde zorg kan kijken en dat vergt competenties die de meeste poh's niet hebben.

Daarom hebben relevante werkgevers- en werknemerspartijen besloten dat de praktijkverpleegkundige huisartsenzorg (PVH) de eerstelijnszorg zal komen versterken. Deze PVH zal worden opgeleid aan een nieuwe bachelor- of nursing-opleiding. Het competentieprofiel is in de zomer van 2018 bekrachtigd.³ Daarnaast blijven poh's werkzaam die geprotocolleerde taken uitvoeren bij patiënten met (veelal enkelvoudige) chronische aandoeningen. ■

LITERATUUR

1. Laurant M, Van der Biezen M, Wijers N, Watanamirum K, Kontopantelis E, Van Vught AJAH. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2018;7:CDO01271.
2. Heiligers PJM, Noordman J, Korevaar JC, Dorsman S, Hingstman L, Van Dulmen AM, De Bakker DH. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH), klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL, 2012.
3. Competentieprofiel Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg (PVH) 2018. Den Haag: Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH), 2018.

Van Gunst S. Verpleegkundigen die artsen vervangen. Huisarts Wet 2019;62(4):62. DOI:10.1007/s12445-019-0060-8.
NHG, Utrecht: S. van Gunst, kernredacteur TPO De praktijk, S.vanGunst@nhg.org.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Discussie over kaderopleiding dermato-oncologie

Reactie bij de artikelen 'Tijd voor een kaderopleiding dermato-oncologie' van Marco Bruens, 'Dermato-oncologie is voor alle huisartsen belangrijk' van Vigfús Sigurdsson en 'Een kaderopleiding dermato-oncologie is prematuur' van Lex Goudswaard in H&W nummer 3 [pagina's 30-35].

Wij onderschrijven de mening van collega Bruens dat er een kaderopleiding dermatologie met aandacht voor dermato-oncologie moet komen.¹ De toename van het aantal gevallen van huidkanker is een belangrijke reden dat huisartsen bekwaamer moeten worden in het diagnosticeren en behandelen van deze aandoeningen. Wij zijn echter van mening dat een kaderopleiding dermatologie breder ingestoken moet worden dan alleen op chirurgische ingrepen bij verdachte huidafwijkingen. In zijn reactie is Goudswaard het vooral niet met Bruens eens vanwege de nadruk op specialistische ingrepen. Hij is van mening dat het aanleren van kleine chirurgie in de huisartsopleiding en ook in nascholingen thuishoort.² Sigurdsson geeft aan in zijn reactie dat de huidige kennis van huisartsen te beperkt is en hij bepleit dat meer aandacht voor dermatologie voor alle huisartsen belangrijk is.³ Wij zijn het hiermee eens.

Zoals Bruens betoogt is de huid het grootste orgaan van het lichaam en zijn huidaandoeningen (na bewegingsapparaat) de op één na belangrijkste reden om de huisarts te bezoeken. Volgens het NIVEL betreft 14% van alle consulten bij de huisarts dermatologie, exclusief soa's. Ook nemen de verwijzingen naar de dermatoloog de vierde plek in van alle verwijzingen naar de medisch specialist. Het is duidelijk dat huidaandoeningen een zeer belangrijke plek innemen in ons werk en dat wij er (te) beperkt in zijn opgeleid.

Naar ons idee moet er daarom een kaderhuisarts dermatologie komen. Deze kaderhuisarts moet veel breder worden opgeleid en ingezet. Voor wat betreft de dermato-oncologie moet naar onze mening de nadruk niet liggen op (ingewikkelde) chirurgische behandelingen, maar op betere herkenning, preventie, het beter inzetten van diagnostische mogelijkheden (onder ander dermatoscopie en bipten) en op behandelingsmogelijkheden van verdachte huidafwijkingen. Naast verdachte huidafwijkingen zou de kaderarts dermatologie ook ingezet kunnen worden bij het opzetten van regionale wondzorgteams en ketenzorg/zorgpaden voor bijvoorbeeld eczeem/psoriasis en laagrisico verdachte huidafwijkingen. Samenwerkingsverbanden van kaderhuisartsen met dermatologen, GGD (soa), jeugdartsen (eczeem, kinderdermatologie), huidtherapeuten en verpleegkundigen kunnen worden opgezet en hebben een meerwaarde voor zowel de patiënt als de huisarts. De laatste krijgt immers regionaal meer kennis en kunde ter beschikking. Verrichtingen en consultaties (eventueel binnen de genoemde samenwerkingsverbanden) kunnen daarnaast onderdeel zijn van de klinische expertiserol van de kaderhuisarts. Dit geheel sluit goed aan bij de nieuwe vergoedingsstructuur

van huisartsenzorg, waarbij regionalisering en multidisciplinaire zorg een steeds grotere rol gaan spelen.

Goudswaard geeft in zijn reactie aan dat er niet een kaderopleiding moet komen, maar dat er meer aandacht in de huisartsopleiding moet zijn en in de nascholing. Het gaat echter heel lang duren voordat de beroepsgroep gaat profiteren van meer kennis van de huisartsen die nu worden opgeleid. En wie moet al die nascholingen gaan verzorgen? Wij bepleiten dat een van de speerpunten van de kaderhuisarts dermatologie ligt in het opzetten en organiseren van (regionale) gestructureerde nascholingen voor collega-huisartsen en andere eerste lijns zorgverleners om regionaal de kennis van huisartsen van dermatologie en dermato-oncologie te verbeteren. Met deze reactie hopen wij de discussie op gang te brengen over het belang van een *brede* kaderopleiding dermatologie (met als onderdeel dermato-oncologie). Wij hebben als groep het initiatief genomen de mogelijkheden te onderzoeken voor het opzetten hiervan. Mochten mensen dit idee steunen, dan kunnen zij een e-mail sturen naar: kaderopleiding.dermatologie@gmail.com. ■

LITERATUUR

1. Bruens ML. Tijd voor een kaderopleiding dermato-oncologie. Huisarts Wet 2019;62(3):30-2.
2. Goudswaard AN. Een kaderopleiding dermato-oncologie is prematuur. Huisarts Wet 2019;62(3):35-6.
3. Sigurdsson V. Dermato-oncologie is voor alle huisartsen belangrijk. Huisarts Wet 2019;62(3):33-4.

Just Eekhof, huisarts in Leiden, Charlotte van Sassen, huisarts in Rotterdam, Els Schoorl, huisarts in Roelofarendsveen, Nicole Kukutsch, dermatoloog in Leiden



Een app als hulpmiddel bij suïcidepreventie?

Chani Nuij



Een app die een mobiel veiligheidsplan faciliteert en een die de klachten van patiënten bijhoudt, krijgen een plek in de behandeling van suïcidale patiënten.

Foto: Shutterstock

Huisartsen hebben een sleutelpositie in de zorg voor suïcidale patiënten. Als poortwachter en verwijzer naar de ggz ziet een huisarts deze patiënt vaak het eerst, en daarom heeft hij als taak de suïcidaliteit in te schatten en de veiligheid van de patiënt te waarborgen. Een nieuw onderzoek gaat na of mobiele applicaties de veiligheid van suïcidale patiënten kunnen vergroten.

In 2017 zijn in Nederland 1917 mensen als gevolg van suïcide overleden.¹ Het aantal suïcidepogingen zou volgens schattingen twintig keer zo hoog zijn. Eerder onderzoek toonde aan dat ongeveer 50% van de suïcidale patiënten in de maand voor de suïcide of suïcidepoging contact met hun huisarts had.^{2,3} Dat zou betekenen dat in 2017 ongeveer 20.000 mensen een maand voor de suïcide(poging) bij de huisarts zijn langs geweest. Dit geeft aan dat er behoefte is aan interventies die de veiligheid van suïcidale patiënten kunnen vergroten. Richtlijnen adviseren artsen om een signalerings-, crisis- of veiligheidsplan op te stellen voor patiënten die risico lopen op suïcide.^{4,5} Zo'n plan bestaat uit een vooraf opgestelde lijst met copingstrategieën en contactgegevens van personen die hulp kunnen bieden.⁶ Patiënten leggen dergelijke plannen

vaak op papier vast en dragen hun plan fysiek bij zich of bewaren het op een speciale plek. Ontwikkelingen op het gebied van de mobiele technologie kunnen de bruikbaarheid en toegankelijkheid van suïcidepreventiemethoden vergroten door interventies aan te bieden op mobiele telefoons. Omdat patiënten hun telefoon vaak bij zich hebben, zijn mobiele interventies tijdens een crisis snel voorhanden.⁷

Om te achterhalen wat de haalbaarheid is van mobiele applicaties als hulpmiddel voor suïcidepreventie is een onderzoek opgezet. Een app die een mobiel veiligheidsplan faciliteert en een app die de klachten van patiënten bijhoudt krijgen een plek in de behandeling van - in eerste instantie - patiënten met suïcidale gedachten in de specialistische ggz. Het onderzoek is in januari 2019 gestart. De eerste resultaten zijn te verwachten in januari 2021.⁸ ■

LITERATUUR

1. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Overledenen; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken. Statline. Den Haag: CBS, 2018.
2. De Beurs DP, Hooiveld M, Kerkhof AJFM, Korevaar JC, Donker GA. Trends in suicidal behaviour in Dutch general practice 1983-2013: a retrospective observational study. *BMJ Open* 2016;6:e010868.
3. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909-16.
4. Hermens M, Van Wetten H, Sinnema H. Kwaliteitsdocument ketenzorg bij suïcidaliteit: aanbevelingen voor zorgvuldig samenwerken in de keten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
5. Van Hemert AM, Kerkhof AJFM, De Keijser J, Verwey B, Van Boven C, Hummelen JW et al. Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag. Utrecht: De Tijdstroom, 2012.
6. Stanley B, Brown GK. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cogn Behav Pract* 2012;19:256-64.
7. De Beurs D, Kirtley O, Kerkhof A, Portzky G, O'Connor RC. The role of mobile phone technology in understanding and preventing suicidal behavior. *Crisis* 2015;36:79-82.
8. Nuij C, Van Ballegooijen W, Ruwaard J, De Beurs D, Mokkenstorm J, Van Duijn E, et al. Smartphone-based safety planning and self-monitoring for suicidal patients: rationale and study protocol of the CASPAR (Continuous Assessment for Suicide Prevention And Research) study. *Internet Interv* 2018;13:16-23.

Nuij C. Een app als hulpmiddel bij suïcidepreventie? Huisarts Wet 2019;62(4):68. DOI:10.1007/s12445-019-0059-1. UMC locatie VU, afdeling Klinische psychologie, Amsterdam: C. Nuij, psycholoog, C.nuij@vu.nl. Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

AFSTEMMING HUISARTS EN POH-GGZ IN VELE FACETTEN

Henriëtte van der Horst en Jim van Os [redactie]. De dokter en de patiënt met psychische problemen. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2018. 292 pagina's. ISBN 978 90 368 2150 0. Prijs € 35,00.



Het boek gaat over actuele ontwikkelingen en veelvoorkomende psychische klachten en problemen die huisartsen in de dagelijkse praktijk zien. De auteurs zijn onder meer (kader)huisartsen, psychiaters en onderzoekers. Onderdeel van het boek is een vuistregel met vier kernvragen uit *De Nieuwe GGZ* om te besluiten wat voor de patiënt nodig is: zelf de patiënt blijven zien, naar de poh-ggz of ggz buiten de

huisartsenpraktijk. Dat maakt het boek praktisch en zeer leeswaardig voor alle huisartsen, maar ook voor dokters in opleiding tot huisarts of kaderartsen ggz.

Een ander positief punt is dat de auteurs een goede poging doen om een transdiagnostisch klimaat te scheppen waarbij de klacht - niet een diagnose - uitgangspunt is. Daarnaast biedt het boek een overzicht van wat de huisarts samen met de poh-ggz kan doen.

Over de ICPC en de bruikbaarheid voor psychische klachten en problemen wordt fijn kritisch geschreven. Ondanks internationale bepalingen zou het mooi zijn om in Nederland tot consensus te komen over bijvoorbeeld SOLK (P05, P29 of toch die vermaledijde P75?); hier hadden de auteurs een voorzet kunnen geven. Een *state of the art* hoofdstuk over milde tot matig-ernstige SOLK die laagdrempelig in de huisartsenpraktijk kan worden behandeld ontbreekt. Juist de huisarts kan de klachten in een vroeg stadium signaleren en de patiënt motiveren voor behandeling bij poh-ggz en/of psychosomatisch fysiotherapeut. Een kanttekening is dat de Positieve Psychologie - die naadloos aansluit bij Positieve Gezondheid - niet wordt genoemd, terwijl dit als vierde generatie cognitieve gedragstherapie bij *De Nieuwe GGZ* hoort.

Het boek beschrijft de afstemming tussen huisarts en poh-ggz in vele facetten. Kortom, een uitgave die de lezer inspireert en ook prikkelt. Een aanrader. ■

Liesbeth Mok

WAARDERING: ●●●●●

Uw diagnose

Een vrouw van 32 heeft sinds een half jaar een langzaam groeiende plek op haar onderbeen die nu ongeveer 5 mm groot is. Het jeukt niet en is ook niet pijnlijk. Ze is gezond en gebruikt behalve orale anticonceptie geen medicijnen. Ze verblijft regelmatig in het buitenland en wordt nog wel eens door ongedierte belaagd. Wat is uw diagnose?

1. Melanoom
2. Blue naevus
3. Spitz naevus
4. Necrose na insectenbeet

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



Foto's gezocht

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

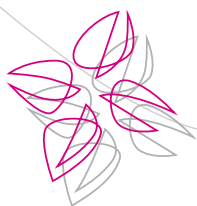


Nederlands Huisartsen Genootschap zoekt een

bestuursvoorzitter

Een inspirerend inhoudelijk en bestuurlijk boegbeeld die de vereniging stevig positioneert in een veranderend zorglandschap.

Een uitgebreide profielschets en meer informatie is beschikbaar op vanderkruis.com/nhg.



vanderkruis
partner in executive search

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

Redactie bureau

Daisy Dinsbach [secretariaat], Judith Mulder, Susan Umans [web- en eindredactie], Ellen Olbers [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. Abonnementprijs: (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**

Oog van de orkaan

In landen om ons heen consulteren steeds meer patiënten een vreemde huisarts door middel van een videoconsult via een app. Zij kunnen bijvoorbeeld kiezen tussen direct contact met een willekeurige huisarts, en uitgesteld contact met een huisarts met specifieke kenmerken, beschikbaarheid of aandachtsgebieden. Deze huisarts heeft wel altijd toegang tot de medische gegevens van de patiënt en stuurt een verslag naar de eigen huisarts. E-health wordt genoemd als de mogelijkheid om zelfzorg te stimuleren en zorgkosten te verlagen. Het argument tegen e-health door een onbekende huisarts is vaak fragmentatie van zorg: een andere

huisarts die niet op de hoogte is van de achtergrond van de patiënt, minder continuïteit van zorg, meer overbehandeling en consumentisme. Maar is continuïteit? Is dat het soort zorg dat je levert? Continuïteit in persoon doordat je steeds dezelfde dokter ziet? Of is het continuïteit van gegevens, omdat elke behandelende huisarts in je dossier kan kijken en gegevens kan toevoegen? Dat laatste is het geval op onze huisartsenposten, waar de kans dat de huisarts een eigen patiënt tegenkomt 1 op de 300 is. Deze vorm van continuïteit speelt ook bij bovengenoemd videoconsult via een app.

Experimenten starten in Nederland is net zo urgent als in de landen om ons heen. Want we staan in het oog van de orkaan, zoals Urgenda-oprichter Jan Rotmans dat zo mooi omschrijft. Het lijkt

alsof alles stilstaat, maar de transitie in de maatschappij en de ontwikkelingen in de ICT gaan zo snel dat we ons beter kunnen voorbereiden op de storm die mogelijk over ons heen gaat komen. Dan is het zaak dat we niet alleen een beetje opschieten met de patiënt inzage te geven in zijn dossier, maar er ook voor zorgen dat de patiënt een andere huisarts inzage kan geven wanneer dat nodig is. Een voorwaarde waarmee we continuïteit waarborgen. ■

Rob Dijkstra

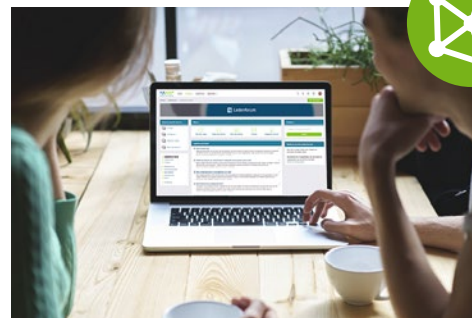


Congres 'Iedere patiënt is anders'

Persoonsgerichte zorg is ook aandacht voor verschillen in geslachtskenmerken, genderidentiteit en -expressie, seksuele geaardheid en leeftijd. Daarmee draagt u optimaal bij aan herstel en welzijn van uw patiënt. Het congres 'Iedere patiënt is anders' op 11 april in het Amsterdam dome in Amsterdam biedt zorgprofessionals

de nieuwste inzichten over sensitiviteit in de zorg op het gebied van sekse, gender en seksuele geaardheid. Het gratis congres is speciaal georganiseerd voor zorgprofessionals in de eerstelijnszorg. Aanmelden kan via de website www.iederepatientisanders.nl.

Ledenforum HAweb verbeterd



Op het Ledenforum legt u vragen voor aan collega-huisartsen of helpt u zelf uw collega's verder. De onderwerpen op het Ledenforum variëren van medisch inhoudelijk tot praktijkorganisatie. Om vragen en discussies op het Ledenforum beter te kunnen vinden, introduceren we thema's. We zijn gestart met 4 thema's: Weer wat geleerd!, Praktijkstart, e-health en Diabetes mellitus. Blijf op de hoogte van de ontwikkelingen en neem deel aan de conversatie van een of meer thema's op HAweb Ledenforum.

**CONGRES
IEDERE PATIËNT
IS ANDERS.**



**11 april
2019**

NHG-Wetenschapsdag

21 juni 2019
Radboudmc

Aanmelden kan via
Nhwetenschapsdag.nl



Nieuwe standaarden en scholing psychiatrie

De man op de ladder, acute psychiatrie en de huisarts

Op een dag staat er een verwarde man op een wankel ladder, of krijg je te maken met suïcidaliteit of agressie. Acute psychiatrie, het komt niet vaak genoeg voor om veel ervaring op te doen. Juist daarom is het goed om te weten wat je zelf kunt doen en waar je aan moet denken in zo'n eerste contact.

Marjolijn Hugenholtz, huisarts en wetenschappelijk medewerker NHG: 'De standaarden Angst en Depressie zijn herzien. Over deze standaarden is één e-learning gemaakt, de PIN Angst en depressie, omdat de wijzigingen vooral medicamenteus zijn en het veel gaat om dezelfde middelen.

Maar je kunt niet alles wat komt kijken bij angst en depressie, behandelen in één zo'n PIN. Neem nou suïcidaliteit. In de standaarden Angst en Depressie staat wel dat je daarop alert moet zijn, maar wat doe je als je inderdaad een patiënt treft met suïcidegedachten? Daarom maak ik ook een PIN Acute psychiatrie. Die gaat dieper in op drie basisverschijningsvormen van acute psychiatrie: suïcidaal gedrag, mensen die in de war zijn, en geagiteerd of agressief gedrag. De PIN Acute psychiatrie behandelt echt de praktijk: hoe communiceren, hoe de-escaleren, hoe leid je het in goede banen?'

GEEN STANDAARD

Hugenholtz: 'De PIN Acute psychiatrie was moeilijk om te maken, omdat er geen NHG-Standaard voor is. Toch baseren we ons zo veel mogelijk op richtlijnen, en we geven zo veel mogelijk houvast voor de dagelijkse praktijk. Voor de casus over de verwarde man op de ladder (zie interview op de laatste pagina/red.) heb ik de NHG-Standaard Delier gebruikt en juridische informatie uitgeplozen, zoals over de WGBO. En ik loop de multidisciplinaire richtlijnen na.

Evenals de generieke modules, maar die gaan meer over het zorgproces. Wat je kunt doen bij het eerste contact met zo'n patiënt, als je nog niet weet wat erachter kan zitten, staat niet eenduidig in richtlijnen.'

LEDENCASUSSEN

Hugenholtz: 'Twee jaar geleden hebben we, voor de PIN Dilemma's in de spoedzorg, een oproep gedaan aan de leden om casussen aan te leveren, want we wilden meer aansluiten bij alledaagse problemen waar huisartsen tegenaan lopen. Dat leverde interessante nieuwe invalshoeken op. Daarom hebben we dat nu weer gedaan voor de PIN Acute psychiatrie. De casus van de man op de ladder bijvoorbeeld zouden we nooit zelf verzonnen hebben.

'Je weet niet wat erachter kan zitten'

Voor de PIN Acute psychiatrie heb ik drie video's gemaakt met de huisartsen die casussen hebben aangeleverd. Die gaan over de eerste benadering bij een crisis. Er zijn casussen over suïcidaal gedrag, verwardheid en het vermoeden van een intoxicatie, verwardheid bij ouderen, en patiënten met psychotische symptomen en agitatie. Ook is er een casus over omgaan met familie.'

BLENDED LEARNING

Hugenholtz: 'Je kunt met een e-learning niet alle vaardigheden leren. Hoe je de gemoederen kalmeert en perspectief biedt op behandeling, leer je veel beter



Marjolijn Hugenholtz

in een praktijktraining. Daarom wordt Acute psychiatrie een blended learning: een e-learning gecombineerd met een groepstraining. Je vormt een basistitute tegenover acute psychiatrische patiënten, leert omgaan met je eigen reacties tijdens het hulpverleningsproces, gesprekstechnieken om in contact te komen met de patiënt, en veiligheidsmaatregelen voor de patiënt en jezelf.'

Net verschenen:

PIN Angst en depressie.

De geactualiseerde standaarden Angst en Depressie vindt u op NHG.org. Deze standaarden verschijnen ook op de [nieuwe standaardenwebsite](http://nieuwestandaardenwebsite.nl), zie de [betaversie](http://betaversie.nl).

De PIN Acute psychiatrie verschijnt in juni, de combinatie met groepstraining (blended learning) vanaf september. Zie ook Thuisarts.nl, Ik heb een ernstige psychische crisis.

Op de laatste pagina van dit nummer vertelt een huisarts over de casus die hij aanleverde voor de PIN.

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Standaard Chronische nierschade



Petra Peek

Petra Peek, vaste waarnemer in Middenmeer, tussen Hoorn en Den Helder: 'Ik merkte dat urine werd afgekeurd door het laboratorium, dus ik wilde collega's waarschuwen via HAweb.

Ik ben het helemaal eens met de tweede reactie hiernaast, dat het zonde is dat veel huisartsen vaak niet zelf urinesedimenten kunnen beoordelen. Als je onder de microscoop kunt kijken, kun je de urine meteen zelf beoordelen, ook de celcilinders, maar ook bijvoorbeeld het aantal witte of rode bloedcellen. Dan heb je dat probleem niet dat het laboratorium zegt: "Deze urine is niet meer houdbaar, de test wordt onbetrouwbaar." Het is handig en interessant om zelf urine te kunnen onderzoeken. Dan kun je bijvoorbeeld ook direct iets zeggen over bacteriën; dat scheelt tijd vergeleken met een uricult. We hebben ook de microscoop en de centrifuge niet in de praktijk. Als ik meer dagen in één praktijk zou werken, zou ik er wel werk van maken, voor bijscholing, en om voor de spullen te zorgen. Als je het de assistenten leert, kunnen zij het uitvoeren, maar de huisarts erbij roepen als ze er niet uitkomen.'

Heeft u ook een vraag?

Plaats een oproep op HAweb Ledenforum!

Ledenforum

De urine moet inderdaad zo snel mogelijk beoordeeld worden omdat je anders niet goed kunt uitsluiten dat er geen celcilinders gevonden worden. Dat kan inderdaad vaak niet op perifere prikpunten (verschilt per regio), dus inderdaad iets om na te vragen.

Jacintha van Balen, huisarts in Nieuwegein en wetenschappelijk medewerker NHG-Standaarden

Wij doen al jaren zelf urinesedimenten. Warme urine kan bij ons op de praktijk geproduceerd, ingeleverd en beoordeeld worden. Steeds minder huisartsen kunnen dit. Bij chronische nierschade, maar ook in andere situaties, zoals onderbuikklachten, nierstenen, blaaspathologie, prostatitis en onder andere ook chronische nierschade, kan het een eyeopener zijn in de diagnostiek. Het urinesediment dus terug in de huisartsenopleiding!

Huisarts in Waspik

Zorggroep Medicamus, Noordwest-Veluwe, is een mooi project begonnen: startavond met uitleg over nierschade. Vervolgens dossieronderzoek door huisarts en poh. Ondersteuning door een projectteam bestaande uit een huisarts, een verpleegkundig specialist en een nefroloog. Tweemaal bezoek aan de huisartsenpraktijk en vervolgens één keer per jaar nascholingsavond.

Huisarts in Apeldoorn

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

HIS-REGISTRATIE EN MEDICATIEBEWAKING CHRONISCHE NIERSCHADE

Het NHG krijgt veel vragen over registratie en medicatiebewaking bij chronische nierschade. Zie voor antwoorden van huisarts en wetenschappelijk medewerker NHG Jacintha van Balen bij het bericht [HAweb Ledenforum, Standaard Chronische nierschade](#), en:

- [PIN Chronische nierschade](#) [21/09]: adviezen over de registratie & medicatiebewaking bij chronische nierschade
- NHG-Richtlijn Adequate dossiervorming met het EPD ([Richtlijn ADEPD](#)): ICPC-codeerregels en correct inzetten van medicatiebewaking, met een registratieadvies voor chronische nierschade

Thuisarts.nl:

- [Ik heb nierschade](#)

INTERVIEW

met Meike Bruinsma, die een casus leverde voor de PIN Acute psychiatrie

In deze rubriek portretteren we huisartsen die iets bijzonders doen. Meike Bruinsma gaf gehoor aan een oproep van het NHG om een casus te leveren voor de PIN Acute psychiatrie, en werkte mee aan een video voor deze e-learning.

‘De context gebruiken om rust te creëren’



Meike Bruinsma is huisarts in Roden, bij Groningen, en docent van de huisartsopleiding in Groningen [UMCG]. Na Amsterdam-Bijlmer koos Bruinsma voor Drenthe om meer te kunnen werken vanuit de continuïteit van de relatie en de context van de patiënt.

Waarom deze casus?

Meike Bruinsma: ‘Vooral omdat ik het zo’n mooie casus acute psychiatrie vond, in een mooie setting, met bijzondere omstandigheden. Ik was op een zaterdagmiddag op pad met een chauffeur met wie ik goed kan opschieten. Het was mijn dienstgebied, maar geen eigen patiënt. We kwamen bij een prachtige boerderij in Noord-Groningen. Een oude man stond bovenop een wankel ladder, dreigde te vallen, en wilde er met geen mogelijkheid vanaf. Hij was erg in de war en metselde een muurtje terwijl er geen muur was. Zijn vrouw maakte zich grote zorgen dat hij van het wankel trapje zou vallen, en zij kon zijn onrust niet hanteren. Toen kregen we ook nog een nieuwe melding waar we binnen één uur naartoe moesten. We zitten in een groot gebied met rijafstanden tot zestig kilometer; je moet weer snel verder. We moesten iets doen zodat wij verder konden, en de familie de situatie weer kon hanteren. Onorthodoxe maatregelen waren dus geboden. De man was ondanks een in aanvang aardig gesprek, later iets dwingender, niet van zins de trap af te komen. Hij dreigde te vallen. Acute psychiatrie kost veel tijd terwijl je onder hoge tijdsdruk staat, en snel moet beslissen en handelen. Soms heb je te maken met een wilsonbekwame patiënt die niet wil meewerken. Dat komt relatief weinig voor, dus je kunt er weinig ervaring mee opdoen. Maar het kan overal voorkomen, dus je moet precies weten hoe te handelen.’

Ben je tevreden over de afloop?

‘Het fijne was dat we het samen met de familie en hulp van de chauffeur rust hebben kunnen brengen in de situatie. De familie was heel tevreden met hoe we het hebben aangepakt. Bij acute psychiatrie wil je in overleg met alle betrokkenen tot een goede oplossing komen. Met communicatieve vaardighe-

den is het niet gelukt uiteindelijk. Maar door tijdsdruk waren we gedwongen tot pragmatisch handelen.’

Wat voor tips geef je aan je aios?

‘Acute psychiatrie is moeilijke huisartsgeneeskunde, zeker ook voor aios, merk ik tijdens casuïstiekbespreking tijdens opleidingsdagen. Mijn beste tip: ga er ondanks de tijdsdruk rustig voor zitten. Maak contact en verdiep je in de context: de persoon, relaties met familieleden; kijk waar draagvlak zit. Je brengt het gesprek op gang, brengt rust, wint vertrouwen. Wees nieuwsgierig! Laatst bij de partner van een angstige patiënt. Ze was muzikredacteur geweest voor een radioprogramma en had duizenden folkmuziekopnames in huis staan. Als je ook voor dat soort zaken belangstelling hebt, heb je als huisarts ook een geweldig halfuur. Dan doe ik visitedienst ook nog eens voor mijn lol.’

PIN Acute psychiatrie vindt u in de [NHG-leeromgeving](#).

Heeft u ook een casus waarmee collega's hun voordeel kunnen doen? Zet een bericht op [HAWeb Ledenforum](#).

‘Onder tijdsdruk
je toch verdiepen
in de context’

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.