H&W
Huisarts en Wetenschap
2
februari 2020
jaargang 63

Verlenging huisartsopleiding nodig?

Hulp bij zelfdoding als alternatief voor euthanasie

Privacywetgeving en wetenschappelijk onderzoek

NHG-Standaard Traumatische knieklachten herzien

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Kwantiteit versus kwaliteit

Na negen jaar studeren kun je in Nederland als huisarts aan de slag. Is dit lang genoeg om een goede huisarts te worden? In Europa gaan stemmen op om de minimaal drie jaar durende huisartsopleiding te verlengen, met als doel competentere huisartsen op te leiden. De Bever et al. beargumenteren in dit nummer dat verlenging niet per se betere huisartsen oplevert. Maatwerk om de competenties te behalen lijkt meer op zijn plaats. Maar hoe dan?

Er is in Nederland sinds 2014 regelgeving van kracht voor de individualisering van de opleidingsduur van geneeskundige specialismen. Aangezien niet iedere huisarts in opleiding tijdens de geneeskundeopleiding dezelfde coschappen heeft doorlopen en klinische werkervaring per persoon verschilt, kan maatwerk ook zeker voor de huisartsopleiding een verbetering zijn.

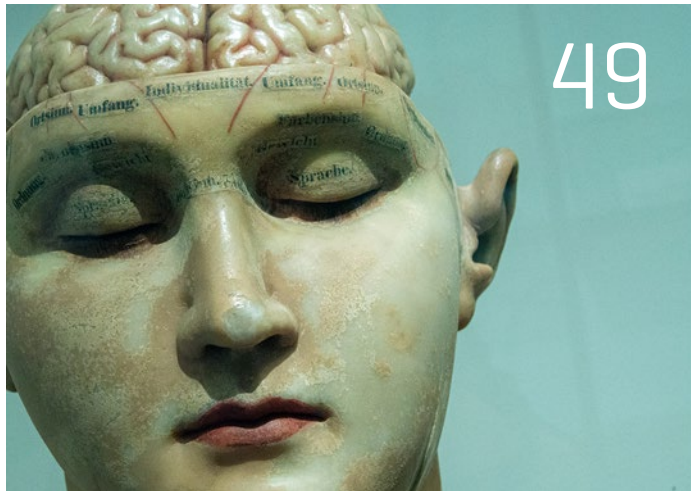
Er zijn reeds initiatieven gestart met enthousiaste aios en opleiders in onder andere Den Haag en Friesland om het onderwijs vraaggestuurd in te richten met aandacht voor nieuwe ontwikkelingen, zoals wijkgericht werken en intercollegiale samenwerking. Externe stageblokken, zoals psychiatrie en chronisch complexe zorg, worden losgelaten en de competenties worden behaald vanuit de eerstelijns gezondheidszorg.

Daarnaast hebben aios vaak onvoldoende inzicht in het onderwijscurriculum en voelen ze zich onvoldoende betrokken. Om deze reden organiseerden de aios uit Groningen onlangs een symposium om samen met de opleiders en docenten speerpunten te formuleren voor het onderwijs in 2020. Duidelijk is dat er behoefte is aan verandering van de opleiding: niet zozeer verlenging, maar wel een opleidingstraject meer toegespitst op ieder individu. Verandering kost echter tijd en het is goed dat de aios hierbij nu actief betrokken zijn.

Ook als redactie van Huisarts & Wetenschap leveren we graag maatwerk. Dus mocht je als aios of huisarts(opleider) vinden dat bepaalde onderwerpen niet of onvoldoende aan bod komen, laat het ons dan weten. Zo kunnen ook wij bijdragen aan ieders leerproces. Mail naar redactie@nhg.org.

Marian van den Brink, redactielid H&W

Er is behoefte aan een opleidingstraject meer toegespitst op het individu



Wetenschap

14 **Verlenging van de huisartsopleiding: is dat nodig?**
Binnen Europa speelt de discussie of de huisartsopleiding langer zou moeten worden om competentere huisartsen op te leiden. In Nederland is die roep er niet.

16 **Griepvaccinatie en sterfte op lange termijn**
Een follow-uponderzoek 25 jaar na een trial naar griepvaccinatie toont geen langetermijneffect aan van griepvaccinatie op sterfte. Mogelijk is er wel een effect bij jongere ouderen.

20 **Welke informatie moet er in brieven over patiënten met kanker?**
Informatie over voorgeschiedenis, medicatie en een beknopt overzicht van de symptomen zijn essentieel in verwijsbrieven. Specialisten schrijven bij voorkeur – naast uitslagen – over diagnose, behandelopties, gekozen behandeling en prognose.

26 **Substitutie van laagrisicohuidkankerzorg naar de huisarts**
Zorgverleners zijn gematigd positief over substitutie van huidkankerzorg. Dermato-oncologiescholing voor huisartsen en een betere samenwerking tussen de lijnen kunnen helpen om substitutie te implementeren.

Praktijk

30 **Privacywetgeving en wetenschappelijk onderzoek**
Soms is het niet mogelijk om patiënten om toestemming te vragen om hun behandelgegevens te delen met wetenschappelijk onderzoekers. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst biedt dan mogelijkheden.

37 **Ecg-casus 'Sluimerende bradycardie'**

38 **Aspiratie en injectie bij zwelling van de knie**

41 **Uw diagnose 'Pijnlijke zwelling op handrug'**

42 **Patiënt en mantelzorger nemen zelf de zorg in handen**
De Academie voor Patiënt en Mantelzorger leert mensen die thuis medische zorg nodig hebben, om die zorg zelf uit te voeren samen met mantelzorgers.

44 **Hulp bij zelfdoding als alternatief voor euthanasie**
Bij levensbeëindiging op verzoek kan hulp bij zelfdoding een goed alternatief zijn voor euthanasie. Anticipatie op complicaties en spreiding van tijdsduur tot overlijden is daarbij belangrijk.

46 **Kennistoets 'Aspiratie en injectie bij zwelling van de knie'**

49 **De onzichtbare gevolgen van hersenletsel**
Mensen met niet-aangeboren hersenletsel zijn meestal afhankelijk van de huisarts voor het herkennen en gericht doorverwijzen bij problemen door hersenletsel. Het is dan belangrijk om het regionale zorgaanbod te kennen.

Foto omslag: Margot Scheerder

Nieuws

6 **Nieuwsberichten**

- Wandelen voorkomt hart- en vaatziekten en fracturen
- Overleving na preventieve chirurgie bij BRCA-mutatie-dragers
- Preventie van voedselallergie bij kinderen met eczeem
- Check je vlek met een app
- Methylfenidaat: periodiek stoppen bespreken
- Uitgebreide dragerschapstest voor stellen met kinderwens
- Antihypertensiva voortaan 's avonds innemen?
- Patiënten gebruiken spoedlijn op de juiste wijze
- Balneotherapie bij veneuze insufficiëntie

56 **Zoekstrategie 'Koolhydraatbeperkt dieet bij diabetes**

59 **Slecht onderzoek vitamine D-suppletie bij ouderen**

59 **24-uurszorg taak van huisarts?**

60 **Nieuw onderzoek lokale behandeling schimmelnagels**
Onderzoekers bekijken of met nagellak aangebrachte miconazol en amorofline helpt tegen schimmelnagels.

61 **Boeken**

NHG

54 **Afwachtend beleid centraal in herziene NHG-Standaard Traumatische knieklachten**

64 **Meerwaarde online inzage medische gegevens**
Vanaf 1 juli 2020 kunnen patiënten online toegang krijgen tot hun medische gegevens bij de huisarts. Chris Noordzij werkt al een aantal jaar op deze manier.

65 **Gegevensuitwisseling rond kwetsbare mensen moet beter**
Negen landelijke organisatie in de eerstelijnszorg gingen in gesprek met onder andere overheid en politiek over de gebrekkige gegevensuitwisseling rondom kwetsbare ouderen, zwangere vrouwen en jonge kinderen in de wijk.

66 **'Uitbehandelde' hypochonder**
Deze casus van een niet gerust te stellen patiënte met hypochondrie en OCD, leverde op HAweb Ledenforum een aantal reacties op.

www.henw.org

- Reactie Lokale behandeling van neuropathische pijn bij diabetes

huisartspodcast.nl/henw

- Beluister onze H&W-podcast over onder andere hulp bij zelfdoding en hersenletsel.

Wandelen voorkomt hart- en vaatziekten en fracturen

Nicole Verbiest-van Gurp

Meer bewegen is belangrijk, maar heeft beweging ook op lange termijn effect op de gezondheid? Uit recent Brits onderzoek blijkt dat wandelinterventies tot minstens vier jaar later leiden tot minder cardiovasculaire aandoeningen en fracturen. Wandelen heeft de toekomst.

Foto: iStock

In twee onderzoeken in de huisartsenpraktijk werd het effect bekeken van wandelen op de gezondheid. Het PACE-Lift-onderzoek (2011) bevatte 296 deelnemers van 60 tot 75 jaar, het PACE-UP-onderzoek (2012) bevatte 1001 deelnemers van 45 tot 75 jaar. De deelnemers werden willekeurig ingedeeld in de wandel- of controlegroep. De wandelinterventies duurden twaalf weken en daarbij werd een stappenteller gebruikt, aangevuld met zelfcontrole in dagboeken, doelen stellen en plannen van terugvalpreventie. De onderzoekers bundelden de resultaten en onderzochten het behoud daarvan na vier jaar.
Van 82% van de patiënten waren er na vier jaar data beschikbaar. In de wandelgroep waren er minder cardiovasculaire aandoeningen (HR 0,34; 95%-BI 0,12 tot 0,91; p = 0,03), met een number to treat (NNT) van 61 en een absolute risicoreductie (ARR) van 1,6%. In de wandelgroep waren er ook minder fracturen (HR 0,56; 95%-BI 0,35 tot 0,90; p = 0,02, NNT 28 en ARR 3,6%). Er was geen verschil in het aantal nieuwe diabetespatiënten, nieuwe depressieve episoden en aantal gerapporteerde vallen. De wandelgroep had nog steeds dertig minuten meer matig intensieve beweging per week dan de controlegroep. De wandelaars gingen niet meer zorg consumeren door de interventie; het aantal consulten was in beide groepen gelijk.
Wandelinterventies in de eerste lijn blijken dus ook op lange termijn effectief. Door de interventie te ondersteunen met gedragsveranderende technieken blijft het effect behouden. De De NHG-Standaarden CVRM en Fractuurpreventie raden lichaamsbeweging ook aan. De NHG-Standaard CVRM beschouwt een NNT van 50 over een periode van tien jaar als klinisch relevant. Er moeten 61 mensen gedurende vier jaar meer bewegen om één cardiovasculaire aandoening te voorkomen. De NNT lijkt dus acceptabel, zeker omdat wandelen weinig risico's met zich meebrengt. Zoals Hippocrates al zei: 'Wandelen is het beste medicijn'. ■

Harris T, et al. Effect of pedometer-based walking interventions on long-term health outcomes: Prospective 4-year follow-up of two randomised controlled trials using routine primary care data. PLoS Med 2019;6:e1002836.

Overleving na preventieve chirurgie bij BRCA-mutatiedragers

Hieke Barends

Bij gezonde BRCA1- en BRCA2-mutatiedragers reduceert een ingrijpende bilaterale preventieve mastectomie het risico op borstkanker. Uit een recent multicenter cohortonderzoek blijkt echter dat er vergeleken met surveillance geen sprake is van betere overleving bij BRCA2-mutatiedragers, hoewel overtuigend prospectief onderzoek nog ontbreekt.

Nederlandse onderzoekers volgden (nog) gezonde BRCA1- (n = 1712) en BRCA2-mutatiedragers (n = 1145) vanaf de DNA-uitslag. De gemiddelde follow-upduur was 10,3 jaar. Van de BRCA1-mutatiedragers koos 42% voor preventieve bilaterale mastectomie, van de BRCA2-mutatiedragers was dat 35%. De overige vrouwen kozen voor surveillance (jaarlijkse MRI, mammografie en klinisch borstonderzoek). De onderzoekers voerden Coxregressieanalyses uit met algemene en borstkankerspecifieke mortaliteit (in geobserveerde persoonsjaren) als uitkomst. Ze voerden de analyses voor BRCA1- en BRCA2-mutatiedragers apart uit.
Zowel de algemene als borstkankerspecifieke mortaliteit was lager bij BRCA1-mutatiedragers na preventieve chirurgie. Op 65-jarige leeftijd

Preventie van voedselallergie bij kinderen met eczeem

Mirrian Hilbink

Foto: Shutterstock

De opvattingen over preventie van voedselallergie zijn een slag gedraaid. Eerder moest je kinderen weghouden van allergenen om voedselallergie te voorkomen. Mijden bleek echter niet effectief en daarom gaven artsen uiteindelijk geen adviezen meer over hoogallergene voeding. Nieuw onderzoek maakt nu duidelijk dat je wel degelijk advies kunt geven over hoogallergene voeding: vroeg introduceren, vooral bij kinderen met (matig-ernstig) eczeem.

Het Learning Early About Peanut (LEAP)-onderzoek ging over zuigelingen met matig-ernstig eczeem. De onderzoekers vonden een sterk preventieve werking van de introductie van pinda's bij kinderen tussen de 4 en 11 maanden op het ontstaan van een pinda-allergie ten opzichte van pinda's langdurig mijden. Slechts 3,2% van de 319 kinderen die waren gerandomiseerd in de vroegintroductiegroep had na vijf jaar een pinda-allergie, tegenover 17,2% van de 321 kinderen die vijf jaar pinda moesten vermijden (relatief risico 0,19; 95%-BI 0,10 tot 0,36). Sindsdien hebben meerdere onderzoeken laten zien dat dit effect ook geldt voor kinderen zonder ernstig eczeem en kinderen met allergie voor kippenei.

Vroege introductie van pinda en kippenei voorkomt voedselallergie via gastro-intestinale tolerantieontwikkeling, vooral bij kinderen met eczeem. Uitstellen van deze introductie verhoogt juist de kans op een voedselallergie. Ten behoeve van de vroege introductie zijn stapsgewijze schema's ontwikkeld voor toepassing in de thuissituatie, waarbij het risico op (zeldzame) ernstige reacties verder wordt gereduceerd. Consultatiebureaus spelen een grote rol in de implementatie. Actieve begeleiding van hoogrisicozuigelingen met eczeem is nodig om de voedselallergie-epidemie een halt toe te roepen. Huisartsen hebben een belangrijke rol om te zorgen dat ouders van een kind met eczeem deze adviezen tijdig krijgen.

De NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid uit 2010 meldt dat het geen zin heeft om het introduceren van vaste voeding uit te stellen om hiermee voedselallergie te voorkomen. Deze standaard bevat geen informatie over eczeem en preventie van voedselallergie. De herziene NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid besteedt hieraan vermoedelijk wel aandacht. Deze wordt eind 2020 verwacht. ■

De Groot H, et al. Preventie van voedselallergie bij kinderen met eczeem. Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie 2019;29(3):55-7.

was de waarschijnlijkheid om *niet* aan borstkanker te zijn overleden bij BRCA1-mutatiedragers 99,7% (chirurgie) versus 93% (surveillance); hazard-ratio (HR) 0,06 (95%-BI 0,01 tot 0,46). Bij BRCA2-mutatiedragers was er geen significant verschil in algemene en borstkankerspecifieke mortaliteit. Op 65-jarige leeftijd was de waarschijnlijkheid om *niet* aan borstkanker te zijn overleden bij BRCA2-mutatiedragers 100% (chirurgie) versus 98% (surveillance). De HR kon niet worden geschat, omdat bij de BRCA2-dragers na preventieve chirurgie geen enkele vrouw overleed aan borstkanker.

Op basis van deze gegevens lijkt counseling en advies op maat zinnig bij BRCA1- en BRCA2-mutatiedragers. Berichtgeving over dit onderzoek in de media gaf veel onrust bij BRCA2-mutatiedragers die bang waren dat zij hun borsten voor niks hadden laten amputeren. In de discussie was er commentaar op het onderzoek wat betreft de relatief korte follow-upduur en het feit dat de focus op overleving te smal was en voorbijging aan de complexiteit van de keuze waar BRCA2-mutatiedragers voor staan. Zo heeft levenslange surveillance ook een aanzienlijke impact. Ook was er mogelijk selectie- en survivalbias met als gevolg een overschatting van de overleving.

Belang voor de huisarts? Mocht u hierover vragen krijgen in de spreekkamer, dan is het zinnig de uitkomsten maar ook de beperkingen van het onderzoek in ogenschouw te nemen. ■

Heemskerk, et al. Survival after bilateral risk-reducing mastectomy in healthy BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. Breast Cancer Res Treat 2019;177:723-33.

Check je vlek met een app

Pieter Buis

Het lijkt zo'n goed idee: met je smartphone een foto maken van je huidafwijking om via een speciale app te bekijken of de huidafwijking verdacht is of niet. Dan hoef je niet voor elk vlekje naar de dokter. Uit een onderzoek blijkt echter dat de app huidkanker weliswaar goed herkent, maar ook veel benigne huidafwijkingen als verdacht bestempelt.

In een Roemeens onderzoek, waarbij ook het Erasmus MC was betrokken, bekeek men de app van het bedrijf SkinVision (tevens een belangrijke sponsor van het onderzoek). De app kost ongeveer 30 euro per jaar, maar wordt door een beperkt aantal zorgverzekeraars (zoals CZ) vergoed. De onderzoekers bepaalden de sensitiviteit en specificiteit van de app met verschillende datasets. Naast datasets uit eerdere onderzoeken namen zij ook de data mee van gebruikers van de app. De sensitiviteit voor het herkennen van huidkanker was 95% (95%-BI 91,9 tot 97,3). Voor melanoom was dit 92,8% (95%-BI 87,8 tot 96,5) en voor overige huidkanker 97,3% (95%-BI 93,2 tot 99,3). De specificiteit was 78,3% (95%-BI 77,2 tot 79,3). Dat betekent dat de app ruim 78% van de goedaardige huidafwijkingen ook werkelijk als goedaardig herkent, maar bij ruim 20% van de goedaardige afwijkingen verder onderzoek adviseert (fout-positief). De conclusie is dat de diagnostische nauwkeurigheid van deze app beter is dan die van een huisarts en in de buurt komt van die van een dermatoloog (sensitiviteit dermatoloog ongeveer 90%, specificiteit ongeveer 70%). Een specificiteit van 78% zal veel fout-positieve uitslagen opleveren, vooral als de app wordt gebruikt door leken en de incidentie van de afwijking laag is, wat kan leiden tot onnodige zorgconsumptie. Dat is goed om te weten als patiënten hiermee op het spreekuur komen. En misschien moeten we als huisarts de app zelf maar gaan gebruiken in plaats van hem te adviseren aan onze patiënten. ■

Udrea A, et al. Accuracy of a smartphone application for triage of skin lesions based on machine learning algorithms. J Eur Acad Dermatol Venereol 2019 Sep 8. [Epub ahead of print].

Methylfenidaat: periodiek stoppen bespreken

Niels vd Steen

Kinderen met ADHD krijgen vaak methylfenidaat, maar het is onduidelijk hoe lang gebruik van het middel zinvol is bij jongeren. Uit dit onderzoek blijkt dat methylfenidaat ook na twee jaar gebruik nog een klein positief effect heeft op de symptomen van ADHD. De individuele verschillen tussen gebruikers zijn echter groot. Daarom concluderen de onderzoekers dat periodieke evaluatie van het gebruik blijft aangewezen, zoals ook de NHG-Standaard ADHD bij kinderen adviseert.

Er is weinig placebogecontroleerd onderzoek gedaan naar het effect van methylfenidaat op lange termijn. Dat was de reden voor Nederlandse onderzoekers uit Nijmegen en Groningen om te bekijken wat het resultaat is van stoppen met methylfenidaat. Zij includeerden 94 patiënten tussen de 8 en 18 jaar die langer dan twee jaar methylfenidaat gebruikten, ongeacht een ADHD-diagnose. De patiënten werden dubbelblind gerandomiseerd over twee groepen. De ene groep bleef het middel gebruiken, de andere groep staakte gebruik van het

Foto: Hollandse Hoogte

Uitgebreide dragerschapstest voor stellen met kinderwens

Suzanne Marchal

Een dragerschapstest helpt stellen risico's in te schatten en keuzes te maken voorafgaand aan een eventuele zwangerschap. Als een (kosteloze) uitgebreide dragerschapstest wordt aangeboden via de huisartsenpraktijk is ongeveer 15% van de stellen met een kinderwens hierin geïnteresseerd. Dat blijkt uit een Gronings onderzoek.

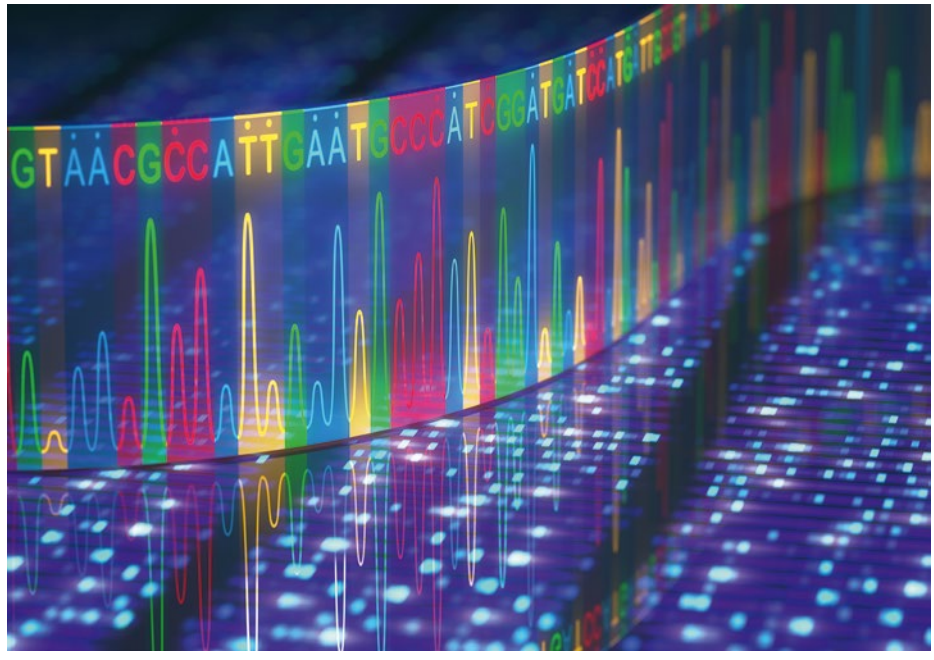


Foto: iStock

Door *next generation sequencing* is een dragerschapstest op ernstige autosomale recessieve aandoeningen die op jonge leeftijd optreden, en waarvoor geen curatieve behandeling bestaat, tegenwoordig snel en relatief goedkoop.
In een Gronings onderzoek bekeek men de respons op en acceptie van het aanbieden van een dragerschapstest op 50 aandoeningen. De test werd aangeboden in negen huisartsenpraktijken waar medewerkers speciale training hadden gehad. Als het stel allebei drager is van een aandoening, is er 25% kans dat het kind is aangedaan. Van de vooraf geschatte doelpopulatie van stellen (859 stellen) werd uiteindelijk 21% (190 stellen) geïncludeerd. Voorafgaand aan de dragerschapstest was voorlichting door de huisarts vereist, waarvan uiteindelijk 130 stellen (15% van doelpopulatie) gebruikmaakten. Na de voorlichting besloten 117 stellen (13%) de dragerschapstest te doen. De non-respons van 60 stellen op de voorlichting door de huisarts had vooral praktische redenen, zoals dat het lastig was samen een afspraak te maken.
Als belangrijkste reden om een dragerschapstest te doen, noemden respondenten het voorkómen van een leven met een ernstige genetische ziekte. Als belangrijkste reden om de test niet te doen, noemden zij dat de test de voortplantingsplanningen niet zou veranderen.
Dit onderzoek leert dat een substantieel deel van de stellen met kinderwens een dragerschapstest wil en dat de huisarts een rol kan spelen in de counseling. De dragerschapstest is beschikbaar voor alle stellen met een kinderwens voor 950 euro via zes huisartsenpraktijken in het noorden van het land. Geïnteresseerde huisartsen kunnen een training volgen en daarna zelf counsellen, zie www.dragerschapstest.umcg.nl. Onderzoek naar een landelijke implementatie volgt. ■

Schuurmans J, et al. GP-provided couple-based expanded preconception carrier screening in the Dutch general population: who accepts the test-offer and why? Eur J Hum Genet 2019 Sep 30.

middel geheel (na een afbouwschema van een maand). Als effectmaat werd de ADHD-RS gebruikt, een vragenlijst die een gradering geeft aan de uiting van ADHD.
De onderzoekers vonden zeven weken na het stoppen van methylfenidaat een kleine, significante achteruitgang op de ADHD-RS in de groep waarin de medicatie werd gestaakt ten opzichte van de groep die het middel bleef gebruiken (verschil tussen de groepen -4,6; 95%-BI -8,7 tot -0,6). Ook was de uitval vanwege gedragsveranderingen bij de stoppers groter (11 versus 4 patiënten). In subanalyses bleek dat de resultaten erg individueel zijn bepaald.
De onderzoekers concluderen hieruit dat alhoewel er ook na twee jaar nog een klein positief effect van de methylfenidaat te verwachten valt, sommige individuele patiënten prima kunnen stoppen zonder dat de symptomen verergeren. Het onderzoek ondersteunt dus de adviezen uit de NHG-Standaard ADHD bij kinderen om gebruik van methylfenidaat periodiek te bespreken, stoppen te overwegen en dit proces te evalueren. Zorg op maat dus. ■

Matthijssen AM, et al. Continued benefits of methylphenidate in ADHD after 2 years in clinical practice. A randomized placebo-controlled discontinuation study. Am J Psychiatry 2019;176:754-62.

Antihypertensiva voortaan ’s avonds innemen?

Gudo Hoogzaad

Antihypertensiva worden in de regel ’s morgens ingenomen, maar het is de vraag of dit wel het beste tijdstip is. Uit een recent onderzoek blijkt dat het verschuiven van het innametijdstip van de ochtend naar de avond een lagere nachtelijke bloeddruk geeft zonder dat de bloeddruk overdag stijgt. Dit resulteert in een opvallende afname van cardiovasculaire sterfte en events.

De onderzoekers selecteerden 19.084 patiënten uit de eerste lijn die ten minste één antihypertensivum gebruikten. De patiënten werden gerandomiseerd over twee groepen: de ochtendgroep nam de medicatie in na het ontwaken en de avondgroep deed dit voor het slapengaan. De onderzoekers volgden de geïncludeerde patiënten tussen 2008 en 2018, de mediane follow-up was 6,3 jaar. Er vond jaarlijks controle plaats door middel van 48-uursbloeddrukmeting, lab en urine. De resultaten toonden een significant lagere nachtelijke bloeddruk (-3,3 mmHg systolisch; p < 0,001) en een vergelijkbare bloeddruk overdag in de avondgroep in vergelijking met de ochtendgroep. Het meest opvallende resultaat van het onderzoek was echter dat de cardiovasculaire sterfte meer dan de helft lager was in de avondgroep (HR 0,44; 95%-BI 0,34 tot 0,56). Ook het totaal aantal cardiovasculaire events nam met bijna de helft af (HR 0,58; 95%-BI 0,54 tot 0,62). De onderzoekers vonden geen significant verschil in bijwerkingen of nachtelijke hypotensie tussen beide groepen. Een verklaring voor de betere werking van antihypertensiva voor het slapen gaan is onder andere de hogere activiteit van het RAAS-systeem in de nacht.
Dit onderzoek laat zien dat de zeer eenvoudige verandering van het innametijdstip van antihypertensiva een forse daling van cardiovasculaire sterfte en events kan geven. Tot op heden geeft de NHG-Standaard CVRM geen adviezen over innametijdstip van antihypertensiva. Het Farmacotherapeutisch Kompas adviseert inname ’s morgens, maar geeft daarbij helaas geen referentie. Goed om in de praktijk de switch van ochtend naar avond als optie te overwegen bij een niet goed gereguleerde hypertensie. Tijd voor artsen en apothekers om deze resultaten tegen het licht te houden en hierin een gezamenlijke keuze te maken. ■

Hermida RC, et al. Bedtime hypertension treatment improves cardiovascular risk reduction: the Hygia Chronotherapy trial. Eur Heart J 2019 Oct 22. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz754 [Epub ahead of print].

Foto: Shutterstock

Patiënten gebruiken spoedlijn op de juiste wijze

Tom van Beek

Om wachttijd te omzeilen, is het op huisartsenposten mogelijk om bij spoed direct een triagist aan de lijn te krijgen. Professionals klagen vaak over oneigenlijk gebruik van deze mogelijkheid. Recent Deens onderzoek toont aan dat 77% van de patiënten er terecht gebruik van maakt. Naar verwachting komt dit percentage overeen met de Nederlandse situatie vanwege de vergelijkbare ANW-zorg en wachttijden in beide landen.

In dit onderzoek werden 146.355 bellers naar Deense huisartsenposten en de medische hulplijn MH-1813 gerandomiseerd voor de mogelijkheid gebruik te maken van een spoedlijn, 71.555 bellers kregen deze mogelijkheid niet. Professionele triagisten beoordeelden drie groepen van in totaal 6554 gerandomiseerde gesprekscontacten met pop-upvragenlijsten op urgentie en medische relevantie: een groep die de spoedlijn kon kiezen en er ook gebruik van maakte, een groep die de spoedlijn kon kiezen maar er

Lees verder op pagina 13

Balneotherapie bij veneuze insufficiëntie

Loes Wouters

In veel landen wordt chronische veneuze insufficiëntie (CVI) behandeld met balneotherapie, dat wil zeggen met thermaal baden, modder en massages. De auteurs van een cochranereview bogen zich over de effectiviteit van deze behandeling. Zij concluderen dat balneotherapie de ernst van de ziekte niet vermindert, maar de kwaliteit van leven wel enigszins verbetert, de pijn vermindert en hyperpigmentatie tegengaat in vergelijking met geen behandeling.

Foto: iStock

CVI kenmerkt zich door varices, oedeem en huidafwijkingen die worden veroorzaakt door een gebrekkige klepfunctie in de beenvenen. Balneotherapie heeft als doel de bloeddoorstroming te verbeteren met hydrostatische druk en osmose. Het is een relatief goedkope, niet-invasieve en potentieel efficiënte behandelmethode. Traditioneel bestaat de behandeling uit een kuur van drie weken. Aanvullende verzekeringen vergoeden soms deels de kosten.

De auteurs van de cochranereview beoordeelden zeven gerandomiseerde onderzoeken, van lage tot matige kwaliteit, met in totaal 891 patiënten die met echo-duplex bevestigde CVI hadden. In de geselecteerde onderzoeken werd balneotherapie vergeleken met geen behandeling (n = 1), venotonicum honingklaver). Geen enkel onderzoek liet verbetering zien in ernst van de ziekte, oedeem of voorkomen van ulcera. Drie onderzoeken lieten een geringe significante, maar niet klinisch relevante, verbetering zien op de kwaliteit van leven na drie, negen en twaalf maanden (gemiddeld verschil 12 maanden 4,99; 95%-BI 0,78 tot 9,19; CIVIQ-2 vragenlijst schaal 0 tot 100). Balneotherapie gaf enige verlichting van de pijn (gemiddeld verschil VAS 1,23; 95%-BI 1,13 tot 1,30) in vergelijking met geen behandeling, maar niet in vergelijking met een venotonicum. Hyperpigmentatie was na twaalf maanden iets verminderd. Balneotherapie is volgens deze review niet te adviseren. De effectiviteit van de veel voorgeschreven compressiekousen om klachten te verminderen is echter ook slechts aangetoond bij patiënten met milde CVI. Het is een aanname dat de kousen progressie van varices kunnen verminderen. Als patiënten ernaar vragen, kunt u antwoorden dat balneotherapie een verzachtend alternatief kan zijn voor degenen die problemen ervaren met steunkousen en bij wie chirurgische behandeling geen optie is. ■

De Moraes Silva M, et al. Balneotherapy for chronic venous insufficiency. Cochrane Database Syst Rev 2019;8:CD013085.

Vervolg van pagina 10

geen gebruik van maakte en een groep die geen mogelijkheid kreeg om de spoedlijn te kiezen. De onderzoekers gingen ook na hoe vaak er sprake was van een mogelijk ACS (acuut coronair syndroom) en hoe vaak de ambulance werd ingezet.

Van de patiënten wilde 61% deelnemen aan het onderzoek. De gemiddelde wachttijd aan de telefoon bij de huisartsenposten was 71 seconden en bij MH-1813 153 seconden. Zesendertig procent van de bellers naar MH-1813 maakten vaker gebruik van de spoedlijn. Tussen de groepen werden geen significante verschillen gevonden in ernst van de klachten. Gebruikers van de spoedlijn bleken significant ernstiger ziek te zijn (18,5% versus 4,8%; $p < 0{,}001$) en 77% van de telefoontjes werd beoordeeld als terecht. Bij gebruikers van de spoedlijn was er significant vaker een vermoeden van ACS (10,4% versus 3,3%; $p < 0{,}001$) en werd vaker een ambulance ($p < 0{,}001$) ingezet vergeleken met de controlegroep.

Onze huisartsenpoststructuur lijkt op de Deense. Reden om aan te nemen dat de conclusie van dit onderzoek ook voor ons geldt, hoewel exacte Nederlandse cijfers ontbreken. ■

Ebert JF, et al. Do callers to out-of-hours care misuse an option to jump the phone queue? Scand J Prim Health Care 2019;37:207-17.

Verlenging van de huisartsopleiding: is dat nodig?

Sarah de Bever, Jettie Bont en Nynke Scherpbier-de Haan

Er gaan in Europa stemmen op om de verplichte duur van de huisartsopleiding te verlengen. De bedoeling van dit debat is om competentere huisartsen op te leiden en zo de positie van de huisartsgeneeskunde te versterken. Tijd in opleiding staat echter niet gelijk aan een betere kwaliteit van de jonge huisarts. Wij menen dat de kwaliteit van de opleiding leidend moet zijn en niet de duur ervan.

In Europa gonst een debat over verlenging van de verplichte duur van de huisartsopleiding.[1-4] Momenteel verplicht Europese wetgeving een minimale duur van drie jaar, waarvan ten minste zes maanden in de huisartsenpraktijk. Huisartsopleidingen binnen Europa kennen een grote variatie in duur en opbouw. Een gedetailleerd overzicht hiervan is te vinden op de website van EURACT, de Europese organisatie voor opleiden in de huisartsgeneeskunde.[5] De opleiding in Oostenrijk duurt bijvoorbeeld 3,5 jaar, waarvan een half jaar in de huisartsenpraktijk. In Noorwegen brengt een aios huisartsgeneeskunde een jaar in het ziekenhuis door en vier jaar in de huisartsenpraktijk. Tijdens de ziekenhuisstages is vaak onvoldoende aandacht voor het toekomstige beroep van huisarts.[6] In Denemarken heeft men dit ondervangen door de aios tijdens de ziekenhuisstage door de eerste huisartsopleider te laten begeleiden, om zo de persoonlijke huisartsgeneeskundige leerdoelen goed op het netvlies te houden. Voorstanders van verlenging stellen dat huisartsen daardoor dezelfde mate van specialisatie bereiken als medisch specialisten, waarmee de positie van huisartsen automatisch sterker wordt.[7] In sommige landen is een emancipatieslag inderdaad hard nodig.[8] Wij betwijfelen echter of verlening van de opleiding leidt tot een betere positie van de huisartsenzorg. De Nederlandse huisarts heeft ondanks een opleiding van drie jaar immers een relatief sterke positie in de zorg.[8] Daarnaast menen sommige landen hun opleiding te moeten verlengen om te kunnen voldoen aan de steeds hogere eisen die aan huisartsen worden gesteld.[3,6,9] Een ander argument voor de verlenging van de huisartsopleiding is dat langere blootstelling aan het vak leidt tot betere competentieontwikkeling.[3,4,10] Maar competentieontwikkeling volgt geen vast tijdpatroon; een langere opleiding zal niet automatisch leiden tot bekwamere huisartsen.[11] Competentieontwikkeling is afhankelijk van veel meer factoren dan tijd. Hiervan zullen we er drie uitlichten.

Dit is een bewerkte vertaling van De Bever S, Bont J, Scherpbier N. Strengthening general practice by extending specialty training? Br J Gen Pract 2019;69:222-3.

VEEL VARIATIE TUSSEN AIOS EN WERKPLEKKEN

Om te beginnen varieert het aanvangsniveau tussen startende aios. Dit komt veelal doordat aios voordat ze aan hun opleiding beginnen elders werkervaring opdoen. Ten tweede zijn aios voor het leren afhankelijk van hun werkplek.[12] Klinische werkplekken, zoals de huisartsenpraktijk, zijn krachtige leeromgevingen. Het zijn echter ook chaotische leerplekken, waarbij het leren van de aios niet altijd leidend is.[12,13] Wanneer daarvoor geen onderwijskundige aandacht is, zal langer opleiden niet automatisch beter zijn. Tot slot verschillen aios onderling in leervermogen. Om zo veel mogelijk uit een werkplek te halen, moeten aios zelf actief deelnemen aan hun leerproces.[11,13] Sterk gemotiveerde aios met goed ontwikkelde zelfregulerende vaardigheden zijn in staat goed en snel te leren. Alleen zijn niet alle aios even gemotiveerd of beschikken ze in dezelfde mate over deze vaardigheden, en de duur van de opleiding zou dus per aios moeten kunnen variëren.[14] Kortom, wij menen dat een langere tijd in opleiding niet per se zal leiden tot een verbetering van de kwaliteit van de net afgestudeerde huisarts. Soms zal een opleiding langer duren en soms korter, maar een besluit daarover moet genomen worden op basis van de ontwikkeling én het leervermogen van de aios.

OOK IN NEDERLAND HIATEN IN DE OPLEIDING

In Nederland ervaren aios en pas afgestudeerde huisartsen ook hiaten in hun opleiding. Ze geven aan dat de opleiding meer aandacht moet besteden aan bepaalde thema's, zoals praktijkmanagement en ondernemerschap.[15] Tegelijkertijd is er een tendens dat jonge, net afgestudeerde huisartsen zich minder willen vestigen. Deze feiten roepen de vraag op of de Nederlandse opleiding jonge huisartsen wel voldoende klaarstoomt voor de volle omvang van het vak. Moet de opleiding daarom langer worden? Tijdens

recente debatten op het WONCA-congres van 2019 en het EURACT-congres van 2018 bleken er in Nederland weinig uitgesproken voorstanders te zijn van het verlengen van de duur van de huisartsopleiding. Daarnaast is de tevredenheid over de opleiding onder aios en pas afgestuurde huisartsen volgens de recente NIVEL-enquêtes groot.[15,16] De positieve resultaten van GEAR, het auditprogramma van de huisartsopleiding, bevestigen deze bevindingen.

MAATWERK

In Nederland lijkt er momenteel geen duidelijke roep om verlenging te zijn. De huisartsopleiding moet echter wel adaptief zijn en inspelen op de ontwikkelingen in de zorg. Wat hierbij kan helpen is meer maatwerk, een krachtige én veilige leeromgeving met goed geschoolde begeleiders, en een geleidelijke *fading out* van supervisie, zodat aios zich aan het eind van de opleiding goed toegerust voelen om de verantwoordelijkheid voor alle kerntaken te dragen. Voor sommige aios zal daarvoor verlenging nodig zijn, maar verlenging zonder meer is geen antwoord op een complexe vraag. Leren zal bovendien altijd verder gaan ná de opleiding, waarbij kennis en vaardigheden soms beter just in time, dus ná de opleiding, geleerd kunnen worden. Een goed voorbeeld hiervan is de PROFF-class, die jonge huisartsen vaardigheden leert voor het starten van een eigen onderneming.

Ook in Nederland zullen we de discussie moeten blijven voeren over wat er wanneer nodig is om jonge huisartsen goed voor te bereiden op een vak dat steeds ingewikkelder wordt. Wij hopen dat dit artikel hiertoe een aanzet vormt. ■

LITERATUUR

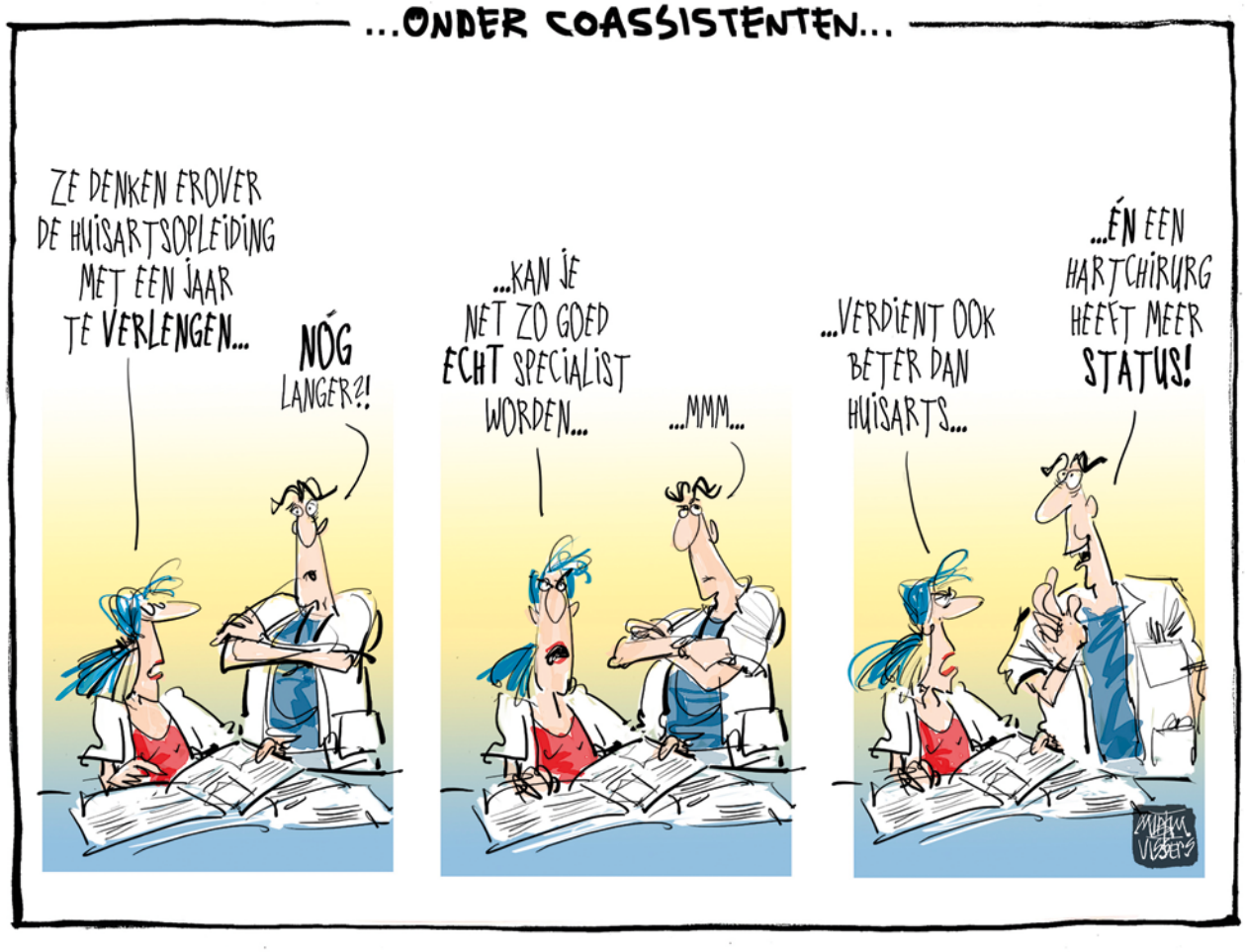
1. Rughani A, Riley B, Rendel S. The future of GP specialty training: enhanced and extended. Br J Gen Pract 2012;62:288-9.
2. O'Shea EE. Extension of training for general practice: a review of the evidence. Educ Prim Care 2009;20:15-20.
3. Sabey A, Hardy H. Views of newly-qualified GPs about their training and preparedness: lessons for extended generalist training. Br J Gen Pract 2015;65:e270-7.

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

De Bever S, Bont J, Scherpbier-de Haan ND. Verlenging van de huisartsopleiding: is dat nodig? Huisarts Wet 2020;63(2):14-5. DOI:10.1007/s12445-019-0411-5.

Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisartsopleiding, Amsterdam: S. de Bever, huisarts in opleiding, arts-onderzoeker, s.debever@amsterdamumc.nl; dr. J. Bont, hoofd huisartsopleiding AMC. Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: dr. N.D. Scherpbier-de Haan, hoofd eerstelijnsvervolgopleidingen.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Griepvaccinatie en sterfte op lange termijn

Follow-up 25 jaar na een RCT bij ouderen

Ruud Verhees, Carel Thijs, Ton Ambergen, Geert-Jan Dinant, André Knottnerus

Vanuit de hypothese dat griepvaccinatie residuele bescherming biedt tegen griepstammen die later kunnen circuleren, evalueerden we na 25 jaar de langetermijneffecten van een eenmalige griepvaccinatie. Daarvoor gebruikten we de gegevens van een gerandomiseerde placebogecontroleerde trial. Deze trial toonde aan dat griepvaccinatie griep kan voorkomen. Verder gebruikten we de follow-upgegevens van onder andere CBS en Gemeentelijke Basisadministratie om de totale sterfte en de sterfte aan cardiovasculaire of respiratoire oorzaken onder de trialdeelnemers na 25 jaar te berekenen. Met behulp van regressieanalyses bepaalden we de invloed van leeftijd en comorbiditeit op de langetermijnsterfte. Van 98% van de deelnemers konden we de vitale status op 1 januari 2017 achterhalen. In de groep als geheel was er geen aantoonbaar verschil in langetermijnsterfte tussen de interventiegroep (vaccinatie) en de controlegroep (placebo). Wel is er een mogelijk klinisch relevant effect op langetermijnsterfte bij jongere ouderen.

Griepvaccinatie beschermt ouderen tegen griep, maar een effect op sterfte is nooit direct aangetoond op basis van gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek.[1] Er is wel observationeel onderzoek dat suggereert dat griepvaccinatie de sterfte onder ouderen met circa 30% kan reduceren, maar in zulk onderzoek kunnen selectiebias en confounding een rol spelen.[2] Critici dringen daarom aan op een voldoende krachtig placebogecontroleerd onderzoek.[3] Er zijn echter ethische en methodologische bezwaren tegen een dergelijk onderzoek.[4]

Onderzoek doet vermoeden dat vaccinatie griepgerelateerde complicaties kan voorkomen of verminderen en residuele bescherming biedt tegen griepstammen die later kunnen circuleren.[5-8] Daardoor zou griepvaccinatie een effect op sterfte kunnen hebben dat langer duurt dan één griepseizoen. In dit onderzoek evalueren we de langetermijnsterfte onder ouderen die in het seizoen 1991/1992 een eenmalige influenzavaccinatie ontvingen in het kader van een grote influenzatrial. Veel van de betrokken ouderen waren niet eerder ingeënt tegen influenza, aangezien het leeftijdscriterium voor influenzavaccinatie pas in 1996 werd ingevoerd.

Dit onderzoek verscheen eerder als: Verhees RA, Thijs C, Ambergen T, Dinant GJ, Knottnerus JA. Influenza vaccination in the elderly: 25 years follow-up of a randomized controlled trial. No impact on long-term mortality. PLoS ONE 2019;14(5):e0216983. Publicatie gebeurt met toestemming.

METHODE

Gegevensverzameling

We voerden dit follow-uponderzoek uit 25 jaar na dato, onder de deelnemers aan een RCT die in het griepseizoen van 1991/1992 de effectiviteit van influenzavaccinatie onder ouderen evalueerde. Destijds includeerden vijftien Zuid-Nederlandse huisartsenpraktijken 1838 patiënten ≥ 60 jaar van wie niet bekend was dat ze behoorden tot een hoogrisicogroep (490 deelnemers hadden een cardiovasculair, pulmonaal of metabool probleem, maar dat was in de ogen van de huisarts niet van dien aard dat zij binnen de risicogroepen voor vaccinatie vielen). Na randomisatie ontvingen de deelnemers een intramusculaire injectie met het geïnactiveerde quadrivalente griepvaccin (n = 927) of met zoutoplossing (n = 911).[1]

Wij verrijkten de trialgegevens uit 1991 met sterftecijfers van het CBS, die beschikbaar waren tot 2017. Via een genealogisch onderzoek in de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA), het Centraal Bureau voor de Genealogie (CBG), het Rijksarchief Limburg en de administratie van de betrokken huisartsen verzamelden we gegevens die relevant waren om de CBS-search te optimaliseren. Bij enkele deelnemers kwamen de gevonden persoonsgegevens niet overeen met de in de trial gerapporteerde patiëntkarakteristieken. In dit geval werden doorgaans de data van de genealogische search aangehouden.

Eindpunten

We definieerden zes eindpunten: overall mortaliteit (alle

ICD-codes); sterfte door pneumonie of influenza (ICD-9-codes 480-487, ICD-10-codes J09-J18); respiratoire doodsoorzaken (ICD-9-codes 460-519, ICD-10-codes J00-J99); circulatoire doodsoorzaken (ICD-9-codes 390-459, ICD-10-codes I00-I99); respiratoire of circulatoire doodsoorzaken; en sterfte primair, secundair dan wel tertiair door longziekten (respiratoir gerelateerde sterfte).

Onze gegevens voor de overall mortaliteit reikten tot januari 2017, die voor primaire doodsoorzaken tot 1 januari 2016 en die voor secundaire en tertiaire doodsoorzaken tot 1 januari 2013. Voor elk eindpunt werd ook de seizoensgebonden sterfte – gedefinieerd als sterfte die optrad tussen december en juni – in beschouwing genomen.

We betrokken de volgende aanvangskenmerken als onafhankelijke covariabelen in de analyse: trialinterventie (vaccinatie of placebo), leeftijd, geslacht, medische voorgeschiedenis zoals bekend in 1991 (cardiovasculaire aandoening, pulmonale aandoening, diabetes mellitus), rookstatus en eerdere vaccinatiestatus (influenzavaccinatie in 1989/1990 en/of 1990/1991). Voor deze variabelen werd rekening gehouden met mogelijke modificatie van het effect van de trialvaccinatie.

WAT IS BEKEND?

- In 1991/1992 bleek uit een RCT in vijftien Zuid-Nederlandse huisartsenpraktijken dat griepvaccinatie effectief was in het voorkomen van griep.
- Onderzoek doet vermoeden dat griepvaccinatie residuele bescherming biedt tegen griepstammen die later kunnen circuleren.

WAT IS NIEUW?

- Een vervolgonderzoek met 25 jaar follow-up kan geen langetermijneffect aantonen van een (eenmalige) griepvaccinatie op de sterfte onder ouderen.
- Een klinisch relevante toename van de mediane overleving in de leeftijdsgroep 60-64 jaar door griepvaccinatie kan niet worden uitgesloten.
- Effectiviteitsonderzoek zou geschikt moeten worden gemaakt voor langdurige follow-up met aandacht voor deze leeftijdsgroep.

Statistische analyse

Associaties tussen trialvaccinatie en overleving brachten we in kaart met Kaplan-Meier-overlevingscurven. We voerden univariate en multivariabele *Cox proportional hazard*-analyses uit om een inschatting te maken van de hazardratio (HR) van trialvaccinatie voor de totale sterfte, en het 95%-betrouwbaarheidsinterval. De onafhankelijke covariabelen en hun mogelijke tweeweginteracties werden ook in het model opgenomen. Vervolgens voerden we een *backward stepwise* multivariabele Cox-regressieanalyse uit met p = 0,05 als drempelwaarde voor significantie.

We evalueerden de relatie tussen trialvaccinatie en seizoensgebonden of specifieke doodsoorzaken met behulp van *competing risk*-regressieanalyse. Hiervoor namen we de genoemde covariabelen, hun mogelijke interacties met trialvaccinatie en acht biologisch plausibele tweeweginteracties in het model op (zie onze originele publicatie).[9] Vanwege het beperkte aantal *events* werden subgroepanalyses voor leeftijd en medische voorgeschiedenis alleen uitgevoerd op het eindpunt overall mortaliteit. Bij de subgroepanalyses werden alleen de covariabelen in het model opgenomen, zonder mogelijke interactietermen.

Van sommige onderzoeksdeelnemers ontbraken gegevens over roken (n = 82) en eerdere vaccinaties (n = 2). We maakten daarom in de analyse een aparte groep aan met 'rookstatus onbekend'; de twee deelnemers van wie eerdere vaccinatiegegevens ontbraken, excludeerden we.

Voor de Cox-regressieanalyses gebruikten we SPSS versie 23, de *competing risk*-analyses voerden we uit met het *competing risk package* in 'R' versie 3.3.1.

Als de CBS-search geen informatie opleverde over de overlevingsstatus van een deelnemer (n = 52), gebruikten we alternatieve bronnen (zie originele publicatie) om de meest recente follow-updatum te verkrijgen en censureerden we de casus vanaf dat moment.

Ethische overwegingen en privacy

In 1991 is geen toestemming aan deelnemers gevraagd om in een later stadium overlijdensgegevens te mogen opvragen, aangezien dit buiten het doel van de originele trial viel. Maastricht Universitair Medisch Centrum beoordeelde ons vervolgonderzoek als niet WMO-plichtig. Het CBS heeft ingestemd met anonieme koppeling en verwerking van de gegevens.

RESULTATEN

Follow-up

Tijdens de follow-upduur van in totaal 29.867 persoonsjaren (mediaan 17,34 jaar) overleden 1418 van de 1838 deelnemers (77,1%); 382 deelnemers (20,8%) waren op 1 januari 2017 nog in leven; van 38 deelnemers (2,1%) kon de status niet worden achterhaald. Van 1340 van de 1418 overledenen (94,5%) was de doodsoorzaak bekend.

Patiëntkenmerken

[**Online Tabel 1**] toont de kenmerken van de deelnemers. Het bijwerken van patiëntkenmerken (zie Methode) resulteerde niet in relevante verschillen tussen de vaccin- en placebogroep.

Langetermijninvloed van (eenmalige) griepvaccinatie op sterfte

De mediane overleving in de interventiearm was 17,39 jaar (interkwartielafstand 10,61 tot 24,58) versus 17,20 jaar voor de controlearm (interkwartielafstand 10,02 tot 23,70), een verschil van 2,23 maanden (95%-BI −14,68 tot 19,14). De [**figuur en online tabel 2**] tonen de Kaplan-Meier-overlevingscurves

Een effect van griepvaccinatie op sterfte is nooit direct bewezen.

Foto: Margot Scheerder

voor verschillende leeftijdsgroepen en de overlevingstabel met hazardratio's. Wij vonden geen statistisch significant effect van (eenmalige) influenzavaccinatie op mortaliteit (gecorrigeerde HR 0,95; 95%-BI 0,85 tot 1,05). Sensitiviteitsanalyses (niet gepresenteerd) toonden consistente resultaten.

De hazardratio's voor vaccin versus placebo op de verschillende eindpunten zijn weergegeven in [**tabel 3**]. Voor de groep als geheel kon op geen van de eindpunten een verschil in overleving worden aangetoond tussen vaccinatie en placebo. Ook de analyses van subgroepen met comorbiditeit, eerdere vaccinatie of hogere leeftijd toonden geen significant effect van vaccinatie op sterfte. (Voor seizoensgebonden sterfte en subgroepanalyses, zie tabel 3 en 4 in onze originele publicatie.[9])

Wel suggereren de resultaten (zie [**figuur en tabel 2**]) dat vaccinatie op de leeftijd van 60-64 jaar de hoogste sterftereductie geeft: de gecorrigeerde HR is 0,86 (95%-BI 0,72 tot 1,03). In de gevaccineerde groep bedroeg de mediane overleving 23,18 jaar versus 21,50 jaar in de placebogroep. Dit verschil van 20,11 maanden (95%-BI 2,35 tot 37,87) was statistisch significant.

BESCHOUWING

We konden in een follow-up van 25 jaar geen verband aantonen tussen eenmalige griepvaccinatie en langetermijnsterfte bij ouderen – hetzij de totale sterfte of de sterfte door specifieke doodsoorzaken. Ook een langetermijneffect van vaccinatie op seizoensgebonden sterfte konden we niet aantonen. De puntschatting van de overleving was consistent in het voordeel van de vaccingroep gedurende de gehele follow-up, maar bleek statistisch niet significant.

Gezien de discussie over de invloed van leeftijd op de effectiviteit van vaccinatie, was een Cox-regressieanalyse per leeftijdsgroep relevant. Ook bij jongere ouderen (60-64 jaar) heeft influenza een substantieel aandeel in de sterfte en het aantal ziekenhuisopnamen.[10] De analyse binnen deze subgroep suggereerde dat (eenmalige) vaccinatie een relevant langetermijneffect kan hebben op de mediane overleving van 20,11 maanden (95%-BI 2,35 tot 37,87). De bovengrens van het betrouwbaarheidsinterval van de HR overschreed echter de 1,0 (gecorrigeerde HR 0,86; 95%-BI 0,72 tot 1,03). Dit resultaat kan derhalve wel als een ondersteunende aanwijzing worden beschouwd, maar niet als sluitend bewijs.

Andere subgroepanalyses op basis van comorbiditeit of eerdere vaccinatie toonden geen duidelijke aanwijzingen voor een effect van vaccinatie op de overall mortaliteit. Patiënten met longziekten zijn kwetsbaarder als zij influenza krijgen, maar ook in deze subgroep konden we geen duidelijk effect aantonen van de eenmalige vaccinatie op de respiratoir gerelateerde seizoensgebonden mortaliteit (gecorrigeerde SHR 0,56; 95%-BI 0,31 tot 1,11).

Het lijkt onwaarschijnlijk dat een eventueel langetermijneffect op sterfte volledig toegeschreven kan worden aan één griepvaccinatie bij jongere ouderen in 1991. De trialvaccinatie was echter voor veel deelnemers vermoedelijk de eerste en voor lange tijd enige griepvaccinatie. Griepvaccinatie van 65-plussers werd pas in 1996 geadviseerd en vaccinatie van 60-plussers pas in 2008. Daarbij komt dat het vaccin uit 1991 overlap toonde met de stammen die in de vijf daaropvolgende jaren circuleerden. Onderzoek suggereert dat influenzavaccinatie het immunologisch geheugen kan triggeren en zo niet alleen bescherming kan bieden tegen verwante griepvirussen, maar ook tegen griepvirussen die in het eropvolgende jaar circuleren.[8,11,12] Gegeven deze inzichten, de langere mediane overleving van 20,11 maanden bij deelnemers van 60-64 jaar en de effectgrootte in deze subgroep (HR 0,86), kan een beschermend langetermijneffect in deze leeftijdsgroep niet uitgesloten worden.

Methodologisch zijn onze resultaten niet goed vergelijkbaar met de literatuur. Eerdere onderzoeken evalueerden vooral de seizoensgebonden effecten op korte termijn (1 jaar), en het onderzoek naar de effecten van vaccinatie op sterfte – al dan niet binnen subgroepen – is in de regel volledig observationeel en dus erg gevoelig voor bias.[5,13,14] De kortetermijneffecten van griepvaccinatie zijn in diverse systematische reviews bestudeerd: bij thuiswonende ouderen reduceerde vaccinatie de kans op ziekenhuisopname door pneumonie of hartaandoening met ongeveer 25% (berustend op observationeel onderzoek), en vaccinatie verlaagde de kans op influenza met circa 60% (berustend op trials).[15]

Sterke punten en beperkingen

Ons onderzoek heeft een aantal beperkingen. Een daarvan betreft de statistische *power*. De trial van 1991 was niet ontworpen om een effect op sterfte tijdens datzelfde seizoen te evalueren. Door het hoge percentage deelnemers (97,9%) en de lange follow-upduur konden we een groot aantal persoonsjaren en events analyseren. Niettemin toonde een post-hoc poweranalyse aan dat alleen hazardratio's ≤ 0,85 als significant zouden kunnen worden aangemerkt. Dat wij geen langetermijneffect van griepvaccinatie op sterfte konden aantonen,

Tabel 3

Effect van vaccinatie op de totale sterfte en op de sterfte door specifieke oorzaken

Sterfte	Vaccin)	Placebo	(S)HR (95%-BI)	
	n (%)	n (%)	ongecorrigeerd	gecorrigeerd
N	927	911		
Alle oorzaken	711 (76,7)	707 (77,6)	0,94 (0,85 tot 1,05)	0,95 (0,85 tot 1,05)
Respiratoir of circulatoir	329 (35,5)	324 (35,6)	0,99 (0,85 tot 1,15)	0,96 (0,82 tot 1,13)
· respiratoir	80 (8,6)	75 (8,2)	1,04 (0,76 tot 1,43)	1,04 (0,76 tot 1,44)
· circulatoir	249 (26,9)	249 (27,3)	0,97 (0,81 tot 1,16)	0,96 (0,80 tot 1,15)
Influenza/pneumonie	35 (3,8)	28 (3,1)	1,22 (0,74 tot 2,01)	1,20 (0,73 tot 1,97)
Longziekten (primaire, secundaire of tertiaire oorzaak)	140 (15,1)	134 (14,7)	1,02 (0,81 tot 1,29)	1,07 (0,84 tot 1,37)

HR = hazardratio; SHR = subhazardratio; BI = betrouwbaarheidsinterval.
Percentages berekend als aantal events gedeeld door aantal patiënten.

zou dus ook kunnen berusten op een type-II-fout als gevolg van een te lage power (waarbij de nulhypothese ten onrechte niet zou zijn verworpen).
In dit onderzoek konden we geen rekening houden met hervaccinaties na 1991, aangezien de bewaartermijn van medische gegevens in veel gevallen al was verstreken. Omdat de verschillen in griepvaccinatiestatus tussen de vaccin- en de placebogroep mettertijd vermoedelijk kleiner zijn geworden, kan dit een eventueel werkelijk bestaand verschil in langetermijnsterfte afgezwakt hebben.
Sterke punten zijn de nagenoeg complete follow-up, op basis van een goed gedocumenteerde RCT, en het feit dat binnen deze trial het vaccin goed gematcht was met de epidemische griepstammen.
Het is de vraag of een nieuw placebogecontroleerd onderzoek door een medisch-ethische toetsingscommissie zou worden goedgekeurd.[4,16] Met de bestaande kennis over het effect van griepvaccinatie zijn er immers ethische vraagtekens te zetten bij het aan ouderen onthouden van deze standaardzorg.
Daarnaast zou een dergelijke trial aanlopen tegen aanzienlijke methodologische en praktische belemmeringen qua power en uitvoerbaarheid gedurende meerdere griepseizoenen. Mogelijk blijven onze bevindingen daarom voorlopig het enige goed gedocumenteerde bewijsmateriaal over de effecten van griepvaccinatie op de langetermijnsterfte bij thuiswonende ouderen.

CONCLUSIE

Ons onderzoek kon geen globaal langetermijneffect aantonen van (eenmalige) griepvaccinatie op de sterfte bij thuiswonende ouderen. Rekening houdend met de beperkte power en met de bevindingen in de subgroep jongere ouderen, rechtvaardigen onze resultaten echter nader onderzoek naar het langetermijneffect van griepvaccinatie op de mortaliteit bij ouderen. Onderzoekers die de effectiviteit van griepvaccinatie – en mogelijk ook de meerwaarde van nieuwe vaccins – willen evalueren, doen er goed aan hun onderzoeksopzet geschikt te maken voor een langdurige follow-up. ■

LITERATUUR

1. Govaert TM, Thijs CT, Masurel N, Sprenger MJ, Dinant GJ, Knottnerus JA. The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial. JAMA 1994;272:1661-5.
2. Beyer WE, McElhaney J, Smith DJ, Monto AS, Nguyen-Van-Tam JS, Osterhaus AD. Cochrane re-arranged: support for policies to vaccinate elderly people against influenza. Vaccine 2013;31:6030-3.
3. Demicheli V, Jefferson T, Di Pietrantonj C, Ferroni E, Thorning S, Thomas RE, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. Cochrane Database Syst Rev 2018;2:CD004876.

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

Verhees RA, Thijs C, Ambergen T, Dinant GJ, Knottnerus JA. Griepvaccinatie en langetermijnsterfte. Follow-up 25 jaar na een RCT bij ouderen. Huisarts Wet 2020;63(2):16-9. DOI:10.1007/s12445-020-0416-0.

Maastricht University, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: R.A.F. Verhees, huisarts-onderzoeker: ruud.verhees@maastrichtuniversity.nl; prof.dr. G.J. Dinant, huisarts en onderzoeker; prof.dr. J.A. Knottnerus, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Vakgroep Epidemiologie: dr. C. Thijs, hoofddocent epidemiologie en volksgezondheid. Vakgroep Methodologie en Statistiek: dr. A.W. Ambergen, statisticus.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Welke informatie moet er in brieven over patiënten met kanker?

Mariken Stegmann, Daan Brandenbarg, Maarten Homburg en Annette Berendsen

Verwijs- en specialistenbrieven bevatten vaak onduidelijke en niet-relevante informatie. Daar wordt de communicatie niet beter op, terwijl goede communicatie een voorwaarde is voor goed afgestemde, gedeelde zorg voor de patiënt. In ons onderzoek bereikten huisartsen, oncologisch specialisten en patiënten overeenstemming over de inhoud van verwijs- en specialistenbrieven voorafgaand aan en tijdens de initiële behandeling van kanker. Voor verwijsbrieven is informatie over de voorgeschiedenis en medicatie essentieel, net als een beknopt overzicht van de symptomen. Informatie over de waarschijnlijkheidsdiagnose, eerdere behandeling en psychosociale aspecten is niet gewenst. Specialistenbrieven moeten naast een korte beschrijving van de uitslagen van onderzoek ook uitgebreidere informatie bevatten over de diagnose, de behandelopties en de gekozen behandeling, inclusief de rationale daarvan, en over de prognose.

INLEIDING

Patiënten met kanker bezoeken vaak in korte tijd veel verschillende zorgverleners.[1-3] Alle betrokkenen geven aan dat adequate correspondentie belangrijk is en zijn het er ook over eens dat deze nog beter kan.[4,5] Goede communicatie tussen zorgverleners over de diagnose en behandeling van kanker is bovendien een voorwaarde voor gezamenlijke betrokkenheid van alle partijen. Dat kan leiden tot meer continuïteit van zorg, een grotere patiënttevredenheid en betere gezondheidsuitkomsten.[2,6,7]
In dit onderzoek zijn we op zoek gegaan naar overeenstemming tussen huisartsen, oncologisch specialisten en patiënten over de inhoud van verwijsbrieven en specialistenbrieven voor en tijdens de initiële behandeling van kanker.

Dit is een bewerkte vertaling van Stegmann ME, Homburg TM, Meijer JM, Nuver J, Havenga K, Hiltermann TJN, et al. Correspondence between primary and secondary care about patients with cancer: a Delphi consensus study. Support Care Cancer 2019 Mar 1.

METHODE

Op basis van eerder kwalitatief dossieronderzoek en een uitgebreid literatuuronderzoek hebben we een lijst met items samengesteld die zorgverleners kunnen gebruiken bij het samenstellen van brieven.[8,9] Vervolgens hebben we een Delphi-procedure met drie panels uitgevoerd: een met huisartsen, een met oncologisch specialisten (onder anderen oncologen, radiotherapeuten, urologen, chirurgen) en een met patiënten (en hun naasten).[10] We streefden naar respectievelijk twintig, twintig en vijftien deelnemers per panel en een variatie in kenmerken als leeftijd, geslacht, academische graad en vestigingsplaats.
De deelnemers scoorden de relevantie van elk item van de oorspronkelijke lijst op een vierpuntsschaal (1 = niet relevant tot 4 = zeer relevant). Op basis van literatuur en consensus binnen de projectgroep stelden we voorafgaand aan het onderzoek afkapwaarden vast.[10] Items met een mediane score < 2,5 beschouwden we als niet relevant. Items met een mediane score ≥ 2,5 hebben we opnieuw voorgelegd aan de deelnemers. Items met een score tussen 2,5 en 3,5 beschouwden we als minder relevant en items met een score ≥ 3,5 als zeer relevant.
In de tweede ronde gaven deelnemers aan of ze het eens waren (ja/nee) met inclusie van de zeer relevante items op de uiteindelijke consensuslijst. We haalden een item van deze consensuslijst als ≥ 70% van de deelnemers het oneens was met het opnemen van het betreffende item. Voor items die in de eerste ronde als minder relevant gescoord waren moesten deelnemers aangeven of ze het eens waren met het schrappen van dit item van de uiteindelijke consensuslijst. Als ≥ 70% van de deelnemers het niet eens was met dit voorstel, hebben we het item alsnog op de consensuslijst gezet. Deelnemers beoordeelden niet-relevante items geen tweede keer. Als ≥ 70% van de items in ronde 2 een overeenstemming bereikte van ≥ 0,70 was een extra (derde) ronde niet nodig.

RESULTATEN

Er deden 39 huisartsen (42%), 42 medisch specialisten (41%) en 18 patiënten (69%) mee. Zie de oorspronkelijke publicatie voor de kenmerken van de deelnemers.

Verwijsbrieven

Voor verwijsbrieven bevatte de originele itemlijst 72 items. In ronde 1 werden 12 items (17%) als zeer relevant gescoord, 45 items (63%) als minder relevant en 15 items (21%) als niet relevant. De conceptconsensuslijst bevatte dus 57 items. Na ronde 2 bleven alle 12 zeer relevante items uit ronde 1 behouden en vielen alle 45 minder relevante items af. De uiteindelijke consensuslijst voor verwijsbrieven bevatte daarmee 12 items [**tabel**].

De overgebleven items betroffen medische feiten (bijvoorbeeld voorgeschiedenis, reanimatiebeleid en medicatiegegevens), de reden voor de verwijzing, de symptomen van de patiënt en het beloop daarvan, en afwijkende bevindingen van lichamelijk en aanvullend onderzoek. De behoefte aan een tolk in het geval van een taalbarrière was het enige overgebleven item over psychosociale informatie. Informatie over de waarschijnlijkheidsdiagnose, een eerdere behandeling en overige psychosociale informatie bleek niet gewenst.

Specialistenbrieven

De deelnemers scoorden 32 van de 108 items op de originele lijst van de specialistenbrieven als zeer relevant (30%), 51 (47%) als minder relevant en 25 (23%) als niet relevant. Na de tweede ronde bleven alle 32 zeer relevante items op de lijst en werden 3 minder relevante items ook op de consensuslijst opgenomen. De uiteindelijke lijst bevatte daarmee 35 items [**tabel**].

Deze items betreffen allereerst het doel van de brief en dezelfde medische feiten als die in de verwijsbrief. Met betrekking tot het diagnostische proces bleef de gewenste informatie beperkt tot de symptomen, het lichamelijk onderzoek (afwijkende bevindingen die relevant zijn voor het huidige probleem) en aanvullend onderzoek (idem). De deelnemers wilden graag een gedetailleerde beschrijving van de diagnose. Wat betreft de behandeling bleken de volgende acht items gewenst: de behandeloptie(s), de gekozen behandeling, de verklaring voor deze keuze, de doelen (curatief of palliatief), een samenvatting/conclusie van het multidisciplinair overleg, de prognose, kortetermijnbijwerkingen, het verwachte effect van de behandeling en het effect tot op dat moment. Ook bleek er behoefte te zijn aan een samenvatting/conclusie en gegevens over wat er aan de patiënt verteld was en met wie de patiënt contact kon opnemen. Bij ziekenhuisopname waren nog zes extra items gewenst, zoals de ontslagbestemming.

VERSCHILLEN TUSSEN DE PANELS

Met betrekking tot items waarover de panels van mening verschilden, was het patiëntenpanel over het algemeen meer geneigd een item te includeren, terwijl huisartsen en specialisten dit niet wilden. Voor de verwijsbrief ging het over de volgende items: 'informatie over de gewenste mate van betrokkenheid van de patiënt in het zorgproces' en 'psychologisch welzijn'. En voor de specialistenbrief betrof het de items: 'prognose zonder behandeling', 'verwacht beloop van de ziekte', 'bekende late effecten van de behandeling' en 'afgesproken psychosociale zorg'. Huisartsen en specialisten waren het niet eens over het item 'gedachten van de huisarts over zijn/haar eigen rol in de toekomstige zorg voor deze aandoening'. Huisartsen wilden dit item opnemen in de verwijsbrief, terwijl specialisten aangaven hier geen behoefte aan te hebben.

In ronde 2 was er over 71% van de items overeenstemming, zodat een derde ronde niet nodig was.

WAT IS BEKEND?

- De communicatie over patiënten met kanker tussen de eerste en tweede lijn is niet optimaal.
- Informatie over behandeldoelen en -opties ontbreekt vaak.

WAT IS NIEUW?

- Alle brieven moeten informatie over medische feiten bevatten (voorgeschiedenis, reanimatiebeleid en medicatiegegevens).
- Verwijsbrieven moeten zich beperken tot reden van verwijzing, symptomen en afwijkende bevindingen bij onderzoek.
- Specialistenbrieven moeten uitgebreide informatie bevatten over de diagnose en de behandeling (inclusief doelen en rationale), en over wat er aan de patiënt is verteld.

BESCHOUWING

De uiteindelijke consensuslijst voor verwijsbrieven bevatte 12 items en die voor specialistenbrieven 35 items. Voor verwijsbrieven bleken medische feiten en een kort overzicht van de symptomen en de resultaten van onderzoek gewenst. Voor de specialistenbrieven was uitgebreide informatie gewenst over de diagnose en de behandeling, inclusief de rationale daarvan, en de prognose.

Wat betreft de verwijsbrieven is het opvallend dat de deelnemers informatie over de sociale context, diagnose en behandeling als overbodig beschouwden. Mogelijk hebben specialisten het gevoel dat zij deze informatie zelf kunnen verzamelen of hebben ze pas behoefte aan gegevens over de sociale context als blijkt dat de patiënt daadwerkelijk kanker heeft. Het is echter niet gebruikelijk dat de huisarts op een later moment nog aanvullende informatie aanlevert. Hier zou verder onderzoek naar gedaan kunnen worden.

Wat betreft de inhoud van de specialistenbrieven viel het op dat er een duidelijke behoefte is aan gedetailleerde informatie over de diagnose en (de rationale van) de behandeling. Eerder onderzoek liet zien dat gedetailleerde informatie over de diagnose vaak wel in de correspondentie te vinden is, maar dat informatie over behandelopties en argumenten daarvoor meestal ontbreken.[8] Dat nu blijkt dat deze informatie wel gewenst is, sluit aan bij het NHG-standpunt dat huisartsen ook tijdens de kankergerichte behandeling een rol spelen, bijvoor-

Tabel

Definitieve lijst van items die in verwijsbrieven en specialistenbrieven moeten staan

Categorie	Verwijsbrief	Specialistenbrief
Doel	Reden van verwijzing Mate van urgentie	Doel van de brief
Medische feiten	Voorgeschiedenis Reanimatiebeleid Allergie voor medicatie Medicatie (namen) Medicatie (dosis en frequentie)	Voorgeschiedenis Reanimatiebeleid Allergie voor medicatie Medicatie (namen) Medicatie (dosis en frequentie) Deelname aan wetenschappelijk onderzoek*
Anamnese	Symptomen Beloop van de klachten	Symptomen
Psychosociale informatie	Behoefte aan een tolk	
Diagnostisch proces	Lichamelijk onderzoek: afwijkende bevindingen die relevant zijn voor het huidige probleem Aanvullend onderzoek: afwijkende bevindingen die relevant zijn voor het huidige probleem	Lichamelijk onderzoek: afwijkende bevindingen die relevant zijn voor het huidige probleem Aanvullend onderzoek: afwijkende bevindingen die relevant zijn voor het huidige probleem
Diagnose		(Waarschijnlijkheids)diagnose Tumor gelokaliseerd of gemetastaseerd Beschrijving van de grootte en lokale uitbreiding van de tumor† Beschrijving van de verspreiding naar regionale lymfeklieren Beschrijving van de afstandsmetastasen
Behandeling		Behandelopties Gekozen behandeling (bijvoorbeeld watchful waiting of operatie) Argumenten voor de keuze van de behandeling Doel van de behandeling: curatief of palliatief Samenvatting/conclusie multidisciplinair overleg Prognose met behandeling Kortetermijneffect van de behandeling* Effectieve behandeling tot nu toe Respons op behandeling tot nu toe
Afronding		Samenvatting/conclusie Wat er aan de patiënt is verteld Voor welke problemen moet de patiënt contact opnemen met het ziekenhuis? Met wie moet de patiënt contact opnemen? Specifiek verzoek aan de huisarts
Opname		Ontslagbestemming Complicaties Verandering in medicatie Volledige medicatielijst Actieve medische problemen bij ontslag Intenties met betrekking tot materiaal (bijvoorbeeld drains, hechtingen)

* Minder relevant in ronde 1

† Minder relevant in ronde 1 en totale score < 70% in ronde 2 (62,7%), maar geïncludeerd omdat 71,4% van de huisartsen in ronde 2 dit wilde

beeld voor verduidelijking van informatie of het ondersteunen van de patiënt en diens naasten.[11]

Ook zou de huisarts betrokken kunnen worden bij de besluitvorming rond de behandeling. De huisarts kan deze rollen slechts vervullen als hij of zij goed geïnformeerd is. Het is in dit verband opvallend dat juist patiënten ook informatie-uitwisseling over de prognose zonder behandeling willen. Datzelfde lijkt te gelden voor psychosociale informatie: volgens patiënten moet daar informatie over worden uitgewisseld, volgens artsen niet.

Sterke punten van het onderzoek zijn de zorg waarmee de originele itemlijst en de panels zijn samengesteld, wat voor een grote validiteit van de resultaten heeft gezorgd. Bovendien vonden we een hoge mate van overeenstemming, wat het waarschijnlijk maakt dat de resultaten kunnen worden gegeneraliseerd naar initiële kankerzorg in Nederland en andere landen met een vergelijkbaar zorgsysteem. Aan de andere kant is het mogelijk dat ons cohort niet representatief was voor alle zorgverleners, ook gezien de responspercentages van respectievelijk 42% voor huisartsen en 41% voor medisch specialisten.

Dit onderzoek is voor zover wij weten het eerste dat een

Verwijsbrieven moeten zich beperken tot reden van verwijzing, symptomen en afwijkende bevindingen. Foto: Shutterstock

iteratieve benadering heeft gebruikt om te bepalen welke informatie over patiënten met kanker als relevant en welke als overbodig wordt beschouwd in de communicatie tussen de eerste en tweede lijn. Uit ons eerdere kwalitatieve onderzoek bleek dat in de huidige brieven zowel items ontbreken als overbodig zijn.[8,9] Ons advies was dan ook om de brieven te schrijven met de wensen van de ontvanger in gedachten. Die kunnen we met de resultaten van dit onderzoek concretiseren. Uit verder onderzoek zou kunnen blijken of de informatie uit dit onderzoek kan worden ingebed in digitale systemen die de communicatie tussen huisartsen en specialisten ondersteunen, en of dit een effect op de zorg heeft. Tot het zover is, is het in ieder geval goed dat zorgverleners op de hoogte zijn van elkaars wensen en proberen juist die informatie aan te leveren die relevant is voor de ander.

CONCLUSIE

In dit onderzoek gaven huisartsen, specialisten en patiënten aan wat essentiële en wat overbodige informatie is in verwijsbrieven en specialistenbrieven over patiënten met kanker. De resultaten kunnen gebruikt worden om de communicatie tussen de eerste en de tweede lijn, en daarmee de zorg voor patiënten, te verbeteren. ■

LITERATUUR

1. Sussman J, Baldwin LM. The interface of primary and oncology specialty care: from diagnosis through primary treatment. J Natl Cancer Inst Monogr 2010;40:18-24.
2. Lafferty J, Rankin F, Duffy C, Kearney P, Doherty E, McMenamin M, et al. Continuity of care for women with breast cancer: a survey of the views and experiences of patients, carers and health care professionals. Eur J Oncol Nurs 2011;15:419-27.
3. Nazareth I, Jones L, Irving A, Aslett H, Ramsay A, Richardson A, et al. Perceived concepts of continuity of care in people with colorectal and breast cancer – a qualitative case study analysis. Eur J Cancer Care (Engl) 2008;17:569-77.

De volledige literatuurlijst en het dankwoord staan bij dit artikel op www.henw.org.

Stegmann ME, Brandenbarg D, Homburg TM, Berendsen AJ. Welke informatie moet er in brieven over patiënten met kanker? Huisarts Wet 2020;63(2):20-5. DOI:10.1007/s12445-019-0404-4.

UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Groningen: M.E. Stegmann, aioto; D. Brandenbarg, epidemioloog en onderzoeker; T.M. Homburg, aios; A.J. Berendsen, huisarts en onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: voor dit onderzoek ontvingen de auteurs een subsidie van de Stichting Stoffels Hornstra, Coevorden.

Substitutie van laagrisicohuidkankerzorg naar de huisarts

Eline Noels, Marlies Wakkee, Renate van den Bos, Patrick Bindels, Tamar Nijsten en Marjolein Lugtenberg

Door stijgende zorgkosten staat substitutie van zorg hoog op de politieke agenda. In dit onderzoek verkenden wij middels interviews welke opvattingen zorgverleners hebben over de verplaatsing van laagrisicohuidkankerzorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Hoewel de betrokken zorgverleners over het algemeen gematigd positief waren over substitutie van huidkankerzorg, blijken substantiële barrières een succesvolle implementatie op dit moment in de weg te staan. Maatregelen die substitutie kunnen bevorderen zijn dermato-oncologiescholing voor huisartsen en het verbeteren van de samenwerking tussen de lijnen. Huisartsen verwachten daarnaast inspanningen van dermatologen om hun vertrouwen en dat van patiënten in huisartsen te verhogen, en compensatie in tijd en geld.

Substitutie van zorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn staat hoog op de politieke agenda. Laagrisicohuidkanker (ofwel laagrisicobasaalcelcarcinomen) lijkt daarvoor een geschikt domein.[1] Wanneer deze zorg naar de eerste lijn zou worden verplaatst en onnodige verwijzingen naar het ziekenhuis zouden worden voorkomen, kunnen er kosten worden bespaard. Daarbij blijft de toegankelijkheid van de zorg behouden en is de continuïteit van de huisartsenzorg groter.

Om een complexe verandering als substitutie van zorg in de praktijk te realiseren is het van belang om vooraf na te gaan of er hiervoor voldoende draagvlak onder de betrokkenen is.[2,3] Wij wilden inzicht krijgen in de opvattingen van huisartsen en dermatologen over verplaatsing van deze zorg en potentiële barrières die substitutie belemmeren en strategieën die deze bevorderen.

METHODEN

Opzet van het onderzoek

We voerden 40 interviews uit met zorgverleners (18 dermatologen en 22 huisartsen) en 3 focusgroepgesprekken met in totaal 18 huisartsen die een aangetoonde interesse hadden in de substitutie van huidkankerzorg. We kozen voor interviews omdat deze bij uitstek geschikt zijn om inzicht te krijgen in individuele opvattingen.[4] De interviews vulden we aan met focusgroepgesprekken omdat deze praktische interventies voor substitutie kunnen opleveren.

Selectie van deelnemers

We hebben huisartsen en dermatologen geworven uit ons eigen netwerk. Hierbij hebben we bewust naar een maximale variatie gestreefd wat betreft het geslacht, het aantal jaren praktijkervaring, het type van de praktijk/het ziekenhuis en de stedelijkheid van de praktijk/het ziekenhuis en de verspreiding van de deelnemers over Nederland (zogenaamd *purposive sampling*).

De huisartsen voor de focusgroepen hebben we geworven onder de deelnemers aan de SKINCATCH-Trial, een multicentrum randomised controlled trial, die het proces van substitutie van zorg in de praktijk evalueert.[5] Aan deze RCT doen 128 huisartsen mee, verspreid over Nederland, waarbij de interventiegroep intensieve scholing heeft gekregen over de diagnostiek en behandeling van huidtumoren (benigne, premaligne, maligne). Het doel is te meten welk effect aanvullende dermato-oncologische scholing heeft op de diagnostiek en behandeling (het percentage radicale excisies) van huidtumoren, en om te bepalen of substitutie van huidkankerzorg naar de eerste lijn op een veilige manier kan gebeuren.

Interviews en focusgroepen

De interviews vonden plaats vlak voordat de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen uitkwam (in juni 2017). De focusgroepgesprekken hebben we tussen december 2017 en maart 2018 gehouden. Een ervaren kwalitatief onderzoeker heeft alle interviews en focusgroepgesprekken uitgevoerd samen met een tweede onafhankelijke onderzoeker. Voor de interviews is een *topic guide* gebruikt die gericht is op algemene opvattingen over substitutie van huidkankerzorg, ervaren barrières en bevorderende strategieën. Bij de focusgroepgesprekken lag de nadruk op praktische interventies die substitutie van huidkankerzorg kunnen faciliteren.

Dit is een bewerkte vertaling van Noels EC, Wakkee M, Van den Bos RR, Bindels PJE, Nijsten T, Lugtenberg M. Substitution of low-risk skin cancer hospital care towards primary care: a qualitative study on views of general practitioners and dermatologists. PLoS One 2019;14(3):e0213595.

Gegevensanalyse en -synthese
We hebben de interviews en focusgroepen met een audiorecorder opgenomen en vervolgens getranscribeerd. Voor de gegevensanalyse hanteerden we een inductieve benadering, voortbordurend op elementen van een gefundeerde theoriebenadering (de zogenaamde *grounded theory*). Twee onderzoekers namen de transcripties onafhankelijk van elkaar door en kenden in verschillende fasen codes toe aan de tekst. De onderzoekers vergeleken tussentijds hun codes en bespraken de discrepanties, totdat ze consensus bereikten. Thematische saturatie werd bereikt na achttien interviews met dermatologen, 22 interviews met huisartsen en drie focusgroepgesprekken met huisartsen. Vervolgens heeft de onderzoeksgroep (groepen van) codes met elkaar vergeleken, geclusterd en geïnterpreteerd, en ontstonden thema's waartussen verbanden werden gelegd.

WAT IS BEKEND?
- Laagrisicohuidkankerzorg zou een geschikt domein zijn voor substitutie van zorg.
- Inzicht in draagvlak en potentiële barrières bij implementatie is essentieel om subtitutie te bevorderen.

WAT IS NIEUW?
- Hoewel zorgverleners gematigd positief zijn over de substitutie van huidkankerzorg, ervaren zij substantiële barrières die een succesvolle implementatie in de weg lijken te staan.
- Het uitbreiden van dermato-oncologiescholing, verbeteren van samenwerking tussen de lijnen, compenseren van bestede tijd en kosten, maar ook geclusterde spreekuren, horizontaal verwijzen, anderhalvelijnszorg en praktijkverkleining kunnen volgens de deelnemers substitutie faciliteren.

RESULTATEN

Algemene opvattingen van zorgverleners over substitutie
De deelnemende huisartsen waren over het algemeen redelijk positief over substitutie van laagrisicohuidkankerzorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Ze vonden dat deze zorg geschikt is voor verplaatsing en dat deze ook gewenst is vanwege de stijgende kosten en wachtlijsten in de tweede en derde lijn [**tabel 1**]. Wel stelden ze dat er eerst aan bepaalde voorwaarden moet worden voldaan, zoals verbeterde scholing. Enkele huisartsen waren negatief over deze zorgsubstitutie, omdat ze van mening waren dat er al genoeg op het bordje van de huisarts ligt en dat de patiënt beter af is bij de dermatoloog.
De dermatologen waren meer verdeeld in hun opvattingen: hoewel sommige van hen de noodzaak van substitutie inzagen, vooral vanwege stijgende zorgkosten en een toenemend patiëntenvolume, vroeg een deel zich af of verplaatsing van deze zorg niet tot verlies van kwaliteit leidt [**online tabel 1**]. Ook opperden enkele dermatologen dat substitutie zich zou moeten beperken tot bepaalde delen van de zorg, zoals nazorg of preventie.

Factoren die substitutie belemmeren
Zowel voor huisartsen als dermatologen vormt een gebrek aan vertrouwen in de kennis en kunde van huisartsen met betrekking tot huidkankerzorg een barrière voor substitutie [**online tabel 2**]. Huisartsen noemen gebrekkige communicatie en samenwerking tussen huisartsen en dermatologen, gebrek aan vertrouwen van zowel patiënt als dermatoloog, en gebrek aan tijd en financiële compensatie als overige barrières die substitutie van laagrisicohuidkankerzorg in de weg kunnen staan.
Volgens dermatologen speelt behalve een gebrek aan scholing ook het lage patiëntenvolume van laagrisicohuidkanker in de eerste lijn een rol bij hun gebrek aan vertrouwen in huisartsen [**tabel 2**]. Ze denken ook dat waargenomen patiëntvoorkeuren voor behandeling door een dermatoloog een barrière voor substitutie vormen.

Strategieën die substitutie bevorderen
Als voornaamste strategie om substitutie van laagrisicohuidkankerzorg te bevorderen noemden huisartsen en dermatologen het uitbreiden van de dermato-oncologiescholing voor huisartsen [**tabel 3**]. Sommige huisartsen pleitten daarbij voor het opleiden van kaderhuisartsen. Daarnaast hadden beide groepen behoefte aan een NHG-Standaard over huidkankerzorg en een adequate implementatie hiervan, naast het verbeteren van samenwerking tussen de lijnen.
Huisartsen verwachtten bovendien inspanningen van dermatologen om hun vertrouwen en dat van patiënten in huisartsen te verhogen [**online tabel 3**]. Zo zouden ze meer begrip moeten krijgen voor het feit dat het vak van de huisarts heel breed is en zouden ze laagrisicohuidkankerpatiënten ook daadwerkelijk moeten terugverwijzen naar de eerste lijn. Ook compensatie in tijd en geld vonden huisartsen een zinvolle strategie.
Dermatologen noemden als strategie nog het verhogen van het vertrouwen van patiënten in hun huisarts door positieve publiciteit via dermatologen en de media.

Praktische interventies
De huisartsen die een aangetoonde interesse hadden in substitutie van huidkankerzorg stelden een aantal praktische interventies voor, die zich richtten op het herstructureren van de zorg binnen en tussen de lijnen. Ze noemden onder andere geclusterde spreekuren voor huidkankerzorg, horizontale verwijzingen binnen en tussen praktijken, anderhalvelijnszorg en praktijkverkleining [**online tabel 4**]. Deze praktische interventies zouden volgens hen leiden tot het vrijmaken van tijd en/of het bundelen van expertise bij een bepaalde groep huisartsen, om zo deze zorg adequaat in de eerste lijn te bevorderen.

Substantiële barrières staan een succesvolle implementatie van de laagrisicohuidkankerzorg in de weg. Foto: Shutterstock

BESCHOUWING

We gingen na welke opvattingen huisartsen en dermatologen hebben over substitutie van laagrisicohuidkankerzorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn. Daarnaast onderzochten we potentiële barrières die de substitutie van zorg belemmeren en strategieën die deze bevorderen. Verder gingen we na wat volgens huisartsen met een aangetoonde interesse in substitutie van huidkankerzorg praktische interventies zijn om deze substitutie te bevorderen.

Het gebrek aan vertrouwen in het vermogen van huisartsen om huidkankerzorg adequaat uit voeren vormt voor zowel dermatologen als huisartsen zelf een belangrijke barrière voor substitutie van deze zorg. Deze bevinding is zonder meer gerelateerd aan de beperkte dermato-oncologiescholing die huisartsen over het algemeen krijgen, wat meerdere onderzoeken in binnen- en buitenland bevestigen.[6-8] Het uitbreiden en verbeteren van de dermato-oncologiescholing voor huisartsen, vooral met betrekking tot de diagnostiek en behandeling van niet-melanoomhuidkanker, is volgens alle betrokken zorgverleners dan ook een essentiële voorwaarde om substitutie van deze zorg te laten slagen. Hierdoor zal waarschijnlijk ook het vertrouwen van patiënten in huisartsen toenemen. Als aanvulling op scholing is de implementatie van de NHG-Standaard zinvol. Deze standaard is inmiddels beschikbaar (sinds juni 2017), maar succesvolle implementatie blijkt in de praktijk de nodige tijd en inspanningen te vergen.[9,10]

De deelnemende huisartsen (en dermatologen) zijn echter verdeeld over het antwoord op de vraag voor wie deze uitbreiding en verbetering van scholing moet dienen, zoals ook naar voren komt in een recente discussie over de kaderopleiding dermato-oncologie in *Huisarts en Wetenschap*.[11-13] Zolang de huisarts in het zorglandschap als poortwachter fungeert, is het zaak alle huisartsen te voorzien van betere en meer scholing in dermato-oncologie. Uit een recent onderzoek van onze onderzoeksgroep blijkt dat een tweedaagse scholing bij gemotiveerde huisartsen leidt tot een toename van het juist diagnosticeren van huidtumoren van 39 naar 56%.[5] Hetzelfde onderzoek liet een significante verbetering zien in het diagnostische traject (waaronder het gebruik van biopten) en de accuraatheid van verwijzingen. Toch betwijfelen sommige (huis)artsen of substitutie van zorg haalbaar is met het aanbieden van dermato-oncologiescholing aan alle huisartsen. Zo zou volgens dermatologen het patiëntenvolume op het gebied van laagrisicohuidkanker in de eerste lijn te laag zijn om voldoende expertise op dit gebied op te bouwen. Huisartsen zijn van mening dat de huisartsenzorg zo'n breed vak is dat elke huisarts zijn eigen interesse- en aandachtsgebied zal kiezen. Een aantal praktische interventies die huisartsen noemen richt zich dan ook op het centraliseren van substitutie bij een kleinere groep huisartsen en niet bij alle huisartsen. Voorbeelden hiervan zijn kaderhuisartsen, geclusterde spreekuren voor huidkankerzorg, horizontale verwijzingen en anderhalvelijnszorg. Deze interventies zorgen voor het vrijmaken van tijd en/of het bundelen van expertise bij een bepaalde groep huisartsen, en kunnen de samenwerking tussen huisartsen en dermatologen verbeteren, en het vertrouwen van zowel

patiënten, huisartsen als dermatologen vergroten.[14,15]
Uit ons onderzoek blijkt ook dat het vergroten van vertrouwen van patiënten en dermatologen in de rol van huisartsen in de huidkankerzorg als een essentieel element wordt gezien bij het implementeren van effectieve substitutie van zorg. Een beperkt vertrouwen van patiënten kan er namelijk toe leiden dat ze liever naar de dermatoloog verwezen willen worden, wat ook eerdere onderzoeken al lieten zien.[16,17] Ook een gebrek aan vertrouwen van dermatologen kan deze substitutie van zorg in de weg zitten. Naast het centraliseren van substitutie noemen betrokkenen dan ook strategieën die specifiek gericht zijn op het vergroten van het vertrouwen van patiënten en dermatologen in huisartsen, zoals het hanteren van een positieve benadering door dermatologen en media, en het adequaat terugverwijzen van patiënten naar de huisarts.
Huisartsen vonden meer tijd en financiële compensatie essentieel voor een succesvolle substitutie. Om de tijdsbarrière te slechten stelden ze voor om praktijken te verkleinen. Dat vergroot de aandacht en tijd voor de patiënt, wat uiteindelijk zou leiden tot betere uitkomsten (minder verwijzingen) en een verhoging van de kwaliteit van zorg. Er is nog weinig bewijs voor de effectiviteit daarvan. Verder is de huidige financieringsstructuur van de huisartsenzorg niet ingericht op praktijkverkleining, noch op veel van de andere aangedragen praktische interventies. Deze vragen om een herstructurering van de financiële stromen om de substitutie van zorg te faciliteren, met een focus op kwaliteit in plaats van kwantiteit.[18]

CONCLUSIE

We kunnen weliswaar zeggen dat zorgverleners over het algemeen gematigd positief zijn over substitutie van huidkankerzorg, maar ook dat er momenteel substantiële barrières bestaan die geslecht moeten worden voordat we deze substitutie succesvol kunnen implementeren. Essentiële voorwaarden lijken strategieën als het uitbreiden van de dermato-oncologiescholing van huisartsen, het implementeren van de NHG-Standaard en het beschikbaar stellen van meer tijd en financiële compensatie. Daarnaast kunnen volgens huisartsen verschillende praktische interventies de substitutie van deze zorg faciliteren, bijvoorbeeld horizontaal verwijzen, geclusterde spreekuren, anderhalvelijnszorg en praktijkverkleining. ■

LITERATUUR

1. Van Hoof SJ, Kroese ME, Spreeuwenberg MD, Elissen AM, Meerlo RJ, Hanraets MM, et al. Substitution of hospital care with primary care: defining the conditions of primary care plus. Int J Integr Care 2016;16:12.
2. Lugtenberg M, Burgers JS, Han D, Westert GP. General practitioners' preferences for interventions to improve guideline adherence. J Eval Clin Pract 2014;20:820-6.
3. Green AE, Aarons GA. A comparison of policy and direct practice stakeholder perceptions of factors affecting evidence-based practice implementation using concept mapping. Implement Sci 2011;6:104.

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

Noels EC, Wakkee M, Van den Bos RR, Bindels PJE, Nijsten T, Lugtenberg M. Substitutie van laagrisicohuidkankerzorg naar de huisarts. Huisarts Wet 2020;63(2):26-9. DOI:10.1007/s12445-019-0402-6.

Erasmus MC, Erasmus MC Kankerinstituut, afdeling Dermatologie, Rotterdam: E.C. Noels, arts-onderzoeker, e.noels@erasmusmc.nl; M. Wakkee, dermatoloog; R.R. van den Bos, dermatoloog; prof. dr. T. Nijsten, hoogleraar Dermatologie; M. Lugtenberg, senior onderzoeker. Afdeling Huisartsgeneeskunde: prof. dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg: E.C. Noels, arts-onderzoeker; M. Lugtenberg, senior onderzoeker.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Privacywetgeving en wetenschappelijk onderzoek

Corrette Ploem, Ralf Harskamp, Nynke van Dijk, Rudy Scholte, Theo Hooghiemstra, Dick Willems, et al.

Wanneer onderzoekers patiëntgegevens uit de huisartsenpraktijk willen gebruiken zijn er juridisch gezien twee mogelijkheden. Vanuit het oogpunt van privacy is de meest wenselijke dat een patiënt daarvoor uitdrukkelijk toestemming geeft. Dit hoeft geen probleem te zijn wanneer de behandelaar geregeld contact heeft met de patiënt en deze gemakkelijk om toestemming kan vragen. Die situatie zal echter eerder uitzondering dan regel zijn. In dat geval is het mogelijk om van het toestemmingsvereiste af te wijken. Dit is alleen gerechtvaardigd wanneer het vragen van toestemming redelijkerwijs niet mogelijk is of niet kan worden verlangd. Maar dan gelden wel enkele randvoorwaarden.

CASUS

De afgelopen jaren is het zorggebruik op huisartsenposten fors toegenomen. Vooral triagebeslissingen rondom pijn op de borst(kas) blijken een heikel punt. Daarom besluit een groep onderzoekers dit probleem beter in kaart te brengen. Ze willen daarvoor bestaande medische gegevens gebruiken over het contact met de huisartsenpost én over het beloop van de klacht daarna, bijvoorbeeld ziekenhuisopname. Deze laatste gegevens bevinden zich in het elektronisch patiëntendossier van de eigen huisarts. Mag u deze gegevens verstrekken of zijn de spelregels helemaal veranderd met de komst van de Algemene verordening gegevensbescherming?

Huisartsen krijgen met enige regelmaat van onderzoekers de vraag of ze de gegevens van hun patiënten ter beschikking willen stellen voor wetenschappelijk onderzoek. Het gaat daarbij veelal om onderzoek waaraan patiënten zelf geen actieve bijdrage hoeven te leveren, maar waarbij de onderzoekers gebruikmaken van persoonsgegevens die reeds zijn verzameld en in elektronische dossiers zijn opgeslagen. Voor huisartsen en onderzoekers is niet altijd duidelijk welke regels daarvoor precies gelden. Is het verzamelen en gebruiken van patiëntgegevens alleen mogelijk als de betreffende patiënten daarvoor expliciete toestemming hebben gegeven ('opt-in') of is dat ook mogelijk wanneer patiënten – voordat het onderzoek aanvangt – zijn gewezen op de mogelijkheid om daartegen bezwaar te maken ('opt-out')? Die onduidelijkheid lijkt door de in 2018 in werking getreden nieuwe Europese gegevensbeschermingswet in de vorm van de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) nog groter geworden.[1]

In deze bijdrage zetten wij de belangrijkste spelregels voor het ter beschikking stellen van patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek op een rijtje. Daarnaast laten we aan de hand van een voorbeeld van retrospectief onderzoek naar de verbetering van triage bij de klacht 'pijn op de borst' zien hoe deze regels in de praktijk uitpakken.

JURIDISCH KADER

Om te beginnen is het van belang erop te wijzen dat het juridische kader voor de terbeschikkingstelling van patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek alleen van toepassing is als de betreffende gegevens 'herleidbaar' zijn in de zin van de hierna te bespreken wetgeving (die wetgeving is niet meer van toepassing als de gegevens onomkeerbaar zijn geanonimiseerd).[2] Een tweede belangrijke kanttekening is dat het toepasselijke juridische kader niet alleen uit de AVG bestaat (zoals sommigen sinds de inwerkingtreding van de nieuwe Europese wet op het terrein van de gegevensbescherming denken), maar ook (nog steeds) uit nationale 'sectorspecifieke' wetgeving.[3] In de medische sector betreft het de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), die deel uitmaakt van het Burgerlijk Wetboek (BW). Op het terrein van medisch-wetenschappelijk onderzoek met patiëntgegevens is ten slotte sprake van zelfregulering, in de vorm van de code Goed Gedrag van Federa/COREON). Deze gedragscode vertaalt de uitgangspunten en voorwaarden die uit de AVG en de WGBO voortvloeien in concrete, op de praktijk toegesneden spelregels (de code wordt momenteel herzien).[4]

De AVG

Een veelgehoorde zorg binnen de onderzoekswereld is dat de AVG de Nederlandse spelregels voor het gebruik van patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek aanzienlijk zou hebben aangescherpt. Dit is een misverstand. De AVG bevat – in grote lijnen – dezelfde principes en regels voor gegevensverwerking als de eerdere Europese richtlijn (over gegevensbescherming) uit 1995 en de daarop gebaseerde Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Die wet is ingetrokken op het moment dat de AVG in werking trad. Verder laat de AVG nog steeds ruimte voor aanvullende sectorspecifieke wetgeving in de lidstaten, zoals de hierna te bespreken WGBO. Waarom wordt dan toch vaak gedacht dat de spelregels voor het gebruik

van zorggegevens voor onderzoek door de AVG strenger zijn geworden? Dit heeft vermoedelijk te maken met het feit dat het systeem van toezicht en handhaving aanzienlijk is verzwaard. Daardoor kunnen nationale toezichthouders bij niet-naleving of schending van de AVG, de Uitvoeringswet AVG en de sectorspecifieke wetgeving forse boetes opleggen aan 'verwerkingsverantwoordelijken', zoals ziekenhuizen en huisartsenpraktijken. Ook moeten deze verwerkingsverantwoordelijken op uitvoeriger wijze dan voorheen transparant zijn over hun gegevensverwerking via een documentatieplicht (een 'verwerkingenregister'). Wanneer grote risico's voor de bescherming van gegevens te verwachten zijn, hebben ze bovendien de plicht tot uitvoering van een 'gegevensbeschermingseffectbeoordeling' (een zogenaamde *data protection impact assessment* (DPIA)).[5] Die laatste plicht is overigens zonder meer aan de orde bij de verwerking van gevoelige gegevens, zoals gezondheidsgegevens.

De WGBO

De WGBO bevat voor het gebruik van patiëntgegevens de belangrijkste regels. Die gegevens vallen onder het medisch beroepsgeheim en de WGBO bevat daarover – in aanvulling op de AVG – specifieke regels (te vinden in artikel 7:457 BW). Uit deze bepaling volgt dat expliciete toestemming van patiënten nodig is om hun gegevens ter beschikking te mogen stellen voor wetenschappelijk onderzoek. Op grond van artikel 7, lid 1 AVG moet de behandelaar schriftelijk of elektronisch kunnen aantonen dat die toestemming is gegeven (de toestemming zelf mag ook mondeling worden gegeven). De WGBO bepaalt echter ook via artikel 7:458 BW (dat niet ten gevolge van de AVG is komen te vervallen) dat behandelaars kunnen afwijken van het 'toestemmingsvereiste'.[6-10] Dit kan in de volgende twee situaties (zie [**online bijlage 1**] voor de wettekst):

a. Het vragen van toestemming is 'in redelijkheid niet mogelijk', denk hierbij aan gevallen waarbij patiënten zijn overleden of onvindbaar zijn.[7]
b. Het vragen van toestemming kan 'gelet op de aard en het doel van het onderzoek in redelijkheid niet worden verlangd': het onderzoek betreft zulke grote aantallen patiënten dat redelijkerwijs niet van de behandelaars kan worden gevraagd dat inspanningen worden gedaan om alle betrokkenen te bereiken; of het vragen van toestemming zou, in uitzonderlijke omstandigheden, leiden tot een selectieve respons met vertekende onderzoeksresultaten als reëel gevolg.

De ruimte om af te wijken van het toestemmingsvereiste is gekoppeld aan vier – cumulatief geldende – voorwaarden:[9]

1. Het onderzoek dient een algemeen belang.
2. Het onderzoek kan niet zonder de betreffende gegevens worden uitgevoerd.
3. De patiënt heeft tegen terbeschikkingstelling van zijn gegevens voor medisch-wetenschappelijk onderzoek niet uitdrukkelijk bezwaar gemaakt.
4. Er is voorzien in zodanige waarborgen dat de persoonlijke levenssfeer van de patiënt niet onevenredig wordt geschaad.

DE KERN

- Sinds de AVG van kracht is, is er veel meer aandacht voor naleving van privacywetgeving.
- Niet de AVG, maar de WGBO bevat voor het gebruik van patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek de belangrijkste spelregels.
- Als retrospectief onderzoek redelijkerwijs niet kan worden uitgevoerd als zou worden vastgehouden aan een 'opt-in'-systeem, kan het bieden van een individuele en laagdrempelige 'opt-out'-mogelijkheid aan patiënten een goed alternatief zijn.

Nadere toelichting op de WGBO-voorwaarden zijn te vinden in [**online bijlage 2**]. Ten slotte bepaalt artikel 7:458 BW dat de behandelaar in het medische dossier van de patiënt moet noteren dat diens gegevens ter beschikking zijn gesteld voor wetenschappelijk onderzoek.[10] Wij verwijzen voor een grafische uitwerking van het voorgaande naar het stroomschema in [**online bijlage 3**].

TERUG NAAR DE PRAKTIJK

U krijgt als huisarts het verzoek van een onderzoeker om gegevens te verstrekken voor onderzoek naar het verbeteren van de triage bij pijn op de borst op de huisartsenpost waaraan u verbonden bent. Op zich staat u welwillend tegenover dit verzoek, maar u vraagt zich wel af of u deze gegevens zomaar mag verstrekken. Moet u daarvoor geen toestemming aan al uw patiënten vragen?

Aanvankelijk wilden de onderzoekers dit ook, maar er dienden zich twee problemen aan. Ten eerste zal een deel van de patienten overleden zijn (mogelijk ten gevolge van de aandoening die met de pijn op de borst samenhing) of zijn ze vanwege een verhuizing niet meer te traceren. Deze patiënten kon dus geen toestemming worden gevraagd, terwijl hun gegevens zeker niet mogen ontbreken in de analyse van het triageproces.

Bij de patiënten die niet waren overleden, speelde een ander probleem. Dat hield niet zozeer in dat het een onredelijke inspanning van huisartsen zou vergen om patiënten aan te schrijven, respectievelijk hen over het onderzoek te informeren. Het 'onredelijke' zat hem in het binnen een bepaald tijdsbestek verkrijgen van voldoende respons (patiënten moeten de toestemmingsverklaringen immers ondertekenen en terugsturen). Natuurlijk zijn er onder de non-responders altijd patiënten die een toestemmingsverklaring bewust niet terugsturen omdat ze besloten hebben niet aan het onderzoek mee te werken. De meeste patiënten zullen echter geen bezwaar hebben tegen het delen van hun gegevens voor onderzoeksdoeleinden, maar een aantal van hen zal vergeten de kaart terug te sturen of vindt dat te veel moeite.[11-13]

Dit probleem stelde de onderzoekers voor een dilemma. Enerzijds meenden ze een valide reden te hebben om – onder de vlag van de tweede uitzonderingsgrond (toestemming vragen

kan 'in redelijkheid niet worden verlangd') – van het toestemmingsvereiste af te wijken. Anderzijds realiseerden ze zich dat ze daarmee de wet mogelijk wat ruimer uitlegden dan de wetgever tot nu toe bedoeld heeft [**online bijlage 1** en **2**]. Uiteindelijk vonden de onderzoekers een beroep op de tweede uitzonderingsgrond verdedigbaar, maar alleen onder strikte naleving van de 'randvoorwaarden' die dan van toepassing zijn. Daarom stelden ze eerst vast dat het onderzoek een algemeen belang diende, dat de gevraagde gegevens daadwerkelijk noodzakelijk waren voor het onderzoek en dat deze voorafgaand aan hun terbeschikkingstelling op adequate wijze waren gecodeerd.[14,15] Daarnaast gaven de onderzoekers een bijzondere invulling aan de eis dat de betrokken patiënten tegen verstrekking van hun gegevens geen bezwaar hebben gemaakt (zie voorwaarde c. van artikel 7:458, lid 2 BW in [**online bijlage 1**]). Deze hield in dat de onderzoekers niet louter terugvielen op de algemene informatiefolder die patiënten bij aanvang van hun behandelrelatie ontvangen (en die hen onder andere wijst op hun bezwaarmogelijkheid voor onderzoek), maar dat ze de huisartsenpost iedere potentiële deelnemer een zogenaamde 'bezwaarbrief' lieten sturen. Deze brief beschreef globaal wat het (doel van het) onderzoek was en welke gegevens zouden worden verzameld. In de brief was een retourkaart bijgesloten die de patiënt bij bezwaar binnen dertig dagen kon retourneren. Vervolgens werden de gecodeerde gegevens van patiënten die binnen die periode geen bezwaar hadden gemaakt – en dus geen antwoordkaart hadden teruggestuurd – aan de onderzoekers ter beschikking gesteld. Overigens kunnen patiënten op ieder gewenst moment bezwaar maken tegen onderzoek met hun gegevens, dus ook na het verstrijken van zo'n termijn. Reeds gebruikte gegevens kunnen dan alleen niet meer uit onderzoek worden 'teruggehaald'.

PLEIDOOI VOOR EEN RUIME UITLEG VAN DE TWEEDE UITZONDERINGSGROND

Aanvankelijk had de regering bij de totstandkoming van de WGBO (in de jaren negentig van de vorige eeuw) slechts één uitzondering op het toestemmingsvereiste voor ogen, namelijk wanneer het in redelijkheid niet mogelijk is om toestemming te vragen. Op aandringen van de onderzoekswereld, die zich vanwege de invoering van de WGBO over de voortgang van het wetenschappelijk onderzoek ernstige zorgen maakte, is toen op de valreep een tweede uitzondering aan artikel 7:458 BW toegevoegd.[16] Hiervoor gaven wij al aan dat bij de tweede uitzondering kan worden gedacht aan onderzoeken met dusdanig grote aantallen patiënten dat redelijkerwijs niet van zorgverleners en onderzoekers kan worden gevergd dat ze inspanningen doen om al die patiënten te bereiken, en waarbij het vragen van toestemming zou leiden tot een selectieve respons en daardoor een vertekend beeld van het onderzoeksresultaat.[17] Een principiële vraag is nu of afwijken van het toestemmingsvereiste ook gerechtvaardigd is wanneer het belangrijkste knelpunt is dat binnen de looptijd en financiering van het onderzoek niet voldoende respons zal worden behaald. Dit betreft zeker geen uitzonderlijke situatie: dit probleem zal zich bij veel retrospectief onderzoek aandienen. Wij zouden alles bijeengenomen willen pleiten voor een bevestigend antwoord, maar vinden een dergelijke uitleg alleen gerechtvaardigd indien patiënten individueel over het onderzoek worden geïnformeerd en de mogelijkheid krijgen tegen het onderzoek bezwaar te maken, zoals ook in de casus gebeurde (zie ook categorie IIe en IIId van het in [**online bijlage 3**] opgenomen stroomschema). Dit bezwaarsysteem wordt ook wel 'opt-out plus' of een 'aangekleed geen-bezwaarsysteem' genoemd. De essentie daarvan is dat patiënten specifiek – en dus in aanvulling op algemene informatie over het gebruik van patiëntgegevens voor research – over een onderzoek worden geïnformeerd en een laagdrempelige mogelijkheid krijgen om tegen deelname aan dat onderzoek bezwaar te maken.[18,19] Eerder onderzoek laat zien dat deze vorm onder artsen en patiënten draagvlak heeft.[11-13]

CONCLUSIE

Ten gevolge van de AVG is er maatschappijbreed meer aandacht gekomen voor (een juiste) naleving van wetgeving ter bescherming van persoonsgegevens. Dit laatste geldt zeker wanneer binnen de zorgverlening verzamelde patiëntgegevens gedeeld en gebruikt gaan worden voor wetenschappelijk onderzoek. Niet de AVG, maar de WGBO bevat hiervoor de belangrijkste spelregels. Uit die regels volgt dat zorgverleners die behandelgegevens met wetenschappelijk onderzoekers delen, hun patiënten daarvoor uitdrukkelijk om toestemming moeten vragen. Enkele uitzonderingen in de WGBO bieden de ruimte om van dat uitgangspunt af te wijken. Die dienen enerzijds ten volle te worden benut, maar anderzijds moet aan de voorwaarden die dan gelden op een zo goed mogelijke wijze invulling worden gegeven. Daaraan wordt op passende wijze, en in overeenstemming met het uitgangspunt van 'informationele zelfbeschikking', vormgegeven wanneer patiënten achteraf individueel en laagdrempelig bezwaar kunnen maken tegen het gebruik van hun gegevens voor een specifiek wetenschappelijk onderzoek. ■

LITERATUUR

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

Ploem MC, Harskamp RE, Van Dijk N, Scholte RA, Hooghiemstra TFM, Willems DL, Van Weert HCPM. Privacywetgeving en wetenschappelijk onderzoek. Huisarts Wet 2020;63(2):30-2. DOI:10.1007/s12445-019-0409-z.
Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Sociale Geneeskunde, Amsterdam: mr. dr. M.C. Ploem, universitair medewerker gezondheidsrecht, m.c.ploem@amsterdamumc.nl. Afdeling Huisartsgeneeskunde: dr. R.E. Harskamp, postdoctoraal onderzoeker in opleiding tot huisarts; prof. dr. N. van Dijk, hoogleraar Medisch Onderwijs en Opleiding; prof. dr. D.L. Willems, hoogleraar Medische ethiek, prof. dr. H.C.P.M. van Weert, hoofd afdeling Huisartsgeneeskunde. Clinical Research Unit: R.A. Scholte, hoofd Datamanagement. Hooghiemstra & Partners, Den Haag: mr. dr. T.F.M. Hooghiemstra, partner/directeur.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Ecg-casus ‘Sluimerende bradycardie’

Robert Willemsen, Karen Konings

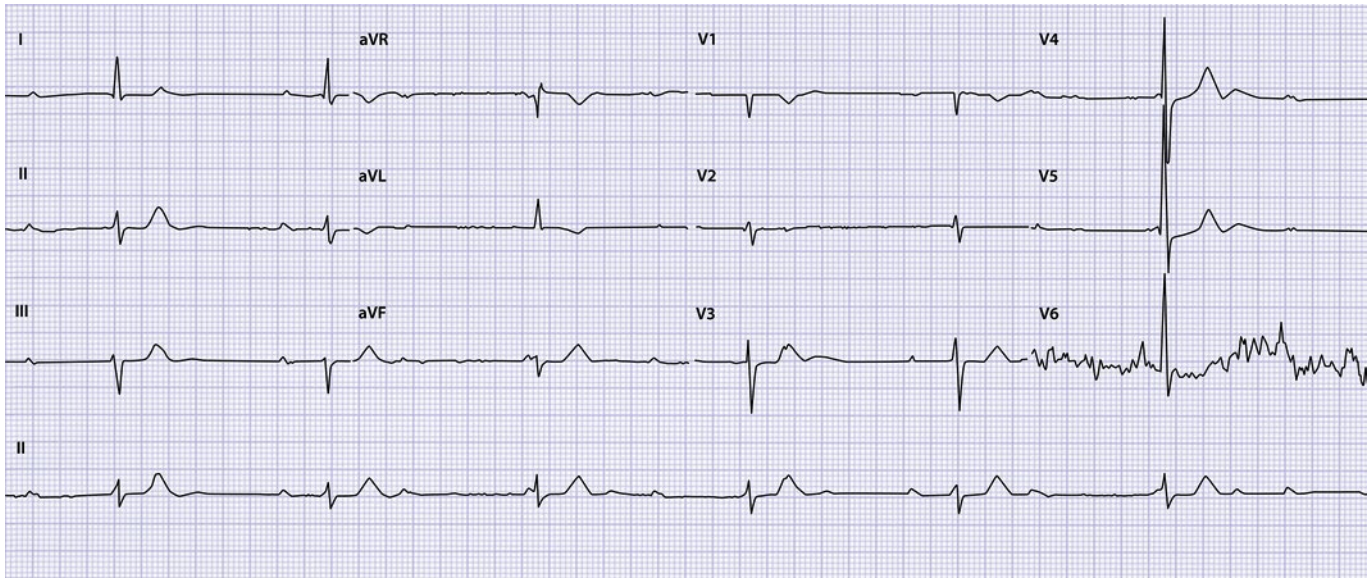
OPGAVE

1. Beschrijf het ecg systematisch volgens ECG-10+.[1,2]
2. Hoe luidt uw diagnose en welk beleid stelt u voor?

CASUS

Patiënt: Man, 79 jaar, ondergaat een 24-uursbloeddrukmeting.
Voorgeschiedenis: Hypertensie, GERD (refluxoesofagitis), urticaria.
Medicatie: Losartan/hydrochloorthiazide 1 x 50/12,5 mg, amlodipine 1 x 5 mg, pantozol 1 x 40 mg, desloratadine 1 x 5 mg zo nodig.
Anamnese: Patiënt had recentelijk hoge bloeddrukwaardes in de spreekkamer, variërend tussen 155/90 mmHg en 172/104 mmHg. Hij ervaart daarbij geen klachten. Om de bloeddruk beter in kaart te brengen volgt er een 24-uursbloeddrukmeting.

Lichamelijk onderzoek: De 24-uursbloeddruk blijkt gemiddeld 132/78 mmHg te zijn. Opvallend genoeg is de gemiddelde polsfrequentie 44/min. Een dergelijke lage polsfrequentie is bij de patiënt niet eerder opgemerkt. Er volgt verder lichamelijk onderzoek: niet zieke patiënt, bloeddruk 144/88 mmHg, pols 48/min. Normale harttonen, geen cardiale souffle, normaal vesiculair ademgeruis, geen enkeloedeem. Er volgt een ecg.



➤ Zie voor het antwoord pagina 55 en www.henw.org (zoek op ‘ecg-casus’ en de titel ‘sluimerende bradycardie’).

LITERATUUR

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

Aspiratie en injectie bij zwelling van de knie

Lex de Jongh, Thomas Meulendijk

Hydrops, zwelling van de knie door overmatige vochtophoping (effusie) in het kniegewricht, is een frequent voorkomend probleem in de huisartsenpraktijk. Hydrops kan een indicatie zijn voor een ontlastende aspiratie, maar ook voor het uitsluitend achterlaten van corticosteroïden per intra-articulaire injectie. Ook knieaandoeningen zonder hydrops kunnen gunstig reageren op het achterlaten van corticosteroïden in de gewrichtsruimte.

Een precieze schatting van de incidentie van hydrops is lastig, omdat de incidentiecijfers van de NHG-Standaard geen onderscheid maken tussen traumatische en niet-traumatische oorzaken van knieklachten. De NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten vermeldt een jaarlijkse incidentie van knieklachten van 33,5 op 1000 patiënten in de huisartsenpraktijk.[1] Door de vergrijzing en het daarmee in toenemende mate voorkomen van artrose, zowel van knie als heup, kunnen deze cijfers inmiddels naar boven worden bijgesteld.

LOKALE EN SYSTEMISCHE OORZAKEN

Hydrops van de knie kan veroorzaakt worden door zowel lokale als systemische oorzaken. In de 'jongere' populatie (15-65 jaar) is zwelling door hydrops vrijwel altijd het gevolg van een trauma. Een ligamentair letsel (kruisband- of collateraal bandletsel) en/of een meniscusscheur zijn in 36% een causale factor.[2-4] Minder vaak voorkomende oorzaken van hydrops zijn bacteriële en reumatoïde artritis en zeer zelden M. Reiter, jicht, Lyme-artritis, pseudojicht en psoriasis.[4] Soms is de knie gezwollen als reactie op een bloedophoping in de knie na trauma of bij gebruik van bloedverdunners (hemartros). (Osteo-)artrose van de knie is een van de belangrijkere oorzaken van wisselende hydrops, met chronische beperking van de kniefunctie en mobiliteit bij ouderen. Progressie van de klachten zorgt voor pijn, zwelling van het aangedane gewricht, bewegingsbeperking en hieruit voortvloeiend verlies van kwaliteit van leven.[1-3]

Een flinke hydrops geeft een zichtbare zwelling van de knie. De knie staat hierbij in een lichte buigstand (Bonnetse stand). De holtes naast de knie verstrijken en suprapatellair is een opbolling zichtbaar. Bij een gestrekt been kan een 'dance patellaire' worden opgewekt, waarbij de patella op en neer beweegt bij palpatie. Bij inspectie dient de behandelaar altijd te vergelijken met de andere knie. Door palpatie met de dorsale zijde van de vingers kunnen eventuele temperatuurverschillen worden vastgesteld om aanwijzingen voor een septische oorzaak niet te missen. Is er anamnestisch en klinisch sprake van slotverschijnselen, dan moet worden gedacht aan synovia- of kruisbandinterpositie, meniscusletsel, osteochondraalfractuur, osteochondritis dissecans of gonartrose met corpora libera. Het natuurlijk beloop bij eenvoudige traumata is gunstig, doordat het vocht spontaan wordt geresorbeerd. Bij persisterende klachten, slotklachten, vermoeden van septische artritis of maligniteit wordt al dan niet direct nadere diagnostiek en/of verwijzing naar de tweede lijn aangeraden.

INDICATIES INJECTEREN CORTICOSTEROÏDEN

Injecteren met corticosteroïden kan een gunstig effect hebben op het beloop van traumatische letsels, reuma, artrose, psoriasis artropathie en niet-septische synoviitis.[2,4-6] Voordelen van corticosteroïden in het gewricht wegen in de regel ruimschoots op tegen de potentiële nadelen.[6] Ook de NHG-Standaard is uiteindelijk positief over de klinische relevantie. Er bestaat echter veel onzekerheid door de lage kwaliteit van bewijs, zie noot 13 van de NHG-Standaard.[1]

In geval van flinke hydrops kan een aspiratie effectief zijn ter

CASUS

De heer Van den Berg is 64 jaar en was tot zijn 56e jaar actief als amateurvoetballer. Zijn voorgeschiedenis vermeldt een meniscectomie links en een partieel letsel van de voorste kruisband van de rechterknie. Hij bezoekt het spreekuur met een opgezette, pijnlijke linkerknie, drie dagen geleden ontstaan na een wandeling in de duinen. Bij onderzoek ziet u dat de knie flink gezwollen is en in licht gebogen stand het minst pijnlijk. Vooral de flexie is beperkt. Er is geen roodheid of temperatuurverschil. U besluit tot de werkdiagnose reactieve hydrops op basis van gonartrose en adviseert het been zo goed mogelijk in beweging te houden, nauwelijks te belasten en over twee weken terug te komen. Na twee weken is de knie wel iets geslonken, maar u had toch meer verbetering verwacht. U besluit in samenspraak met de heer Van den Berg tot een ontlastende aspiratie en injectie van triamcinolonacetaat. Na alle voorbereidingen getroffen te hebben, plaatst u de naald op de juiste plaats, brengt deze in het gewricht en aspireert 40 ml gelig vocht. U wisselt de spuit en brengt het corticosteroïd in. Veertien dagen later komt de heer Van den Berg opgewekt de spreekkamer in. De behandeling heeft goed resultaat gehad. Bij onderzoek bevat de knie geen vocht meer. Flexie en extensie zijn zonder pijn mogelijk.

ontlasting van het gewricht en vermindering van de pijn. Bij minimale traumata kan toch al een forse hydrops ontstaan met zo'n 60-70 ml aspiratievocht. Bij andere onderliggende oorzaken, zoals septische artritis, jicht en hemartros, kan een diagnostische aspiratie worden verricht. De indicatie moet echter wel zodanig zinvol zijn, dat de uitkomst potentieel richtinggevend is voor aanpassing van het beleid. Overigens raadt de NHG-Standaard kniepunctie met als doel nadere diagnostiek of verlichting van de pijn af, omdat dit geen consequenties heeft voor het beleid en een genezend effect niet is aangetoond. Op basis van persoonlijke ervaring kan de arts hierin een keuze maken. Bij vermoeden van een maligniteit of een bacteriële gewrichtsontsteking is aanvullend onderzoek altijd geïndiceerd.

CONTRA-INDICATIES EN VALKUILEN

Een corticosteroïdinjectie is absoluut gecontra-indiceerd in geval van verdenking op septische artritis of septische bursitis. De gevolgen kunnen ernstig zijn. Ook bij huidinfecties in het kniegebied is zowel aspiratie als injectie niet toegestaan. Informeer of er sprake is van het gebruik van anticoagulantia, of de patiënt allergisch is voor verdovingsvloeistof of jodium, en of de patiënte zwanger is.

Recidiverende hydrops zien we bij patiënten met een osteochondritis dissecans. Dit is een losgelaten stukje bot en/of kraakbeenweefsel dat ontstaat bij een combinatie van microtraumata (dit fenomeen wordt meestal gezien bij jonge sporters) en een stoornis in de bloedvoorziening van het kraakbeen. De aandoening kent drie fases, van mild naar ernstig. De klachten presenteren zich met hydrops, pijn, bewegingsbeperking, slotklachten en soms een instabiel gevoel. Diagnostisch onderscheidt dit beeld zich vooral door de combinatie van snel recidief bij hernieuwde inspanning en slotklachten. Een MRI kan de diagnostische verdenking bevestigen. Corticosteroïdinjecties zijn hier uiteraard gecontra-indiceerd vanwege potentieel negatieve effecten op het kraakbeen.

Andere oorzaken van zwelling rondom de knie, zoals bijvoorbeeld slijmbeursontstekingen (met name de bursitis infra- en prepatellaris), dienen niet te worden verward met de hydrops die veroorzaakt is door traumatische of degeneratieve processen. Ook hier kan aspiratie en/of corticosteroïdinjectie nuttig zijn. Bespreking van de injectietechniek en lokalisaties van deze bursitiden valt buiten het bestek van dit artikel, en is elders te raadplegen.[7] Daarnaast komt zwelling voor bij het barsten van een bakercyste (kniekuilcyste), zoals bij een plotselinge, krachtige flexie of extensie van de knie kan gebeuren. De zwelling is dan gelokaliseerd in de fossa poplitea.

Wanneer onduidelijkheid bestaat over de oorzaak van de klachten of het verloop van de symptomen niet lijkt te passen bij de verwachte diagnose, is het advies om aanvullend onderzoek te verrichten of te verwijzen naar de tweede lijn.

INSTRUMENTARIUM EN MATERIALEN

- Voor de aspiratie gebruikt u een 10 of 20 ml injectiespuit met 50 mm naald
- Indien geïndiceerd een steriele container voor kweek
- Voor het injecteren volstaat een 2 ml spuit met een naald van maximaal 50 mm
- 20-40 mg triamcinolonacetonide
- Viltstift of dermatografisch potlood
- Desinfectans (alcohol 70%, chloorhexidine 1%, jodiumtinctuur (1% in 70% alcohol) of povidonjodium)
- Opgerolde handdoek of knierol
- Handschoenen
- Gazen (10 x 10 cm)
- Pleister

VERWACHTE RESULTATEN

In de meest recente cochranereview blijkt na intra-articulaire injectie een respons van 44%.[2] Hierbij wordt in de eerste drie maanden na injectie een gemiddelde pijnscore reductie van -3 op de visuele analoge schaal (VAS) gezien. Ook injectie met een placebovloeistof geeft klachtenreductie (-2 VAS). Er is geen significant verschil tussen hyalorunzuur, lidocaïne of platelet-rich plasma ten opzichte van placebo-injecties. Na zes maanden lijken de effecten van de injectie in elke groep grotendeels verdwenen.[8,9] In de tweede lijn is het gebruik van hyaluronzuur bij de behandeling van gonartrose toenemend populair. Ook krijgen huisartsen vaak het verzoek om deze behandeling over te nemen, zodat de patiënt niet de vaak lange reis naar ziekenhuis of polikliniek hoeft te ondernemen. Er is echter twijfel over de klinisch relevante effecten van hyaluronzuur. Tot nog toe is geen beter effect aangetoond dan van placebo, NSAID's, corticosteroïdinjecties, fysiotherapie en/of oefentherapie.[1]

Indien corticosteroïdinjecties (20-40 mg intra-articulair) geen of onvoldoende resultaat hebben, kan men na een interval van zes weken een volgende injectie plaatsen. Het maximum is echter vier injecties per jaar.

VOORBEREIDINGEN EN ZORG RONDOM EN NA VERRICHTING

Informeer de patiënt vooraf over de aard van de ingreep en de (kleine) kans op complicaties. Geef zonodig uitleg tijdens de stappen van de ingreep. Instrueer over de nazorg en adviseer het gewricht na de injectie wel actief te oefenen, maar niet zwaar te belasten. Adviseer om goede pijnstillers in huis te hebben.

De patiënt ligt op de onderzoeksbank met de knie licht gebogen. Bij voorkeur is de knieholte ondersteund door een knierol of opgerolde handdoek [**figuur 1**]. Hierdoor ontspant de m. quadriceps femoris en het retinaculum patellae.

Controleer na een corticosteroïdinjectie de bloedsuikers bij mensen met diabetes mellitus (1 tot 2 weken) en waarschuw bij vrouwen dat een voorbijgaande flush (blozende wangen) of een tussentijdse menstruele of postclimacteriële bloeding kan ontstaan. Eventuele pijnlijke roodheid op de injectieplaats kan de patiënt zelf behandelen met ijs en pijnstillers.

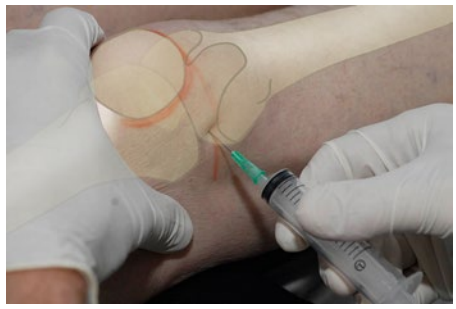
Figuur 1

Figuur 2

Figuur 3

Figuur 4

Figuur 5



Figuur 6

Figuur 7

Figuur 8

Figuur 9

STAPSGEWIJZE BESCHRIJVING VAN DE VERRICHTING

1. Voer onderstaande handelingen uit zittend naast de patiënt op een stoel of rolkruk.
2. Bepaal de plaats en richting van de injectie [**figuur 2-4**].
3. De accuraatste methode is de supero-laterale benadering bij een licht gebogen knie.[8] De insteekplaats ligt enkele centimeters lateraal van de bovenpool van de patella. Bij ruim 90% komt hierbij de vloeistof daadwerkelijk in het kniegewricht terecht.
4. Palpeer (en eventueel markeer) de craniale en laterale rand van de patella [**figuur 2**].
5. Trek een (denkbeeldige) lijn vanaf de craniale rand naar lateraal [**figuur 3**].
6. De insteekplaats ligt op deze lijn en circa 1 centimeter onder de laterale rand [**figuur 4**].
7. Desinfecteer de insteekplaats met een desinfectans .
8. Controleer of het been (m. quadriceps) ontspannen is door te controleren of de patella vrij van mediaal naar lateraal kan bewegen.
9. Duw met de wijsvinger van de linkerhand de patella naar lateraal (hierdoor wordt de patella iets opgelicht, wat het inbrengen van de naald vergemakkelijkt) en omvat de injectiespuit met de rechterhand 'onderhands' [**figuur 5**].
10. Steek de naald horizontaal in op de insteekplaats (evenwijdig aan de craniale rand van de patella) en richt eventueel iets naar dorsaal, zodat de naald zich bevindt in de ruimte tussen de laterale femurcondyl en de achterzijde van de patella [**figuur 5-6**].
11. Aspireer de synoviale vloeistof [**figuur 6**]. Als er geen synoviale vloeistof meer verschijnt: trek de naald iets terug en aspireer opnieuw. Wissel na de aspiratie van spuit (de naald blijft in situ) en injecteer het corticosteroïd [**figuur 7-8**].
12. Verwijder de naald en spuit en dek af met een pleister of gaasje [**figuur 9**].

COMPLICATIES EN NAZORG

Pas op voor een septische gewrichtsontsteking indien na enkele dagen een ontstekingstrias optreedt met lokale en/of algemene temperatuurverhoging of koorts. Deze complicatie is gelukkig zeer zeldzaam.[10] Een spoedverwijzing naar de orthopedische chirurg is vereist. Let bij mensen met diabetes mellitus op mogelijke schommelingen in het bloedsuikergehalte en voorkom bijtijds ontregeling. Bij een eventuele menstruele bloeding of flush als reactie op de corticosteroïdtoediening is geruststelling op zijn plaats.

Na een dag kan de pleister worden verwijderd. Het gewricht mag actief worden bewogen en gebruikt, echter hoge belastingen en inspanningen dienen te worden vermeden voor tenminste een week.

LITERATUUR

1. Belo JN, Bierma-Zeinstra SMA, Kuijpers T, Opstelten W, Van den Donk M, Weischer PJ, Wildervanck-Dekker CMJ. NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten. Huisarts Wet 2016;59:62-6. www.nhg.org.
2. Jüni P, Hari R, Rutjes AWS, Fischer R, Silletta MG, Reichenbach S, Da Costa BR. Intra-articular corticosteroid for knee osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev 2015:CD005328.
3. Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis 2014;73:1323-30.

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

De Jongh AC, Meulendijk Th. Aspiratie en injectie bij zwelling van de knie. Huisarts Wet 2020;63(2):38-41. DOI:10.1007/s12445-020-0500-5.

Deze bijdrage is eerder in vrijwel dezelfde vorm gepubliceerd als: De Jongh AC, Meulendijk Th. Kniegewricht: aspiratie en injectie. In: Goudswaard AN, In 't Veld CJ, Kramer WLM (red). Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Houten: Prelum, 2018:p.225-30. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Uw diagnose

Pijnlijke zwelling op de handrug

Een 82-jarige man heeft sinds enkele weken een pijnlijke, groeiende huidafwijking op de linkerhandrug van 1,3 cm. Hij heeft een uitgebreide medische voorgeschiedenis met onder andere multipele huidmaligniteiten (basaalcel- en plaveiselcelcarcinomen) en een urotheelcelcarcinoom. Wat is uw diagnose?

1. Basaalcelcarcinoom
2. Plaveiselcelcarcinoom
3. Actinische keratose
4. Metastase urotheelcelcarcinoom

➤ Het antwoord leest u op pagina 62 en op www.henw.org (zoek op 'uw diagnose' en de titel 'Pijnlijke zwelling op de handrug').

Foto: Petra Dikrama, dermatoloog

Bijzondere aandoening gezien?

Denk dan aan onze H&W-rubriek Uw diagnose.
Maak een goede en scherpe foto (of meerdere) van de bijzondere aandoening, (minimaal 300 dpi of 1 Mb), met een duidelijke diagnose en toelichting op de diagnose. Mail uw bijdrage naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'Uw diagnose'.

Marion Huijsmans-Bosch (links) startte in 1983 als leerling-verpleegkundige in het toenmalige Annadal-ziekenhuis Maastricht. Ze werkte de laatste vijftien jaar als gespecialiseerd verpleegkundige met als aandachtsgebied colorectale chirurgie. Vanaf 2018 is ze werkzaam als opleidingscoördinator van de academie MUMC+.

Marion van Mulekom (rechts) startte als leerling-verpleegkundige in 1984 in het ziekenhuis te Sittard. Ze is sinds 1990 werkzaam in het MUMC+ op de afdeling hartchirurgie/CCU/EHH. Vanaf 2016 is ze werkzaam als opleidingscoördinator van de academie MUMC+.

Foto: John Klijnen

Patiënt en mantelzorger nemen zelf de zorg in handen

Patrick Marx

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning streeft ernaar om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Daarmee wordt veel gevraagd van mensen die thuis medische zorg nodig hebben. Die zorg komt al snel op het bord van de thuiszorg of huisarts. Maar wat als de patiënt of zijn mantelzorger zelf leren die zorg uit te voeren? Hiermee houdt de patiënt de regie langer in eigen hand en worden zorgverleners flink ontlast. De Academie voor Patiënt en Mantelzorger van het Maastricht UMC+ wil juist dit bereiken.

"Onlangs klopte een jonge vrouw bij ons aan die bij haar huisarts vitamine B12-injecties kreeg. Ze wilde niet langer twee keer per week in de wachtkamer op de injectie wachten. Haar vriend bood aan te leren hoe hij de injecties thuis kan geven", zegt verpleegkundige Marion van Mulekom, een van de initiatiefnemers van de Academie voor Patiënt en Mantelzorger, of kortweg de Mantelzorgacademie.

Medische handelingen

Samen met haar collega en mede-initiatiefnemer, Marion Huijsmans-Bosch, vertelt Van Mulekom het verhaal van de mantelzorgacademie. "Patiënten willen sneller naar huis om daar op te knappen en hebben dan tijdelijk of chronisch medische verzorging nodig," zegt Huijsmans-Bosch. "Als de patiënt of een mantelzorger eenvoudige handelingen zelf kan en wil leren, dan kunnen ze bij ons instructie krijgen," vervolgt ze. Voorbeelden van

eenvoudige zorg zijn subcutane en intramusculaire injecties, oogdruppelen, steunkousen aantrekken, wond- en (nefro) stomazorg. Van Mulekom: "Als de patiënt het aankan, willen we ook meer ingewikkelde instructies geven."
Van Mulekom vertelt over een oudere patiënt die na een operatie twee weken lang twaalf keer per dag moest oogdruppelen. "Omdat ze MS heeft, lukte het de verpleging op de afdeling niet om haar te leren druppelen. De enige oplossing was dan ook haar twee weken in het ziekenhuis te houden. Wij hadden wel de tijd om langer met haar te oefenen. Na anderhalf uur proberen lukte het haar zelf te druppelen met de resterende kracht die nog in haar handen rest. Nog dezelfde dag ging ze naar huis."
De Mantelzorgacademie werkt met een groep ervaren verpleegkundigen die ook op een verpleegafdeling werken. "De academie biedt ze de kans om langduriger met één patiënt bezig te zijn en te praten. Elke verpleegkundige krijgt eerst een training in het geven van trainingen en (non-)verbale communicatie."

Nieuwe zorg

Ook zorginnovaties als e-health-toepassingen behoeven trainingen, zo merkten onderzoekers van de afdeling cardiologie van het MUMC+. Mensen met hartfalen krijgen een met een app verbonden weegschaal mee naar huis die samen met de antwoorden op een vragenlijst de kans op een decompensatie voorspelt. Het gebruik van de toepassing ging de patiënten aanvankelijk moeilijk af. De Mantelzorgacademie leerde de patiënten in drie uur met de e-health-toepassing omgaan. Eerst door de patiënt duidelijk te maken dat het zelf monitoren hem decompensaties en ziekenhuisopnames kan besparen. Daarna volgen nog twee uur instructies. Leeftijd, geletterdheid en e-health-vaardigheden spelen een grote rol bij de duur van de instructies.
De handelingen die de Mantelzorgacademie aanleert zijn in de medische praktijk voorbehouden aan BIG-geregistreerde zorgverleners die regelmatig risicovolle handelingen trainen. Hoe zit het met de geïnstrueerde patiënt en mantelzorger? Van Mulekom: "We geven elke patiënt en mantelzorger het advies om na een paar maanden terug te komen zodat we kunnen controleren of er geen fouten in de handelingen sluipen. Ook krijgt iedereen een folder mee die de handelingen uitlegt. Bovendien kunnen ze ons bij twijfel altijd bellen of langskomen."
Zodra een patiënt thuiskomt, valt de zorg vaak weer onder de regie van de huisarts. Toch is deze niet verantwoordelijk voor de zorg die de patiënten zelf uitvoeren, vinden beide verpleegkundigen. Ze lieten de juridische verantwoordelijkheid voor de zelfzorg uitzoeken. "Die verantwoordelijkheid ligt bij de patiënt," zegt Huijsmans-Bosch. "De patiënt kan de huisarts het best zelf vertellen welke zorg hij thuis al dan niet met hulp van een mantelzorger uitvoert. Wij vergewissen ons ervan dat dit op een verantwoorde manier gebeurt. In het medisch dossier komt een aantekening van wat er met de patiënt is besproken."

Onderzoek

De Mantelzorgacademie onderzocht het effect van instructies voor subcutane injecties bij 550 patiënten van de afdeling orthopedie van het MUMC+. Na de instructies kon 90% zelf de injecties zetten, bij 10% van de patiënten was hulp van de thuiszorg nodig. Huijsmans-Bosch: "De verpleegafdeling en ons Transferpunt Patiëntenzorg merken dat ze minder telefoontjes krijgen, dat er minder zaken misgaan, minder heropnames nodig zijn en er substantieel minder aanvragen voor thuiszorg zijn."
De mantelzorgacademie heeft het potentieel om flink te besparen op de kosten van de thuiszorg en de huisartsen. Van Mulekom: "Sommige verzekeraars vergoeden hulp bij mantelzorg. Het zou fijn zijn als ze dat allemaal doen en daarmee een vergoeding geven voor de mantelzorgacademie. Dit is voor hen veel goedkoper dan het betalen van thuiszorg."

Inloopcafé

Nu nog werkt de Mantelzorgacademie vanuit een als huiskamer ingerichte ruimte verstopt in het grote ziekenhuisgebouw. Binnenkort komt er ruimte voor een mantelzorgacademie inloopcafé op het poliplein. "Mensen kunnen spontaan bij ons binnenlopen of met een verwijzing van hun specialist of huisarts, om indien mogelijk een vergoeding door de ziektekostenverzekeraar te regelen," zegt van Mulekom. "We streven er bijvoorbeeld naar dat artsen hun patiënt al voor een operatie insturen om de patiënt of mantelzorger op tijd de zorg te leren die na de operatie nodig is." De Mantelzorgacademie geeft overigens alleen instructies over medische handelingen en niet over organisatorische zaken. "Daar zijn mantelzorgmakelaars voor," aldus van Mulekom.
De mantelzorgacademie wil niemand verplichten mee te doen aan instructies voor zelfzorg. Van Mulekom: "Als de patiënt niet wil, dan schakelen we thuiszorg voor hem in. Dat doen we ook als onze verpleegkundigen zien dat het aanleren van zorg niet gaat lukken."
Momenteel werkt de Mantelzorgacademie aan verdere bekendheid, ook onder huisartsen in de regio. Huijsmans-Bosch: "De academie sluit goed aan bij de visie Positieve Gezondheid, een visie die de huisartsen en de thuiszorgorganisaties ook ondersteunen." Positieve Gezondheid richt zich op een betekenisvol leven van de patiënt waarbij veerkracht, eigen regie en aanpassingsvermogen centraal staan. "Mensen willen tegenwoordig niet afhankelijk van derden worden, maar willen zolang mogelijk onafhankelijk zijn. De Mantelzorgacademie begeleidt mensen om op een zo verantwoord mogelijke manier en zo snel mogelijk weer zelfstandig thuis te wonen," zo besluit Huijsmans-Bosch. ■

➤ Andere initiatieven zoals van Radboudumc en Meander Medisch Centrum, staan bij dit interview op www.henw.org.

Hulp bij zelfdoding als alternatief voor euthanasie

Michiel Marlet, Kim van Wijck

Hoe onvoorspelbaar is barbituraatdrank als hulp bij zelfdoding? De Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding adviseert voorzichtigheid met deze methode vanwege onvoorspelbaarheden. Is de terughoudendheid terecht of verdient hulp bij zelfdoding in bepaalde gevallen toch de voorkeur boven euthanasie?

EEN 82-JARIGE DAME

Een 82-jarige dame leed zichtbaar aan de gevolgen van gemetastaseerd mammacarcinoom. Zij verzocht de huisarts om levensbeëindiging. Nadat aan de voorbereidende zorgvuldigheidseisen werd voldaan, koos de patiënte voor hulp bij zelfdoding. De huisarts had vooraf geverifieerd dat patiënte geen slik- of maagledigingsstoornis had en dat zij goed rechtop kon zitten. Een dag voor de uitvoering was met patiënte en haar naasten afgesproken om euthanasie toe te passen als er problemen met inname zouden optreden of als patiënte niet binnen dertig minuten zou overlijden. Zodoende werd door de huisarts een waaknaald geplaatst.

Op de afgesproken dag zat mevrouw rechtop in bed. Conform het richtlijnadvies werd gestart met metoclopramide om de passage en opname van de letale drank te bespoedigen. In het gezelschap van haar naasten en haar huisarts dronk patiënte de pentobarbitaldrank op, een minuut later sloot ze haar ogen en zakte ze weg in een coma. Na een vijftal minuten stopte de ademhaling en uiteindelijk overleed patiënte vijftien minuten na inname van de drank.

BESCHOUWING

Levensbeëindiging op verzoek is een ingrijpende gebeurtenis voor de patiënt en diens naasten, maar ook voor de uitvoerend arts.[1] De hierboven beschreven hulp bij zelfdoding via orale toediening van 15 g barbituraatdrank wordt in de Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding niet als voorkeursmethode genoemd.[2] Desondanks is in Nederland wereldwijd de meeste ervaring opgedaan met barbituraatdrank als alternatief voor euthanasie. Een belangrijk voordeel van hulp bij zelfdoding is dat de patiënt zelf de barbituraatdrank inneemt, waardoor de autonomie van de patiënt bij de levensbeëindiging meer nadruk krijgt. Patiënt en arts delen de verantwoordelijkheid voor de uitvoering, meer dan bij euthanasie het geval is. Voor veel artsen vermindert dit de draaglast die zij ervaren bij euthanasieverzoeken.[3] Dit is een belangrijk punt, want uit verschillende bronnen blijkt dat de balans tussen draagkracht en draaglast voor huisartsen bij euthanasieverzoeken in het geding dreigt te raken.[4] Het aantal verzoeken is de afgelopen jaren fors toegenomen en zal nog verder toenemen; hulp bij zelfdoding als alternatief voor euthanasie kan helpen draagkracht en draaglast in evenwicht te houden.[5,6]

Hulp bij zelfdoding heeft als nadeel ten opzichte van euthanasie dat de orale toediening meer onvoorspelbaarheden oplevert. Naast de gebruikelijke zorgvuldigheidseisen zal men daarom patiëntenselectie moeten toepassen, want hulp bij zelfdoding is niet mogelijk bij een slik- of maagledigingsstoornis. Maar ook bij patiënten zonder slik- of maagledigingsstoornissen is er kans op complicaties.

Volgens gegevens van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) werd in Nederland in 2017 aan 279 patienten hulp bij zelfdoding verleend; 4% van alle ingewilligde verzoeken voor hulp bij levensbeëindiging.[5] Bij 29 van deze 279 patiënten (10%) werd aanvullend euthanasie toegepast, in vier gevallen gebeurde dit omdat er een complicatie optrad: stridor (n = 1), kokhalzen of braken (n = 2) en verdere weigering van inname door de vieze smaak (n = 1). Deze getallen komen overeen met eerder gerapporteerde gegevens.[3,6] In de overige gevallen (n = 25) was het afgesproken tijdsinterval overschreden. Dit tijdsinterval verschilde per patiënt en varieerde tussen 15 en 120 minuten (de richtlijn adviseert 120 minuten).

Van de 25 patiënten bij wie het tijdsinterval werd overschreden, gebruikten er 12 (48%) chronisch opioïden. Deze middelen vertragen de maag-darmpassage en de opname van de barbituraten.[7] Chronisch opioïdengebruik hoeft echter geen contra-indicatie te zijn om hulp bij zelfdoding te bieden. Uit de analyse van de 250 patiënten die alleen de drank innamen bleek namelijk dat 37% opioïden hadden gebruikt; de gemiddelde tijd tot overlijden was voor deze patiënten slechts twee minuten langer dan voor degenen die geen opioïden gebruikten: 21 versus 19 minuten.

Naast chronisch opioïdengebruik kunnen ook andere factoren de maag-darmpassage beïnvloeden. Geopperd is dat een vetrijke maaltijd zou kunnen interfereren met de maag-darmpassage en met de opname van lipofiele barbituraten, maar dit is nooit onderzocht. Wel adviseert men om twaalf uur van tevoren te beginnen met metoclopramide in te nemen om de maag-darmpassage te bespoedigen.

Het tijdsinterval tussen de toediening van de barbituratendrank en het overlijden was bij de 279 geanalyseerde patiënten gemiddeld 20 minuten, met uitersten van 5 tot 120 minuten;

HULP BIJ ZELFDODING

Voorbereiding*

- Bespreek van tevoren met de patiënt en eventueel de nabestaande(n) dat wordt overgegaan op de intraveneuze methode als de patiënt niet binnen twee uur is overleden.
- Start twaalf uur van tevoren met het toedienen van metoclopramide. De voorkeur gaat uit naar toediening op twaalf, zes en één uur voor de uitvoering.
- Breng tevoren een infuusnaald in.
- Zorg ervoor dat ook alle materialen en middelen voor intraveneuze toediening aanwezig zijn.

Uitvoering*

- Bereid de patiënt voor op een slechte smaak.
- Laat de patiënt tijdens het drinken rechtop in bed zitten. De drank moet volledig worden ingenomen.
- Laat de drank niet met een rietje opdrinken. Het gevaar bestaat dat dan het effect al intreedt voordat de hele dosis is ingenomen.
- Er zijn enkele gevallen gemeld waarin toediening van de drank via een sonde goed verliep. Het is noodzakelijk de sonde na te spoelen om te voorkomen dat deze verstopt raakt voordat het barbituraat de maag of darmen heeft bereikt.
- Als de patiënt de drank uitbraakt, is de kans groot dat een tweede orale toediening ook wordt uitgebraakt. Het is raadzaam dan de intraveneuze methode toe te passen.
- Na inname van de drank is de kans zeer groot dat de patiënt in een diep coma raakt en overlijdt.
- Indien de patiënt niet binnen de afgesproken tijd is overleden, moet worden overgestapt op intraveneuze toediening van de coma-inductor en vervolgens het spierrelaxans (euthanasie).

Aanvullende suggesties van de auteurs op de richtlijn

- Overweeg de patiënt te adviseren geen vette maaltijd (inclusief verrijkte drinkvoeding) meer in te nemen vanaf 24 uur voor hulp bij zelfdoding.
- Adviseer de patiënt de drank rustig te drinken (er zijn geen gevallen bekend waarin patiënten binnen een minuut in coma raakte).
- Zorg dat de patiënt na inname blijft zitten of laat de patiënt op de zij liggen, zodat de tongbasis niet de luchtweg kan blokkeren.
- Spreek met de patiënt en diens naasten af dat euthanasie met intraveneuze middelen zal worden toegepast als de patiënt na dertig minuten niet is overleden. Het is namelijk niet te voorspellen hoelang het nog duurt voor de dood intreedt nadat die dertig minuten gepasseerd zijn.

* Bron: Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding.[2]

bij 85% duurde het minder dan 30 minuten. Dit komt overeen met eerder gepubliceerde gegevens. De variatie in het tijdsinterval is kleiner dan vóór 2012, toen men nog 9 in plaats van 15 g barbituraatdrank gebruikte.[5,7,8] De gemiddelde tijd tot overlijden was destijds 30 minuten; het besluit (op basis van Zwitserse gegevens) om de dosis barbituraten in de drank te verhogen verkortte deze termijn.[2,8]

Het gemiddelde tijdsinterval tussen toediening en overlijden is bij hulp bij zelfdoding nog steeds langer dan bij euthanasie (gemiddeld 10 minuten). Sommige artsen hebben die langere tijdsduur wel een nadeel genoemd van hulp bij zelfdoding. Anderzijds zagen sommige naasten juist de kortere duur tot overlijden bij euthanasie als nadeel: zij vonden de overgang van leven naar dood, die bij een aantal patiënten snel optreedt, te abrupt.[3] Sinds de invoering van de hogere barbituraatdosering zijn deze overwegingen overigens niet meer geëvalueerd.

CONCLUSIE

Levensbeëindiging op verzoek is een ingrijpende gebeurtenis voor alle betrokkenen. Hulp bij zelfdoding vormt op dit moment slechts een kleine minderheid van de verzoeken om levensbeëindiging. Wanneer men anticipeert op mogelijke complicaties en spreiding van tijdsduur tot overlijden, is hulp bij zelfdoding een goed alternatief voor euthanasie met voordelen voor patiënt en arts. Een belangrijk voordeel is dat het de draaglast van de arts verlicht doordat de autonomie van de patiënt meer nadruk krijgt. ■

LITERATUUR

1. Harty C, Chaput AJ, Trouton K, Buna D, Naik VN. Oral medical assistance in dying (MAiD): informing practice to enhance utilization in Canada. Can J Anaesth 2019;66:1106-12.
2. Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding. Utrecht/Den Haag: KNMG/KNMP, 2012.
3. Horikx A, Admiraal PV. Toepassingen van euthanatica: ervaringen van artsen bij 227 patiënten, 1998-2000. Ned Tijdschr Geneeskd 2000;144:497-500.

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

Marlet M, Van Wijck K. Hulp bij zelfdoding als alternatief voor euthanasie. Huisarts Wet 2020;63(2):42-3. DOI:10.1007/s12445-019-0407-1.

De vertrouwensarts en zijn praktijk, Warnsveld: M. Marlet, oud-huisarts en onafhankelijk onderzoeker: marletmichiel@gmail.com. Amsterdam UMC, locatie AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. K. van Wijck, aios. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Aspiratie en injectie bij zwelling van de knie

Foto: Handboek verrichtingen in de huisartspraktijk, 2018.

1. Welke soort en sterkte corticosteroïd heeft de voorkeur volgens het artikel?
a. Methylprednisolon 40 mg/ml (Solu-Medrol)
b. Methylprednisolon 125 mg/ml (Solu-Medrol)
c. Triamcinolonacetonide 10 mg/ml (Kenacort-A '10')
d. Triamcinolonacetonide 40 mg/ml (Kenacort-A '40')

2. Wat is de juiste beschrijving van de meest aangewezen insteekplaats voor de injectie ten opzichte van de patella?
a. Aan de mediale zijde ter hoogte van de caudale rand van de patella.
b. Aan de mediale zijde ter hoogte van de craniale rand van de patella.
c. Aan de laterale zijde ter hoogte van de caudale rand van de patella.
d. Aan de laterale zijde ter hoogte van de craniale rand van de patella.

3. Op welke wijze dient de injectienaald te worden ingebracht?
a. Horizontaal
b. In een hoek van ongeveer 45 graden naar dorsaal

4. In het artikel worden ontregeling van de bloedsuiker, flushing en menstruatiestoornissen als mogelijke bijwerkingen genoemd. Welke andere bijwerking komt frequent voor na (intra-articulaire) toediening van glucocorticoïden?
a. Diarree
b. Hoofdpijn
c. Urineretentie
d. Verminderde betrouwbaarheid van de pil

5. Welk advies geeft de NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten over het herhalen van de injectie bij onvoldoende resultaat?
a. Maximaal twee keer per jaar, met een interval van minimaal zes weken.
b. Maximaal twee keer per jaar, met een interval van minimaal drie maanden.
c. Maximaal vier keer per jaar, met een interval van minimaal zes weken.
d. Maximaal vier keer per jaar, met een interval van minimaal drie maanden.

6. Mevrouw Santos, 67 jaar, heeft artrose van haar rechterknie. Ze heeft de laatste weken last van pijnklachten bij belasten en start- en ochtendstijfheid. Paracetamol helpt onvoldoende. Ze gebruikt hydrochloorthiazide vanwege hypertensie. Ze vraagt om aanvullende pijnmedicatie. Welke pijnmedicatie heeft in deze situatie de voorkeur?
a. Diclofenac (gel)
b. Naproxen (tablet)
c. Tramadol (tablet)
d. Corticosteroïdinjectie

7. Bij de heer Brussee, 54 jaar, heeft de huisarts een intra-articulaire injectie in de knie toegediend in verband met forse pijnklachten bij artrose. Hij vraagt welk advies geldt voor het belasten van de knie. Welk antwoord is correct?
a. Gedurende 24 uur rust op de bank, daarna voorzichtig de belasting opbouwen.
b. Gedurende 24 uur alleen onbelast bewegen, daarna voorzichtig de belasting opbouwen.
c. Er mag direct actief worden bewogen, maar niet te zwaar worden belast.
d. Er mag direct actief worden bewogen, zonder restrictie in de belasting.

8. Mevrouw Michielsen, 38 jaar, heeft een pijnlijke zwelling op haar rechterknie. Twee dagen geleden heeft ze in de tuin gewerkt en veel op haar knieën gezeten. Ze voelt zich rillerig. De temperatuur is 38,6 °C. De huisarts ziet een rode, warme, fluctuerende zwelling caudaal van de patella. Er zit een klein korstje op. Wat is in deze situatie het gewenste beleid?
a. Aspiratie met achterlaten corticosteroïd
b. Incisie en drainage
c. Start flucloxacilline

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

LITERATUUR

Belo JN, Bierma-Zeinstra SMA, Kuijpers T, Opstelten W, Van den Donk M, Weischer PJ, et al.. NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten. Huisarts Wet 2016;59:62-6. www.nhg.org.
De Jong L, Janssen PGH, Keizer D, Köke AJA, Schiere S, Van Bommel M, et al.. NHG-Standaard Pijn. www.nhg.org/standaarden, 2019.
De Jongh AC, Meulendijk Th. Aspiratie en injectie bij zwelling van de knie. Huisarts Wet 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0500-5.
Zorginstituut Nederland. Farmacotherapeutisch Kompas. www.farmacotherapeutischkompas.nl.

ANTWOORDEN

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

Erken, herken en verwijs

De onzichtbare gevolgen van hersenletsel

Caroline van Heugten, Nicole Sillekens, Job Metsemakers en Marjan van den Akker

Veel mensen met niet-aangeboren hersenletsel ondervinden nog jaren later problemen in het dagelijks functioneren en in het maatschappelijk leven. Er is voldoende goede zorg beschikbaar, maar lang niet iedereen krijgt die op het juiste moment. Zorgverleners herkennen de (chronische) gevolgen vaak niet of zijn niet bekend met de regionale zorg- en ondersteuningsmogelijkheden. Meestal is de huisarts degene van wie de patiënt afhankelijk is voor het herkennen en gericht doorverwijzen bij problemen door hersenletsel. Deze nascholing biedt praktische handvatten.

CASUS: MENEER AALBERS KLAAGT OVER SPANNING

Meneer Aalbers (30 jaar) komt bij de huisarts en klaagt over spanning op zijn werk. Hij lijkt zijn taken niet meer aan te kunnen en wordt gehinderd door hoofdpijn, vermoeidheid en drukte als er meer mensen tegelijk in de kamer zijn. Hij is niet bekend met dit soort klachten. Hij maakt zich zorgen over wat er aan de hand zou kunnen zijn. Bij doorvragen blijkt dat meneer Aalbers drie maanden geleden op de fiets is aangereden. Hij is op zijn hoofd gevallen en twintig minuten buiten bewustzijn geweest. In het dossier vindt de huisarts de brief van zijn bezoek aan de Spoedeisende Hulp, waar hoofdletsel werd vastgesteld zonder aanwijzingen voor hersenletsel op de scan. Advies was 'het even rustig aan te doen'. Na enkele dagen is hij weer aan het werk gegaan, maar vorige week heeft hij zich ziekgemeld.

Niet-aangeboren hersenletsel kan ontstaan door trauma (hersenschudding, hersenkneuzing) of door een beroerte, hersenontsteking of zuurstoftekort. De twee voornaamste oorzaken zijn beroerte en trauma door een ongeval. De acute medische zorg is sterk verbeterd en patiënten worden ook steeds sneller ontslagen na ziekenhuisopname en revalidatie. Na een jaar woont 95% weer thuis, maar voor sommigen heeft het hersenletsel langetermijngevolgen die de kwaliteit van leven, de dagelijkse activiteiten en zelfs de deelname aan het maatschappelijk verkeer ernstige schade toebrengen.[1-5] Het blijft vaak

Niet-aangeboren hersenletsel is geen medische diagnose en kan betrekking hebben op zeer verschillende ICPC-diagnoses.

Foto: Unsplash

DE KERN

- Niet-aangeboren hersenletsel komt vaak voor; zelfs ogenschijnlijk licht neurologisch letsel kan langdurige gevolgen hebben voor het functioneren.
- Hersenletsel heeft voor iedereen een andere impact op het dagelijks functioneren en de maatschappelijke participatie.
- In Nederland is voldoende goede zorg beschikbaar; het is van belang het regionale zorgaanbod te kennen zodat men gericht kan doorverwijzen.

lastig om die gevolgen te herkennen en gericht aan te pakken. Niet-aangeboren hersenletsel is geen medische diagnose en heeft geen eenduidige definitie. Het kan betrekking hebben op zeer verschillende ICPC-diagnoses, zoals CVA/TIA (K89, K90), Multipele traumata/inwendige letsels (A81), Laat gevolg van letsel (A82), Hersenschudding/hoofdtrauma (N79), Fractuur schedel (L76.01), Ander letsel hoofd (N80), Meningitis/encefalitis (N71), Benigne neoplasma zenuwstelsel (N75) en Intoxicaties (A84, A86, D73, P16).

Het kan gaan om zeer verschillende ICPC-diagnoses

Uit de NIVEL-zorgregistraties blijkt dat er bij huisartsenpraktijken in 2016 in totaal 645.000 personen met niet-aangeboren hersenletsel bekend waren.[6] Dat is meer dan de enkele CVA-patiënt die veelal in gedachten komt als er over niet-aangeboren hersenletsel wordt gesproken. Binnen het Research Network Family Medicine Maastricht vonden we op basis van de hierboven genoemde ICPC-codes een prevalentie van 29,6 patiënten met niet-aangeboren hersenletsel per 1000 ingeschreven patiënten – dat is 64 patiënten per normpraktijk. Patiënten met CVA en TIA vormen de grootste groep (65%), gevolgd door patiënten met traumatisch hersenletsel (15%). Dat laatste is waarschijnlijk een onderschatting, want de meeste hersentrauma's (zo'n 80%) zijn niet zo zwaar dat men ermee naar de huisarts gaat.[5]

LICHTE SCHADE GEEN GARANTIE VOOR VOLLEDIG HERSTEL

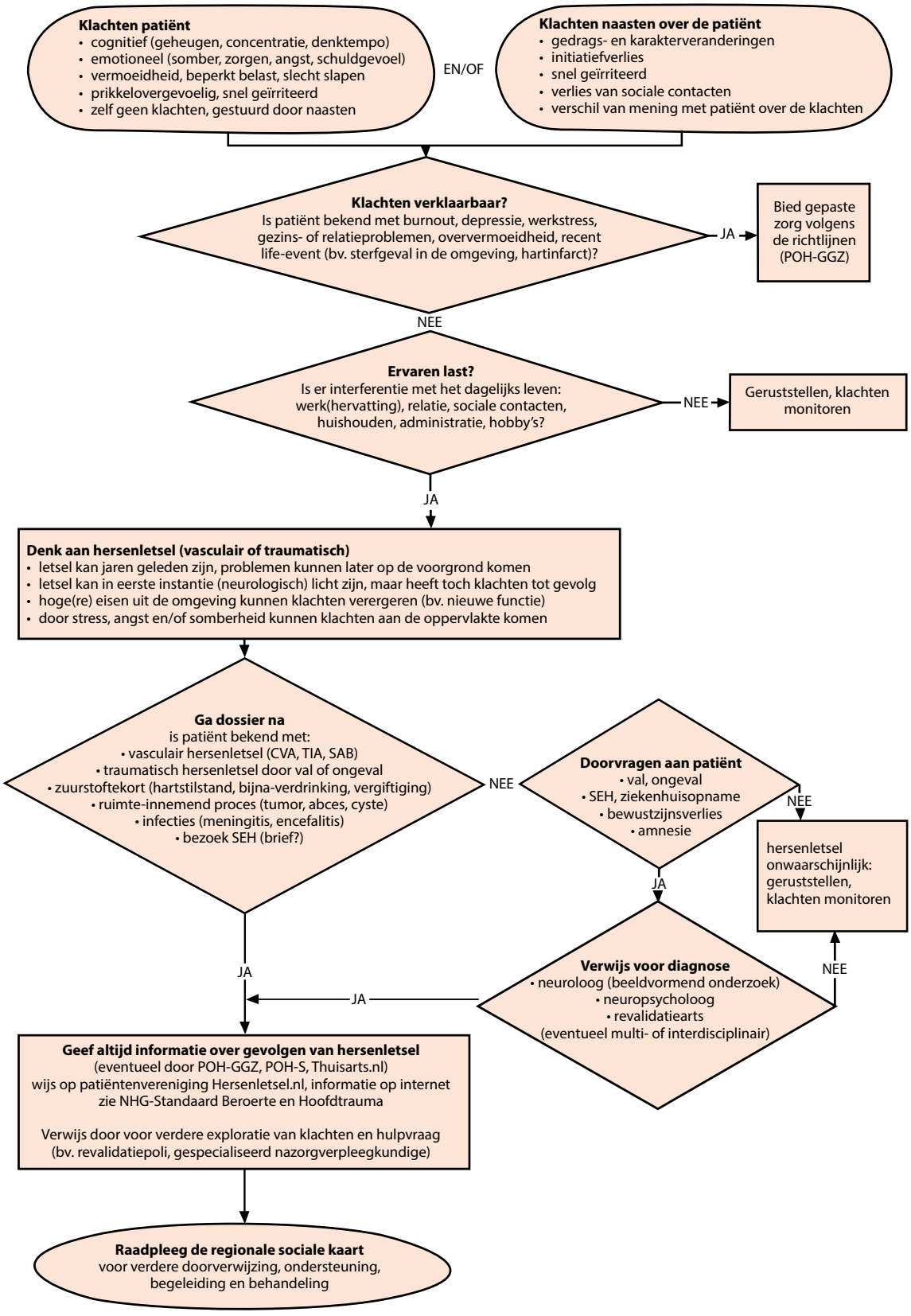
Bij een TIA, een tijdelijke afsluiting van een bloedvat in de hersenen, zijn de neurologische verschijnselen van voorbijgaande aard. Dit betekent echter niet dat er geen restverschijnselen kunnen optreden die interfereren met dagelijkse bezigheden. Hetzelfde geldt voor een *mild or minor stroke*, waarvoor de patiënt meestal niet hoeft te worden opgenomen. In een onderzoek waarbij patiënten met TIA of *minor stroke* werden geïnterviewd, rapporteerde 51% vier maanden na het incident vijf of meer klachten die vergelijkbaar waren met klachten na een CVA.[7] De meest voorkomende klachten waren vermoeidheid, cognitieve en communicatieproblemen. Vergelijkbare restverschijnselen werden gevonden bij mensen met licht traumatisch hersenletsel (LTH), gedefinieerd als een score van 13-15 op de Glasgow Coma Scale en een periode van posttraumatische amnesie korter dan 24 uur of bewustzijnsverlies korter dan dertig minuten.[8] Meestal blijft het voor deze patiënten bij één bezoekje aan de SEH en dat zou gezien de gunstige prognose ook voldoende moeten zijn. Maar in een recent grootschalig Nederlands onderzoek bij 910 LTH-patiënten bleek dat 84% na twee weken een of meer posttraumatische klachten had. Na zes maanden had 72% minstens één posttraumatische klacht en ondervond 44% beperkingen in het dagelijks functioneren; van de patiënten tussen de 16 en 64 jaar was 28% nog niet teruggekeerd naar zijn of haar werk.[9] Een ander recent onderzoek laat zien dat patiënten vier jaar na een LTH significant meer cognitieve problemen en minder maatschappelijke participatie rapporteren dan de controlegroep.[10] Ook licht neurologisch letsel kan dus langdurig functionele gevolgen hebben die zelfs chronisch kunnen worden. De neurologische ernst van hersenletsel blijkt een slechte voorspeller van eventuele functionele gevolgen. De aspecifieke cognitieve en emotionele klachten die optreden zijn vergelijkbaar bij de verschillende diagnoses.

IEDEREEN IS ANDERS

Uit het voorgaande blijkt wel dat het voor de patiënt van groot belang is dat we vanuit een breder perspectief kijken naar de persoon en diens omgeving. Dit is al gebruikelijk in de revalidatiegeneeskunde, waar men uitgaat van de International Classification of Functioning (ICF) en behandeldoelen stelt die betrekking hebben op dagelijkse activiteiten en maatschappelijke participatie.
Hersenletsel treft niet slechts het brein maar een uniek persoon, die leeft in een wereld die unieke eisen stelt aan deze persoon en dit beschadigde brein. Een onderzoek onder 325 CVA-patiënten, van wie 73% rechtstreeks naar huis was ontslagen, wees uit dat de maatschappelijke participatie zes maanden na het CVA minder was dan vóór het CVA; patiënten ervoeren meer beperkingen en waren minder tevreden over de participatie.[11]
Dezelfde 325 patiënten zijn een jaar na het CVA gevraagd naar hun kwaliteit van leven. Er bleek een onderscheid te zijn tussen een groep met een gunstige uitkomst en een groep met een ongunstige uitkomst.[12] De ongunstige uitkomst werd voorspeld door psychologische factoren en niet door demografische factoren, zoals leeftijd of letselgerelateerde factoren zoals de ernst van het CVA. Ongunstige psychologische factoren bleken ondermeer pessimisme, neuroticisme, passieve coping, gevoelens van hulpeloosheid, minder zelfeffectiviteit en minder aanpassing aan de veranderingen door het letsel. Uit het eerder aangehaalde onderzoek bij LTH-patiënten bleek dat ook bij hen de mate van herstel na zes maanden werd voorspeld door emotionele distress en passieve coping.[9] Het

Figuur

Beslisregel voor het opsporen van niet-aangeboren hersenletsel in de huisartsenpraktijk



Ontwikkeld door C. van Heugten, N. Sillekens, J. Metsemakers en M. van den Akker met steun van Hersenstichting, Stichting Gehandicaptenzorg Limburg, Maastricht University en Expertisecentrum Hersenletsel Limburg, juni 2018.

VERVOLG CASUS

Meneer Aalberse heeft naar alle waarschijnlijkheid een licht traumatisch hersenletsel met initieel goed herstel, maar nu de cognitieve belasting toeneemt (nieuwe functie, hoger prestatieniveau, grotere uitdagingen) duiken er toch restverschijnselen op. De informatie die de huisarts heeft gegeven, was niet voldoende om zijn activiteiten te kunnen hervatten. Meneer Aalberse krijgt daarom een korte poliklinische revalidatiebehandeling, waarna hij een goede balans weet te vinden tussen de belasting van zijn nieuwe functie en de belastbaarheid door de restverschijnselen van het fietsongeval. Het revalidatieteam bestaat uit een revalidatiearts (intake), een psycholoog (diagnostiek en uitleg) en een ergotherapeut (balans tussen belasting en belastbaarheid). Meneer Aalberse is inmiddels weer aan het werk.

is dus van belang om niet alleen aandacht te hebben voor de medische diagnose maar vooral ook voor de wijze waarop de persoon omgaat met de functionele gevolgen van het hersenletsel.

ASPECIFIEKE KLACHTEN, EN DAN?

Een belangrijke eerste stap voor de huisarts is erkennen dat hersenletsel vaak voorkomt en onzichtbare (langetermijn)-gevolgen kan hebben. Maar het herkennen van de klachten is niet eenvoudig. De gevolgen zijn vaak onzichtbaar en de klachten zijn veelal aspecifiek. Bovendien kan het zijn dat niet de patiënt zelf op het spreekuur komt, maar iemand uit diens omgeving, een partner of andere naaste die aangeeft dat de patiënt 'zo veranderd is'. Omdat hersenletsel vaak wordt gemist als onderliggende oorzaak van aspecifieke klachten, wijst de website 'leg de link' (www.legdelink.nl) huisartsen en andere zorgverleners op het mogelijke verband tussen 'vage' klachten en hersenletsel. Daarnaast hebben we een beslisregel ontwikkeld bij klachten die het gevolg zijn van niet-aangeboren hersenletsel [**figuur**].

De beslisregel is ontwikkeld op basis van literatuuronderzoek, inventarisatie van vergelijkbare instrumenten in andere landen, input vanuit scholingen aan huisartsen en gesprekken met experts in de huisartsgeneeskunde, revalidatiegeneeskunde, neurologie en (neuro)psychologie. In workshops hebben potentiële gebruikers een conceptversie van de beslisregel gebruikt ter ondersteuning van het klinisch redeneerproces bij relevante casuïstiek. Onder de potentiële gebruikers waren huisartsen en andere zorgaanbieders in de zorgketen voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel.

Veel klachten na hersenletsel zijn aspecifiek en komen ook voor bij andere aandoeningen.[7] Sommige klachten, zoals *post-concussive symptoms,* komen ook vaak voor in de algemene bevolking zonder dat ze directe gevolgen hebben voor het maatschappelijk functioneren.[13] Een aantal somatische klachten (hoofdpijn, misselijkheid, dubbelzien) en klachten in communicatie en cognitie (trager denken, prikkelgevoeligheid) is echter wel specifiek voor niet-aangeboren hersenletsel.

Klachten die het gevolg zijn van niet-aangeboren hersenletsel vergen een wezenlijk andere behandeling – een burn-out-

Tabel

Zorg en ondersteuning voor patiënten met hersenletsel

Zorgvraag	Hulpaanbod	Voorbeelden
Welke gevolgen kan hersenletsel hebben?	folders, websites, patiëntenorganisaties	Thuisarts.nl, hersenletsel.nl
Ik maak me zorgen over de gevolgen van mijn hersenletsel	gerichte ondersteuning in de eerste en tweede lijn	huisarts, POH, thuiszorg, nazorgpoli, nazorgverpleegkundige, CVA-verpleegkundige
Hoe kan ik in contact komen met andere mensen met hersenletsel?	patiëntenorganisaties steunpunt mantelzorg	Breincafé, hersenletsel.nl
Kan ik ondersteuning thuis krijgen?	thuiszorg, ambulante begeleiding	CVA-verpleegkundige, gehandicaptenzorgorganisatie
Kan ik behandeling of begeleiding krijgen als ik weer thuis ben?	*voor lichte cognitieve klachten en bijvoorbeeld vermoeidheid:*	
	■ laagfrequent, kortdurend, monodisciplinair	eerstelijns (extramurale enkelvoudige) ergotherapie
	■ laagfrequent, langdurig, multidisciplinair	eerstelijns psycholoog, extramurale behandeling thuis
	■ voor klachten op meerdere functionele domeinen:	
	■ monodisciplinair	eerstelijns (extramurale enkelvoudige) ergotherapie
	■ multidisciplinair, laagfrequent	poliklinische ziekenhuisrevalidatie
	■ multidisciplinair, laagfrequent, gespecialiseerd	poliklinisch in regionaal revalidatiecentrum
	voor meer complexe problematiek:	
	■ multidisciplinair, gespecialiseerd, klinisch en poliklinisch	revalidatiecentrum
Kan ik weer aan het werk?	■ begeleiding en ondersteuning bij terugkeer naar werk en aangepast werk	arbeidsrevalidatie, arbeidsintegratie
Ik kan de zorg voor mijn naaste niet meer aan	■ bij ernstige stemmings- of gedragsproblematiek klinisch en poliklinisch	ggz-instelling met en afdeling neuropsychiatrie
	■ zinvolle dagbesteding en ontlasting van de naaste	dagactiviteitengroep voor niet-aangeboren hersenletsel

Zie ook: Keuzewijzers hersenletsel op www.hersenletsellimburg.nl/nl/keuzewijzers-hersenletsel.

protocol zal bijvoorbeeld niet effectief zijn. Verwijs eventueel naar een neuroloog, revalidatiearts of neuropsycholoog voor nadere diagnostiek. Als hersenletsel de meest waarschijnlijke oorzaak is, bestaat de volgende stap uit informatie en uitleg aan de patiënt, en verdere verduidelijking van de hulpvraag. In elke regio is een hersenletselteam met experts beschikbaar voor vragen en overleg. Duidelijke informatie, inzicht geven in de klachten en een luisterend oor zijn vaak al voldoende.

ZORG- EN ONDERSTEUNINGSMOGELIJKHEDEN

Veel artsen weten niet dat er veel zorg en ondersteuning beschikbaar is voor de – veelal onzichtbare – gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel. De patiënt krijgt dan volkomen onterecht het advies: leer ermee te leven. Het is het niet eenvoudig je te moeten aanpassen aan een leven waarin niets meer vanzelfsprekend is, maar er zijn in Nederland voldoende zorg- en ondersteuningsmogelijkheden.[14] Er zijn evidence-based richtlijnen voor neuropsychologische revalidatie en er zijn diverse effectieve behandelprogramma's voor chronische klachten door niet-aangeboren hersenletsel.[15-18] Gericht verwijzen naar specifieke CVA-nazorg leidt tot meer sociale activiteiten bij patiënten en minder somberheid bij partners.[19] Goede informatievoorziening alleen al leidt tot een betere stemming en meer kwaliteit van leven.[20-21]

Het *stroke action plan Europe* heeft als doel om nationale plannen op te stellen voor de hele CVA-zorgketen, inclusief nazorg.[22] Het aanbod is momenteel niet altijd duidelijk en kan per regio sterk verschillen. Het is dus van belang de mogelijkheden in de eigen regio te kennen. Het streven is dat zorgverleners in elke regio gezamenlijk een zorgwijzer voor hersenletsel maken en up-to-date houden. Vaak zijn dergelijke overzichten al gemaakt in het kader van de CVA-zorgketen; deze kunnen een uitgangspunt vormen voor andere vormen van verworven hersenletsel. In Nederland kunnen huisartsen in elke regio doorverwijzen naar nazorgverpleegkundigen, revalidatiepoli's, ergotherapeuten, lokale patiëntenverenigingen en steunpunten mantelzorg. Elke regio kent bovendien een hersenletselteam waarmee overlegd kan worden over geschikte zorg en ondersteuning. Deze teams kennen de regionale sociale kaart en geven gericht advies (zie Keuzewijzers hersenletsel; zie ook de NHG-Standaard Beroerte en de NHG-Standaard Hoofdtrauma). In de [**tabel**] worden enkele voorbeelden gegeven voor zorg en ondersteuning bij onzichtbare gevolgen na hersenletsel.

CONCLUSIE

Meneer Aalbers is geen zeldzaamheid. Uit het rapport *Navigeren naar herstel* van de Hersenstichting blijkt dat mensen nog te vaak tussen wal en schip vallen.[14] Soms is er te weinig hulp, vaak ook komt de hulp te laat en is dan zelfs te duur. Niet-aangeboren hersenletsel kan gevolgen hebben, zelfs jaren na het incident, die grotendeels onzichtbaar zijn. Huisartsen bewijzen veel patiënten een grote dienst als ze deze klachten herkennen en gericht verwijzen naar een van de vele regionale mogelijkheden voor zorg en ondersteuning.

DANKBETUIGING

De auteurs danken de Hersenstichting voor de ondersteuning bij de ontwikkeling van de beslisregel. Zij danken ook de hersenletselexperts voor hun kritisch meedenken bij de beslisregel en voor het meelezen van het conceptartikel. ■

LITERATUUR

1. Vugts MC, Geurtsen GJ, Martina JD, Voerman VF, Rulkens MP, Kuiper AY. De gevolgen van traumatisch hersenletsel, een onderschat probleem in de huisartsenpraktijk? Huisarts Wet 2005;48:576-80.
2. Visser-Meily JM, Schepers VP, Van Heugten CM, Van den Bos GAM. Ook de chronische fase na een beroerte kent behandelmogelijkheden. Ned Tijdschr Geneeskd 2007;151:2753-7.
3. Visser-Meily JM, Meijer JW. Stel huisarts centraal in chronische fase na beroerte. Ned Tijdschr Geneeskd 2014;158:A7865.

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

Van Heugten CM, Sillekens NA, Metsemakers JF, Van den Akker M. Erken, herken en verwijs. De onzichtbare gevolgen van hersenletsel. Huisarts Wet 2020;63(2):37-41. DOI:10.1007/s12445-019-0415-1.

Maastricht University Medical Center+: prof. dr. C.M. van Heugten, hoogleraar Klinische neuropsychologie: c.vanheugten@maastrichtuniversity.nl; prof. dr. J.F.M. Metsemakers, hoogleraar Huisartsgeneeskunde, huisarts; dr. M. van den Akker, senior onderzoeker (tevens Goethe-Universität, Frankfurt am Main). Stichting Gehandicaptenzorg Limburg, Sittard: drs. N.A. Sillekens, behandelaar.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Afwachtend beleid centraal in herziene NHG-Standaard Traumatische knieklachten

Marloes Minnaard, Ton Kuijpers

De NHG-Standaard Traumatische knieklachten is herzien. In deze herziening staat een afwachtend beleid centraal. Een van de belangrijkste wijzigingen is dat de huisarts kan overwegen het lichamelijk onderzoek uit te breiden met specifieke bewegingstesten om een indruk te krijgen van de mate van (in)stabiliteit van de knie.

Een bij lichamelijk onderzoek gevonden links-rechtsverschil in stabiliteit is een reden om de patiënt dezelfde dag te laten beoordelen door een orthopedisch chirurg. De instabiliteit kan wijzen op een ruptuur van (een van) de kruisbanden, collaterale banden of een combinatieletsel. Er valt op basis van wetenschappelijke literatuur geen voorkeur voor een of meerdere bewegingstesten te geven die de huisarts bij iedere patiënt met traumatische knieklachten zou moeten uitvoeren. Op basis van consensus in de werkgroep is ervoor gekozen om de huisarts handvatten te geven met voorbeelden van testen (zoals de voorste- en achtersteschuifladetest en de Lachman-test).

GEEN MRI

Een belangrijke kernboodschap uit deze standaard is dat MRI als aanvullend onderzoek in de eerste lijn niet aanbevolen wordt. Een MRI leidt niet tot een verandering van het beleid en heeft daardoor geen invloed op uitkomsten zoals pijn, functioneren en kwaliteit van leven.

EENDUIDIGE TERMINOLOGIE

Om deze standaard zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij richtlijnen uit de tweede lijn (bijvoorbeeld bij de richtlijn Artroscopie van de knie van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging) worden de begrippen 'knie op slot' en 'slotverschijnselen' toegelicht. De term 'slotklachten' wordt niet meer gebruikt, omdat er in het werkveld onduidelijkheid over bestond.

Minnaard M, Kuijpers T. Afwachtend beleid staat centraal in herziene NHG-Standaard Traumatische knieklachten. Huisarts Wet 2020;63(2):54. DOI:10.1007/s12445-020-0421-3.
Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap: M. Minnaard, wetenschappelijk medewerker: m.minnaard@nhg.org; T. Kuijpers, senior wetenschappelijk medewerker.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.
De NHG-werkgroep Traumatische knieklachten bestond uit (op alfabetische volgorde): Konijnenberg S, Kuijpers T, Minnaard M, Schaap D, Schep A, Van den Donk M, Van Melick N, Wildervanck-Dekker N.

Raadpleeg de volledige versie van de herziene NHG-Standaard Traumatische knieklachten op https://richtlijnen.nhg.org.

Foto: iStock

STAPSGEWIJZE BENADERING

In de NHG-Standaard staat een stapsgewijze benadering van traumatische knieklachten in de huisartsenpraktijk beschreven. Zo kan de huisarts lezen wanneer hij patiënten dezelfde dag voor beoordeling moet verwijzen en wanneer overleg met de orthopedisch chirurg overwogen moet worden. Bij het grootste deel van de patiënten treedt echter binnen drie maanden spontaan herstel op. Een afwachtend beleid wordt dan aanbevolen. ■

DIGITALE SAMENVATTING

De geplastificeerde samenvattingskaarten bij NHG-Standaarden worden vervangen door een digitale samenvatting. Deze is beschikbaar op de nieuwe richtlijnenwebsite (richtlijnen.nhg.org). De samenvattingen zijn eenvoudig te downloaden en te printen.

Antwoord ecg-casus 'Sluimerende bradycardie'

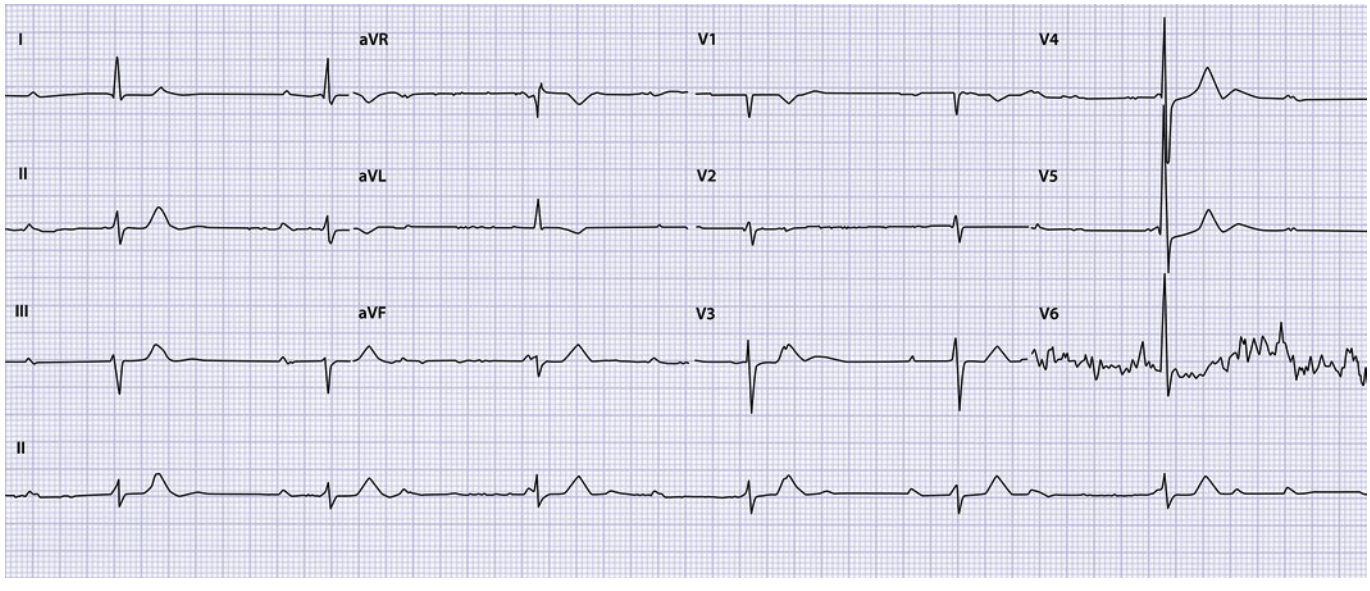
1. BESCHRIJVING VOLGENS ECG-10+

1. *Frequentie & regelmaat* | 42/min, regelmatig.
2. *As* | Sterkst positieve afleiding is afleiding I (past bij een as van 0 graden), meest iso-elektrisch is afleiding II (past bij een as van -30 graden). De as bevindt zich dus tussen 0 en -30 graden en is dus horizontaal.
3. *P-top* | Niet te breed of te hoog. Positief in de onderwand-afleidingen II, III en avF, dus startend in sinusknoop.
4. *PQ-tijd* | Geen reproduceerbare PQ-tijd, P-top soms vóór, soms áchter, soms ín het QRS-complex. Geen verband tussen P-top (atriale depolarisatie) en QRS-complex (ventriculaire depolarisatie).
5. *Q* | Geen verbrede/diepe Q's. Niet afwijkend.
6. *QRS* | Smal, normale R-progressie en S-regressie van V1 tot V6, geen harde aanwijzingen voor hypertrofie (wel hoge R-top in V5, Sokolow-criteria echter negatief). Niet afwijkend.
7. *ST-segment* | Enige ST-depressie in V4-5.
8. *T-top* | In III en avL T-inversie (dat wil zeggen positief of negatief als QRS overwegend negatief respectievelijk positief).
9. *QT-tijd* | 11mm en QT-interval beslaat minder dan de helft van het RR-interval: normaal.
10. *Ritme* | Traag ritme met smalle QRS-complexen. Dissociatie tussen atria en ventrikels, pathognomonisch voor een derdegraads ofwel totaal AV-blok.
    +. *Conclusie* | Bradycardie bij totaal AV-blok, lichte repolarisatiestoornissen.

2. DIAGNOSE EN BELEID

Er is geen verbinding tussen atria en ventrikels. De verder normaal ogende P-toppen worden in de sinusknoop geïnitieerd, maar niet voortgeleid naar de ventrikels. De ventrikels vertonen dus een escaperitme: een zelf opgewekt ritme om hartfunctie te houden. In dit geval wordt dat escaperitme hoog in de ventrikels, nabij de bundel van His geïnitieerd. Dat is op te maken uit het feit dat de QRS-complexen smal zijn en de linker- en rechterbundel dus tegelijkertijd geactiveerd worden. Dit is een relatieve uitzondering. Vaak is er bij een totaalblok ook in deze regio van de bundel van de His te veel ziek weefsel en wordt het escaperitme verderop in de ventrikels gegenereerd. Daarbij is een breed QRS-complex te zien omdat de linker- en rechterbundel niet meer tegelijk worden geactiveerd. De frequentie is dan in de regel ook lager (vaak maar net boven de 30/min), met daarbij forse klachten van bradycardie.

Het opmerkelijke in deze casus is dat de patiënt een hoog in de ventrikels gegenereerd escaperitme had met daardoor een ventrikelfrequentie van boven de 40/min. Eveneens opmerkelijk is het gebrek aan klachten: de frequentie is weliswaar wat hoger dan bij de meeste derdegraads AV-blokkades, maar nog steeds traag. Daardoor werd het blok bij toeval ontdekt. Desalniettemin is ook dit totaalblok een manifestatie van ernstige cardiale geleidingsproblemen en is progressie van bradycardie en klachten te verwachten. Patiënt werd dan ook onmiddellijk per ambulance verwezen en kreeg spoedig een pacemaker. ■



Zoekstrategie ‘Koolhydraatbeperkt dieet bij diabetes’

De zoekstrategie in het literatuuronderzoek van Van Wijland en Rutten over een koolhydraatarm dieet bij diabetes bevat een aantal onvolkomenheden.[1] Consequentie hiervan is dat het aantal gevonden artikelen (‘hits’) kleiner is dan bij een correcte zoekstrategie het geval zou zijn.

Het grootste probleem zit aan het begin: de zoekstring “«Diabetes Mellitus» MeSH” levert 312 hits op (PubMed, december 2019). Wat de auteurs ongetwijfeld bedoelden is om te zoeken met de MEsH-term voor diabetes mellitus. Dat doe je met: “«Diabetes Mellitus»[MeSH]”, waarbij MeSH tussen vierkante haken staat. Een subtiel verschil maar met opmerkelijke gevolgen. Het aantal hits is nu ruim 412.000.

MeSH staat voor *Medical Subject Headings*, het is zogenaamde ‘*controlled vocabulary*’, waarmee medewerkers van de National Library of Medicine, het instituut dat PubMed in beheer heeft, trefwoorden toekennen aan nieuwe artikelen. Wanneer auteurs minder gebruikelijke termen gebruiken in titel of abstract van hun artikel, zorgt deze werkwijze ervoor dat zo’n artikel toch van de juiste trefwoorden wordt voorzien, waardoor het vindbaar wordt onder de generieke term.

Maar het toekennen van de MeSH-termen is handwerk. Het kan maanden duren voordat een nieuw in PubMed opgenomen artikel voorzien is van MeSH-termen. Om die reden is het onverstandig om uitsluitend met MeSH-termen te zoeken, aangezien dan de nieuwste aanwinsten gemist worden.

Het goede nieuws is dat de standaard werkwijze van PubMed is om de door de gebruiker ingetikte termen om te zetten naar MeSH-termen, maar er óók mee in titel of abstract te zoeken als vrije tekstterm. De gebruiker hoeft dus niet zelf op zoek naar die MeSH-termen.

Een voorbeeld: bij het invoeren van de termen “diabetes” en “mellitus” (zonder aanhalingstekens) in PubMed, zal PubMed dit opvatten als «diabetes mellitus»[MeSH Terms] OR («diabetes»[All Fields] AND «mellitus»[All Fields]) OR «diabetes mellitus»[All Fields]. Deze vertaling van de zoekopdracht laat PubMed zien in het venster ‘Search details’. Het aantal hits bedraagt ruim 481.000, aanmerkelijk meer dan wanneer we alleen met de MeSH-term zoeken.

Beschouwing

Koolhydraatbeperkt dieet bij diabetes type 2 niet de enige weg

Hans van Wijland en Guy Rutten

Na een periode waarin de diabeteszorg vooral protocollair moest zijn, zijn we nu aanbeland in het tijdperk van de persoonsgerichte zorg. De patiënt bepaalt het onderwerp van het consult, stelt zijn eigen doelen, maakt een keuze uit de door ons aangedragen opties en monitort zichzelf. Het past ook niet meer om tegen mensen met diabetes te zeggen dat de enige weg naar een betere kwaliteit van leven een koolhydraatbeperkt dieet is. Zo’n advies is niet persoonsgericht en evenmin evidencebased.

Er is veel aandacht voor de behandeling van diabetes mellitus type 2 (DM2) door aanpassing van de leefstijl. Zo is het koolhydraatbeperkte dieet populair. Maar wordt dat wel geschraagd door wetenschappelijk bewijs? Beantwoording van deze vraag kan huisartsen helpen om mensen met DM2 een onderbouwd voedingsadvies te geven. Om die vraag te beantwoorden zijn we nagegaan of een koolhydraatbeperkt dieet op langere termijn de glykemische instelling meer verbetert dan een ander dieet en/of het meer verlaging van het risico op micro- en macrovasculaire complicaties geeft bij mensen met DM2. We raadpleegden daarvoor relevante richtlijnen en verrichten een systematische literatuursearch en een netwerkmeta-analyse van literatuur. Ten slotte keken we naar de veiligheid en bijwerkingen.

WAT ZEGGEN DE RICHTLIJNEN?

Volgens de voedingsrichtlijn van de Nederlandse Diabetes Federatie is er sprake van een koolhydraatbeperkte voeding bij een energiepercentage koolhydraten van < 40 EN% (energieprocent).[1] In de literatuur wordt ook wel gesproken van een matig koolhydraatbeperkt dieet bij een voeding met 26-45 EN% koolhydraten.[2] EN% staat voor het percentage dat een voedingsstof levert aan de totale energie-inname. Een EN% van 40% komt, bij een voeding met 2000 kcal per dag, overeen

Ook voor een ogenschijnlijk simpele handeling als zoeken in PubMed kan het geen kwaad om een deskundige te raadplegen. ■

Hans van der Wouden

LITERATUUR

1. Van Wijland H, Rutten G. Koolhydraatbeperkt dieet bij diabetes type 2 niet de enige weg. Huisarts Wet 2019;62(1):30-2.

DE AUTEURS: CONCLUSIES BLIJVEN GELDIG

Onze zoekstrategie geeft inderdaad een beperkt aantal hits, maar had betrekking op een zeer recente en beperkte periode, namelijk 1 januari 2017 tot 1 oktober 2019. In de meta-analyses die wij vonden via onze hits, troffen wij geen verwijzingen aan die een ander resultaat zouden kunnen doen vermoeden. Onze conclusies met betrekking tot de effecten van een koolhydraatbeperkt dieet bij diabetes type 2 blijven daarom geldig.

Hans van Wijland

Slecht onderzoek vitamine D-suppletie bij ouderen

Het bericht 'Vitamine D-suppletie bij ouderen heeft geen effect op depressie en fysiek functioneren' van Suzanne Marchal (zie www.henw.org) is gebaseerd op een heel slecht onderzoek. Een vitamine D-gehalte van 15-50 is een veel te brede range. Klinisch relevant is pas een vitamine D < 20-25 in mijn ervaring, en zelfs dan nog niet altijd. ■

Jan Wuister

DE AUTEUR: MOGELIJK GEMIST EFFECT

De afkappunten van vitamine D in dit onderzoek zijn gebaseerd op een onderzoek van Schoor, et al..[1] In het bericht is niet vermeld dat de onderzoekers ook nog hebben gekeken of het effect van vitamine D-suppletie op depressie en fysiek functioneren afhankelijk was van de hoogte van vitamine D op baseline (afkappunten vitamine D 30 en 50 nmol/L). Voor fysiek functioneren was dit inderdaad het geval. Verrassend was echter dat vitamine D alleen een significant effect had op fysiek functioneren in de groep met een vitamine D > 50 nmol/L en in de groep met een lager vitamine D juist niet. Door de onderzoekers is dit geïnterpreteerd als niet klinisch relevant en mogelijk een toevallig gevonden effect. Voor depressie was er geen verschil in effect, afhankelijk van vitamine D-waarden op baseline. Hierbij moet wel worden aangemerkt dat de groep met een vitamine D < 30 nmol/L op baseline klein was (n = 25) en dat deze resultaten mogelijk niet valide zijn. Dat wil zeggen dat een effect mogelijk gemist is gezien de kleine groep met vitamine D < 30 nmol/L. Op basis van dit onderzoek kan dus niet met zekerheid worden gezegd wat het effect is van vitamine D op depressie en fysiek functioneren in de groep met een vitamine D < 30 nmol/L.

Suzanne Marchal

LITERATUUR

1. Van Schoor NM, et al.. Longitudinal changes and seasonal variations in serum 25-hydroxyvitamin D levels in different age groups: results of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. Osteoporos Int 2014;25(5):1483-91.

24-uurszorg taak van huisarts?

Opvallend in de bespreking van de veldverkenning 'Woudschoten 2019, Huisartsgeneeskundige kernwaarden en kerntaken herijkt' (H&W september 2019) vond ik de grote groep (20%) die 24-uurszorg *niet* meer de taak van de huisarts vindt. Ik was benieuwd naar de verdeling tussen de aiossen, waarnemers en praktijkhouders als het gaat om deze mening. Ik vermoed namelijk dat vooral jonge huisartsen vinden dat dit stuk van het werk *niet* meer bij ons vak hoort en zittende huisartsen wel. Die 20% zou dan vooral uit jongeren bestaan. Is mijn vermoeden juist dan is dit een zeer duidelijk signaal, want dat zou betekenen dat deze kernwaarde niet meer houdbaar is op langere termijn en dan zijn we genoodzaakt om deze te herzien. ■

Igor Monzón, huisarts te Leeuwarden

Beschouwing

Woudschoten 2019

Huisartsgeneeskundige kernwaarden en kerntaken herijkt

Henriëtte van der Horst, Rob Dijkstra

Op 21 januari 2019 vond in Woudschoten na zestig jaar een tweede conferentie plaats waarin de kernwaarden en kerntaken van de huisartsgeneeskunde gepresenteerd werden. De aanloop naar deze conferentie was een ambitieus, breed gedragen proces waarin ruim duizend huisartsen in denksessies een twaalftal strategische thema's bespraken, gevolgd door algemene enquêtes onder huisartsen, aios en een burgerpanel. De herziene kernwaarden die uit dit proces naar voren kwamen, zijn aanscherpingen van de drie kernwaarden die zestig jaar geleden werden geformuleerd: 'integraal, continu en persoonlijk' werd 'persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk.' Als de vijf kerntaken werden benoemd: medisch-generalistische zorg, spoedzorg, terminale zorg, preventie en coördinatie.

OPNIEUW WOUDSCHOTEN

In januari 1959 formuleerden de grondleggers van het NHG op een conferentie in Woudschoten de drie kernwaarden van de huisartsgeneeskunde: 'integraal, continu en persoonskenmerken in de decennia die volgden. Pas na ruim vijftig jaar kwam er een net iets andere formulering voor twee van de drie kernwaarden. Het *NHG-standpunt Kernwaarden huisartsgeneeskunde* (2011) en de *Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022* (2012) spraken van 'generalistisch, continu en persoonsgericht'.[2,3]

Op 21 januari 2019, zestig jaar na de eerste conferentie, vond er in Woudschoten opnieuw een conferentie plaats over de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde. Wat was de reden om de kernwaarden opnieuw te herijken, nog geen tien jaar na de toekomstvisie uit 2012? Bood deze niet voldoende houvast en richting meer? Er zijn signalen dat dit het geval was. Net als veel andere professionals in de zorg ervaren huisartsen steeds meer druk van buitenaf.[4] Niet alleen nemen regeldruk en administratieve rompslomp sterk toe – wat op doeltreffende wijze aan de kaak gesteld is door de actiegroep Het Roer Moet Om (HRMO) – maar ook het takenpakket van de huisarts groeit voortdurend. Dat laatste hangt samen met een combinatie van factoren. Ten eerste hebben de enorme toename van

DE AUTEURS: EENSGEZINDHEID OVER 24-UURSZORG

Er waren op onderdelen uit de veldverkenning uiteraard wel verschillen tussen de verschillende groepen respondenten, maar op het punt van de 24-uurs huisartsenzorg voor zaken die niet tot de volgende werkdag kunnen wachten, waren de respondenten eensgezind. Aios en waarnemers waren de groepen die zelfs het hoogste scoorden: 85% van beide groepen vond dat het leveren van acute huisartsenzorg tijdens de nacht wel degelijk een taak is van de huisarts. Ook op andere vragen die met continuïteit te maken hebben, scoorden deze groepen vergelijkbaar met de andere groepen. De kernwaarde continuatie zal dus niet snel in het gedrang komen.

Henriëtte van der Horst en Rob Dijkstra

Nieuw onderzoek naar lokale behandeling van schimmelnagels

Roelant Watjer

Regelmatig worden huisartsen geconsulteerd met de vraag naar een effectieve behandeling van schimmelnagels. De NHG-Standaard adviseert oraal terbinafine, dat potentieel ernstige bijwerkingen heeft. Een lokaal middel is het alternatief. In een nieuw onderzoek wordt de effectiviteit van met nagellak aangebrachte miconazol en amorofline onderzocht ten opzichte van placebo voor beperkte onychomycose.

In lijn met een cochranereview adviseert de NHG-Standaard Dermatomycosen oraal terbinafine als effectiefste behandeling voor mycose van de teennagels.[1,2] Gezien de potentiële bijwerkingen en interacties zijn veel huisartsen terughoudend met het voorschrijven hiervan. Als alternatief zijn verschillende lokale middelen beschikbaar. Buitenlands onderzoek suggereert dat behandeling met lokale middelen effectief is bij patiënten met een beperkte vorm van onychomycose, geduid als minder dan driekwart van de nagel.[3] Deze onderzoeken zijn echter van matige kwaliteit en zijn verricht in de tweede lijn.

De vraag in hoeverre een lokale behandeling effectief is in de Nederlandse eerste lijn en bij welke patiënten, is relevant vanuit het oogpunt van veiligheid voor de patiënt en staat tevens op de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. Antwoord op deze vraag kan een belangrijke bijdrage leveren aan het advies van de huisarts in de spreekkamer.

In een dubbelblind gerandomiseerde trial worden miconazol en amorolfine vergeleken met placebo. Het onderzoek wordt uitgevoerd in de regio Leiden bij volwassenen van 18 tot 70 jaar met een beperkte vorm van onychomycose (25 tot 75% van de nagel aangedaan), waarbij minimaal één teennagel aangedaan moet zijn en hooguit drie teennagels per voet. Miconazol en amorolfine worden in lijn met de standaarddosering respectievelijk eenmaal daags en eenmaal per week aangebracht in de vorm van nagellak. Het onderzoek startte in het najaar van 2019 en de eerste resultaten worden naar verwachting eind 2020 bekend. ■

Is een lokale behandeling van schimmelnagels effectiever dan een orale?

Foto: Shutterstock

LITERATUUR

1. Kreijkamp-Kaspers S, Hawke K, Guo L, Kerin G, Bell-Syer SEM, Magin P, et al. Oral antifungal medication for toenail onychomycosis. Cochrane Database Syst Rev 2017;7:CD010031.
2. Van Puijenbroek EP, Duyvendak RJP, De Kock CA, Krol SJ, Jaspar AHJ, Loogman MCM. NHG-Standaard Dermatomycosen (Eerste herziening). Huisarts Wet 2008;51(2):76-84.
3. Gupta AK, Daigle D, Foley KA. Topical therapy for toenail onychomycosis: an evidence-based review. Am J Dermatol 2014;15:489-502.

Watjer R. Nieuw onderzoek naar lokale behandeling van schimmelnagels. Huisarts Wet 2020;63(2):60. DOI:10.1007/s12445-020-0422-2.
LUMC, Afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: R. Watjer, aioto, r.watjer@lumc.nl. Meer informatie: www.lumc.nl/schimmelnagels.
Dit is een bijdrage in de rubriek Lopend onderzoek, relevant voor de eerste lijn, geschreven door een promovendus.

MOOIE EN INTIEME INKIJK IN HUISARTSENVAK

Zaat J. De praktijk van een huisarts. Amsterdam: Uitgeverij Podium, 2019 | 171 pagina's | prijs: € 15,- | ISBN 9789057599941

Het boek 'De praktijk van een huisarts' is een bundeling van de Volkskrant-columns van huisarts Joost Zaat. Daarin laat hij vooral zien hoe mooi het huisartsenvak is, maar ook dat er dokters nodig zijn die tegen de stroom inroeien.

Joost Zaat, huisarts en oud-hoofdredacteur van H&W, geeft in zijn wekelijkse columns in de Volkskrant een mooie en intieme inkijk in ons werk als huisarts. Dit boek bundelt zijn columns tot nu toe. Hij laat vooral zien hoe mooi ons vak is. De beschrijvingen van zijn patiënten zijn herkenbaar, liefdevol en vooral respectvol. Minder respectvol is hij naar alle controlerende instanties, ICT-drammers, zorgverzekeraars en ook naar onze eigen beroepsgroep die door overdreven controledwang en onvoldoende wetenschappelijk onderbouwde kwaliteitseisen de ziel van ons vak aantasten. Hij heeft gewoon gelijk: ons vak heeft dokters nodig die tegen de stroom inroeien en eigen keuzes maken, gebaseerd op wetenschappelijke inzichten en kennis van de individuele patiënt. Zijn 'moppercolumns' zijn herkenbaar en heerlijk om te lezen, vooral omdat hij zijn vaak terechte kritiek richt op de instanties en personen die het verdienen, nooit op zijn eigen patiënten.
Dit boek verdient een breed lezerspubliek onder huisartsen. En zeker ook onder de aios en jonge huisartsen. Zaat laat zien dat de enige manier om ons vak goed uit te oefenen betekent dat je je verantwoordelijkheid als echte huisarts neemt en een eigen praktijk begint. Vandaag nog. ■

Wim Verstappen

WAARDERING: ●●●●●

KLEINE KWALEN EN ALLEDAAGSE KLACHTEN BIJ ZWANGEREN

Eekhof J, Scherptong-Engbers MJ, Bruggink SC, Bonten TN, Kruis AL. Kleine kwalen en alledaagse klachten bij zwangeren. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2019 | 321 pagina's | Prijs € 54,95 | ISBN 9789036824064

Dit boek is een welkome toevoeging aan de populaire 'Kleine kwalen'-reeks. Een fraai vormgegeven overzicht van de meest voorkomende aandoeningen bij zwangeren waar een huisarts mee te maken kan krijgen. Het is een onmisbaar standaardwerk voor de huisarts (in opleiding) en zeer bruikbaar voor verloskundigen en gynaecologen (in opleiding).

In de afgelopen decennia is het aantal verloskundig actieve huisartsen fors afgenomen. Waar de zorg voor zwangeren door huisartsen voorheen vanzelfsprekend was, is dat nu voor wat betreft het begeleiden van zwangerschap en kraambed zeldzaam geworden. Hiermee dreigt ook de kennis over ziekten bij zwangeren te verdwijnen. De beperkte aandacht voor zwangerschapsgerelateerde aandoeningen in de geneeskunde- en huisartsopleiding ligt hier mede aan ten grondslag. Maar huisartsen zullen nog steeds regelmatig geconfronteerd worden met zwangeren die zich melden met medische klachten. Het is dan goed om terug te kunnen vallen op een naslagwerk dat gebaseerd is op wetenschappelijke kennis, waarbij de NHG-Standaarden leidend zijn.
Het boek bevat 54 hoofdstukken, verdeeld over zeven delen: Algemeen, Huid, Hoofd, Buik, Bewegingsapparaat, Medicamenteuze adviezen en Na de bevalling. Er is dus ook aandacht voor de preconceptionele- en postpartumperiode. De opbouw van de hoofdstukken volgt de bekende opzet uit H&W: elk hoofdstuk begint met kernpunten, waarna de presentatie door de patiënt aan bod komt, gevolgd door een uitwerking van de problematiek inclusief het te volgen beleid. De titel is, gelukkig, enigszins misleidend. Er is ook aandacht voor potentieel ernstige aandoeningen, zoals pre-eclampsie, HELLP, cholestase en GAS-infecties. Het enige minpunt (en daarom geen vijf sterren) is dat de online versie helaas alleen beschikbaar is als afzonderlijk abonnement. Bij beleidsaanpassingen, zoals de recente invoer van kinkhoestvaccinatie bij zwangeren, kan de informatie in het boek achterlopen bij de actualiteit. ■

Marco Neeteson

WAARDERING: ●●●●○

Oplossing Uw diagnose
‘Pijnlijke zwelling op de handrug’

Plaveiselcelcarcinoom is na basaalcelcarcinoom de meest voorkomende vorm van huidkanker. Het wordt met name bij blanke, oudere mannen gezien met veel chronische zonexpositie. Vaak betreft het een huidkleurige tumor met hyperkeratose, op aan zonlicht blootgestelde huid, zoals in deze casus. Regelmatig wordt er centrale ulceratie gezien en (druk)pijn kan voorkomen. Naast de aan zonlicht blootgestelde delen van de huid, kan het plaveiselcelcarcinoom ook voorkomen op de slijmvliezen. Het grootste klinische verschil met een basaalcelcarcinoom is de aanwezigheid van hyperkeratose bij een plaveiselcelcarcinoom. Ook ontbreken bij het plaveiselcelcarcinoom het glazige/glanzende aspect en de teleangiëctasieën. Een actinische keratose is het premaligne voorstadium van een plaveiselcelcarcinoom en het onderscheid is soms moeilijk te maken. Actinische keratosen met inflammatie/induratie, een diameter > 1 cm, snelle groei, bloed, erytheem, spontane pijn of ulceratie geven een verhoogd risico op invasieve groei en ontwikkeling tot een plaveiselcelcarcinoom.
Bij deze casus werd patiënt in verband met een vermoeden van een plaveiselcelcarcinoom volgens de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen naar de dermatoloog verwezen. Het bleek een primair goed gedifferentieerd plaveiselcelcarcinoom, dat inmiddels geëxcideerd is.

LITERATUUR

https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-verdachte-huidafwijkingen
https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/ptxt/plaveiselcelcarcinoom.htm

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, Pieter Buis, Susanne Claessen, Mirrian Hilbink, Petra van Peet, Lin Smeets, Wim Verstappen en Kim van Wijck.

Redactiebureau
Daisy Dinsbach, Anita Wittebol (secretariaat), Judith Mulder, Ellen Olbers, Susan Umans (eind- en webredactie), Annet Sollie (eindredacteur e-health), Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie), Mariëlle van Avendonk (medisch-inhoudelijke eindredactie) Margot Scheerder en Wendy Westerhof (beeldredactie).
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 088 5065500, redactie@nhg.org

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

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

Abonnementen
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 262,00, online-only abonnement € 157,20, studenten 50% korting.
Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd.
Bent u NHG-lid en wilt u een adreswijziging doorgeven, stuur dan een e-mail naar info@nhg.org met daarin alle relevante informatie.
Voorwaarden: www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen
Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736.

Voorwaarden
www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen. Informatie: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736.
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.

© 2020 NHG
ISSN 0018-7070

COLUMN

Plofpillen

Herkenbaar? Je schrijft een recept uit, maar het middel is niet leverbaar. In 2018 was dat het geval met zo'n duizend uiteenlopende geneesmiddelen. Soms is een alternatief zo gevonden, maar steeds vaker niet.
Dat een geneesmiddel niet leverbaar is kan komen door een kleine voorraad, een fout bij de productie met afgekeurde productiebatches tot gevolg, of er is een wereldwijd tekort aan de geneesmiddelgrondstof. Steeds vaker komen er bovendien meldingen van verontreinigde geneesmiddelgrondstoffen. Onze geneesmiddelen worden vrijwel niet meer in Europa gemaakt, maar worden ver weg en snel geproduceerd met een zo hoog mogelijke opbrengst voor een lage prijs. Tabletten van verschillende generieke merken bevatten de grondstof van een en dezelfde fabriek in bijvoorbeeld India of China. Ook zijn er steeds minder fabrikanten, waardoor we afhankelijk zijn van een paar fabrieken.
Natuurlijk zijn we gebaat bij lage geneesmiddelkosten. Immers, zo houden we de zorg betaalbaar. Bij gelijkwaardige geneesmiddelen kiezen we in het NHG-Formularium voor de laagste prijs. Als neveneffect maken we ons daarbij afhankelijk van de (massa)productie van geneesmiddelen ver weg, in een of twee fabrieken. Onverkwikkelijk wanneer zulke goedkoop geproduceerde *plofpillen* verontreinigd blijken met schadelijke stoffen.
Onze minister werkt aan oplossingen, zoals een aan te leggen voorraad van vijf maanden. Of dit verlichting zal geven, is de vraag. Het streven om de productie terug in Europa te krijgen klinkt positief, al profiteren we daar op korte termijn niet van. Wat we zelf kunnen doen? Conform onze richtlijnen inzetten op een gezonde leefstijl en daarmee het gebruik van geneesmiddelen voorkomen.

Monique Verduijn, apotheker en programmaleider NHG-Formularium, schreef deze maand de gastcolumn

KORT NIEUWS

Hoogtepunten NHG in 2019

In een oogopslag zien wat de hoogtepunten van het NHG waren in 2019? Dat kan met de NHG-Highlights. Dit jaarverslag in vogelvlucht geeft een overzicht van de belangrijkste activiteiten uit de strategische en tactische programma's uit het meerjarendocument 'Route 2022'. Dit document is vorig jaar opgesteld om goed aan te blijven sluiten bij de veranderende behoeften van onze leden. Vanuit vier strategische programma's werken we aan standpunten, productvernieuwing, verbeterde dienstverlening en versterking van de inbreng van (en verbinding met) onze leden. We vertalen dit binnen het NHG in veertien tactische programma's die tot inhoudelijke verbeteringen van de huisartsenzorg moeten leiden.
Een van de hoogtepunten is de verhoging van de subsidie voor het richtlijnenprogramma van 1,9 naar 2,4 miljoen euro. Hiermee kunnen de richtlijnen verder worden ontwikkeld, geactualiseerd en verbeterd.
Een ander hoogtepunt is de enorm gestegen populariteit van Thuisarts.nl: het aantal bezoeken steeg van 100.000 naar 160.000 per dag. Ook kreeg Thuisarts.nl met het Certificaat voor toegankelijkheid erkenning voor het feit dat de website goed toegankelijk is voor mensen met een beperking.

➤ Alle hoogtepunten? Kijk op nhg.org/vereniging

Internationale conferentie kwaliteit en patiëntveiligheid spoedzorg

EQuiP is de Europese vereniging voor kwaliteit en patiëntveiligheid in de huisartsgeneeskunde. Zij organiseert jaarlijks een internationale conferentie. Dit jaar is de conferentie in Nederland, georganiseerd door Schola Medica, het NHG en Huisartsopleiding Nederland. Deze conferentie heeft tot doel huisartsen, aios, opleiders, onderzoekers, docenten en beleidsmakers te inspireren met alles dat te maken heeft met de kwaliteit van spoedzorg. Bijvoorbeeld telefonische triage, diagnostische en e-healthinnovaties en training van (jonge) professionals.
Zowel het perspectief van patiënten als het perspectief van huisartsen wordt tijdens de conferentie belicht. Ook is er ruim gelegenheid om eigen vaardigheden op te frissen.

➤ 8 en 9 mei 2020: EQuiP-conferentie, Schola Medica, Utrecht, www.equip2020.nl

PIN Traumatische knieklachten

In februari verschijnt de PIN Traumatische knieklachten, tegelijk met de herziene NHG-Standaard. De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige versie zijn een uitgebreider lichamelijk onderzoek en toevoeging van een aantal bewegingstesten. Doel van de testen is om een indruk te krijgen van de stabiliteit van de knie. Verder heeft oefentherapie een grotere plaats in het beleid. Een geheel nieuwe instructiefilm maakt deel uit van deze e-learning.
De PIN leert onder andere het uitvragen van het ongevalsmechanisme, welk onderzoek geïndiceerd is voor het opstellen van een differentiaaldiagnose, de aanpak van traumatische knieklachten in de eerste lijn en adequaat verwijzen van patiënten met deze klachten.

➤ Kijk op nhg.org/pin en nhg.org/scholing/abonnement-internetversie

MEERWAARDE ONLINE INZAGE MEDISCHE GEGEVENS

Chris Noordzij, huisarts in Heemskerk waar patiënten al vanaf 2013 toegang hebben tot het patiëntenportaal van het HIS.

Patiënten die dat willen, krijgen vanaf 1 juli 2020 online toegang tot hun medische gegevens bij de huisarts. Ze krijgen bijvoorbeeld toegang tot de E- en P-regel, het actuele medicatie-overzicht, geneesmiddelenallergie, alle correspondentie en resultaten van diagnostische bepalingen. Voor sommige huisartsen is dit een nieuwe ontwikkeling, terwijl anderen al jaren de voordelen ervaren van online inzage. Een van hen is praktijkhoudend huisarts Chris Noordzij: "Wij hebben om acht uur 's morgens bijna geen telefoon meer en vooral het online bekijken van de labuitslagen ervaren patiënten als erg positief."

In de huisartsenpraktijk van Chris Noordzij in Heemskerk hebben patiënten al vanaf 2013 toegang tot het patiëntenportaal van het HIS. Enkele jaren later is daar ook de toegang via een app aan toegevoegd. "Patiënten kunnen online afspraken inplannen, herhaalrecepten aanvragen, labuitslagen bekijken of een vraag stellen via het eConsult. Op alle fronten zien we een duidelijke stijging in het gebruik."

Therapietrouw en zelfmanagement

In de praktijk valt op dat patiënten minder bellen. Om acht uur kan één doktersassistente de binnengekomen telefoontjes afhandelen, de andere assistente is vrij voor andere taken. Met het eConsult creëert Noordzij meer ruimte tijdens het spreekuur. "Het is druk genoeg, dus het is mooi dat ik die tijd weer aan iemand anders kan besteden. Daarnaast kun je je patiënt online even aansporen of motiveren om de voorgeschreven oefeningen of behandeling uit te voeren. Een mogelijkheid waar we nu veel meer gebruik van maken en waarvan we zien dat het goed is voor de therapietrouw."

Binnen de huisartsenpraktijk in Heemskerk worden sinds de komst van online inzage ook andere gesprekken gevoerd. "Een van mijn patiënten heeft uit het portaal een grafiek gehaald hoe haar LDL-cholesterol in de loop der tijd is veranderd. Tijdens mijn spreekuur vroeg ze of het zakken van haar LDL-cholesterol een relatie had met het feit dat ze was afgevallen. In zo'n geval zie je dat de patiënt aan de slag gaat met zelfmanagement. Dat is zeker niet bij iedereen het geval, maar voor de patiënten die dit willen, is online inzage een uitkomst."

Team is de sleutel tot succes

Huisarts Noordzij benadrukt dat online inzage de hele praktijk aangaat. "Je kan niet zeggen: ik ga morgen starten. Je moet er met je team afspraken over maken en samen kijken wat de meerwaarde is voor de praktijk. Als je die meerwaarde niet ziet, dan gaan de patiënten het merken en is je team niet betrokken. Dan mislukt het. Terwijl als je online inzage het voordeel van de twijfel geeft, het je praktijk winst oplevert."
Tijdens het spreekuur, maar ook aan de telefoon worden patiënten actief gewezen op de online mogelijkheden. Zo krijgen patiënten de vraag om na twee weken een berichtje te sturen hoe het gaat, of ze ontvangen een mail met de mededeling dat hun labuitslag klaar staat. "Het is goed om over dit soort dingen in gesprek te blijven met je patiënten. Ik was in het begin bijvoorbeeld heel formeel via de app, terwijl mijn patiënten het prima vinden als je stuurt: je uitslagen zijn goed."

1 juli 2020

Voor het invoeren van de online inzage per 1 juli 2020 moet het HIS van Noordzij nog worden aangepast. Zo moet bijvoorbeeld de P-regel zichtbaar zijn voor patiënten. Hij verwacht dat de invoering de praktijk tijd en energie gaat kosten. Toch is hij positief over de ontwikkeling: "Het is goed dat mensen thuis kunnen zien wat we hebben afgesproken. Ik merk dat mensen het toch vaak vergeten. Maar we moeten ook realistisch zijn: het is voor de huisarts onmogelijk om alles op te schrijven wat er is besproken. Patiënten kunnen straks de diagnose zien en een paar korte punten waarin bijvoorbeeld staat wat er is besproken. Dat gaat de therapietrouw hopelijk nog verder verbeteren."

Dit artikel is eerder gepubliceerd op https://open-eerstelijn.nl.

GEGEVENSUITWISSELING ROND KWETSBARE MENSEN MOET BETER

De samenwerking tussen zorg- en hulpverleners rondom kwetsbare ouderen, zwangere vrouwen en jonge kinderen in de wijk wordt belemmerd door gebrekkige gegevensuitwisseling. De EerstelijnsPartners - negen landelijke organisaties in de eerstelijnszorg waaronder het NHG – gingen eind november 2019 hierover in gesprek met vertegenwoordigers van onder meer patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, (semi-) overheid en politiek.

Janneke Verhees, voormalig wijkverpleegkundige en nu POH Ouderen in Eindhoven, en Myrna Knol, verloskundige uit Zwolle, maakten tijdens de bijeenkomst concreet wat er misgaat als gegevens ontbreken.

Missers en tijd

Vaak kost het gebrek aan digitale communicatie en gegevensuitwisseling onnodig veel tijd. Bijvoorbeeld als de wijkverpleegkundige fysiotherapie in gang zet voor een cliënt, terwijl de huisarts dat twee weken eerder al heeft gedaan (en de licht dementerende cliënt dit zelf niet meer weet). Maar geregeld gaan er ook dingen (bijna) mis. Zo kon Janneke net voorkomen dat de mooie bloedsuikerwaarde van 6,3 die zij bij een oudere cliënt thuis opnam en telefonisch doorgaf aan de doktersassistente, genoteerd werd als 3,6 (waarbij alle alarmbellen gaan rinkelen).
Het advies van Janneke om de geschetste problemen op te lossen: "ga uit van de cliënt en zorg voor een veilig systeem waar alle zorg- en hulpverleners, de cliënt en de mantelzorgers aan mee kunnen doen. Het moet beschikbaar zijn op ieder device, een interactief overzicht geven, geen extra akkoord vereisen en je moet er berichten en foto's in kunnen delen. Als zorgverlener moet je makkelijk kunnen switchen tussen systemen en per cliënt moet duidelijk zijn wie de regievoerder is."

Identieke problematiek bij verloskundigen

Myrna Knol begeleidt als verloskundige mensen in een hele andere, maar even kwetsbare levensfase. De problemen door gebrekkige informatieoverdracht zijn bijna identiek. "Ik volg de zwangere vrouw, doe onderzoeken, maak echo's en noteer mijn bevindingen in het dossier. Dat geef ik op papier mee aan de vrouw, zodat zij dit met de huisarts, de gynaecoloog of andere betrokken zorgverleners kan delen. Maar papier vergeet je wel eens, en de informatie moet worden overgetikt in het eigen zorgsysteem. Het gevolg is dat de zwangere vrouw haar verhaal opnieuw moet doen en onderzoeken worden overgedaan. Er is net voldoende geld om de ICT-systemen waar we nu mee werken te onderhouden. Investeringen voor innovaties moeten van onszelf komen en die financiële ruimte hebben we niet. Wat zou helpen is het opnemen van een structurele vergoeding voor ICT in de tarieven voor verloskundige zorg, een keurmerk voor softwarepakketten en het vergroten van de kennis over software onder verloskundigen."

Bereiken en begrijpen

Quintus Bosman van Nictiz concludeert dat zorg- en hulpverleners elkaar moeten bereiken en begrijpen. "Het gaat niet alleen om techniek. Zorgverleners, beleidsmakers, zorginkopers en ICT-leveranciers moeten het ook met elkaar eens worden. Welke gegevens wisselen we uit? Welke taal spreken we?"
"De Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO), biedt geen snelle oplossing", stelt Margo Brands van de Patiëntenfederatie resoluut. "Het leveren van goede zorg moet niet afhankelijk zijn van het PGO. Dat zorgt ervoor dat patiënten over hun medische gegevens kunnen beschikken en regie kunnen voeren. De uitwisseling van informatie tussen professionals staat daar los van."

Stuur verkenner

Hoe dan wel? "Door VWS is al een zogenaamde verkenner toegezegd. Stuur die per direct op pad om te bekijken wat er vanuit de zorgbehoefte nodig is. Om welke zorg of hulp gaat het, welke informatie hebben de zorg- of hulpverleners nodig en wanneer", aldus Arthur Eyck van InEen. "Als dat in beeld is, kunnen we vaststellen wat er moet worden vastgelegd en gedeeld, hoe en door wie om de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Vervolgens kan dat technisch worden ingericht."
Vertrekpunt daarvoor is de handreiking Kwetsbare ouderen thuis, die in het voorjaar van 2019 door dertien partijen uit medische, sociale en zorgdomein is gepubliceerd.

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

‘Uitbehandelde’ hypochondrie

Aios Lisan van Gorp werkt in een praktijk in een achterstandswijk van een grote stad. Daar kwam ze in aanraking met een patiënte met hypochondrie en OCD, die al meermaals behandeld en opgenomen is geweest zonder resultaat. “Momenteel belt zij een aantal keer per dag naar de praktijk en staat meerdere keren per week zonder afspraak op de stoep om gezien te worden. Zij is op geen enkele manier gerust te stellen. Ook bezoekt zij in zeer hoge frequentie de huisartsenpost met dit probleem tijdens diensturen. Ze heeft deze aandoeningen al jaren maar de laatste twee jaar is het erger geworden. Momenteel is de situatie onhoudbaar. Een GGZ-opname zit er voorlopig niet meer in omdat ze daar uitbehandeld is.”
Lisan legt uit: “Met de artsen hebben we onderling afgesproken dat we haar af en toe aanhoren, maar geen lichamelijk onderzoek doen omdat dit haar hypochondrie voedt. Ze wordt steeds dwingender en is moeilijker naar huis te sturen. Ze gaat in de wachtkamer zitten en eist dat ze gezien wordt. Wanneer we haar gesproken hebben, is ze nog niet bij de voordeur of ze begint weer van voor af aan. Soms moet ze daarom standvastig naar buiten gedirigeerd worden en staat ze huilend voor de praktijkdeur aan te bellen. Schrijnend om te zien. Als je als huisarts hier jarenlang mee te kampen hebt, verlies je misschien het vertrouwen dat je iets vindt om haar te kunnen helpen. Moeten we dan maar wachten tot de maatschappelijke teloorgang dusdanige vormen aanneemt dat ze alsnog gedwongen kan worden opgenomen? Of tot ze zelf uit ellende een einde aan haar leven maakt?”
Uit de reacties merkt Lisan dat er veel herkenning is. “Helaas zit dé oplossing er nog niet tussen, maar ik wil wel dingen gaan uitproberen, zoals de inzet van een PIT-verpleegkundige (psychiatrische intensieve thuiszorg). Ook de suggestie om Krachtige basiszorg te gebruiken is het proberen waard.”

Heeft u ook een vraag of opinie? Plaats uw oproep op het HAweb Ledenforum!

Thuisarts.nl/hypochondrie
NHG-Standaard Angst
Krachtigebasiszorg.nl

Colofon NHG Forum

Redactie: NHG-bureau. Met bijdragen van Margriet van Lingen, Jennifer Punt, Shutterstock, Margot Scheerder en Unsplash. Eindredactie en contact: Susan Umans, s.umans@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.

In deze rubriek komen huisartsen aan het woord. Meningen geuit op HAweb kunnen afwijken van de standpunten van het NHG. Ook voor deze meningen biedt het NHG graag een podium. De teksten zijn bewerkt, kijk voor de volledige reacties op het HAweb Ledenforum.

Krachtige basiszorg

Wanneer iemand in de ‘ziektezorg’ is uitbehandeld, blijft het ondersteunen bij het ‘zorgdragen voor eigen gezondheid’ over. Zo is het in ons nieuwe zorgstelsel bedacht en door wetten geregeld. Dit kun je als huisarts niet alleen, het is een gedeelde verantwoordelijkheid en organiseer je samen met alle partners in de wijk rondom de zorgvrager. Een praktijkvoorbeeld is te vinden op de website krachtigebasiszorg.nl/wat-kun-je-zelf-doen.
Huisarts in Utrecht

Meekijkconsult

Pas had ik een vergelijkbare casus met een recent bij ons ingeschreven patiënte. Ze liep al langere tijd bij de psychiater met de diagnose angststoornis en hypochondrie, had veel specialisten bezocht, en was op geen enkele manier gerust te stellen. Dat ze zelfs voor een korte tijd niet gerust te stellen was, klopte naar mijn gevoel niet. Ik heb een meekijkconsult geregeld en samen met een psychiater gekeken. De conclusie was: depressie met psychotische kenmerken, dus geen hypochondrie maar hypochondrie-waan. Zij heeft TCA en antipsychotica gekregen en je kunt nu normaal met haar communiceren. Ik zie een ander mens in mijn spreekkamer.
Huisarts in Zuid-Holland

PIT-verpleegkundige

Onze aanpak is telefoon en consulten begrenzen: één keer per dag bellen en één keer per week een consult. Samen met begeleiding door een PIT-verpleegkundige vanuit de GGZ gaat het al langere tijd goed (wel met heel veel zorgconsumptie natuurlijk). Voor mezelf helpt de mantra: niemand belt voor z’n lol naar de huisarts. Repeat: niemand belt voor z’n lol naar de huisarts. Repeat, et cetera. Er is wel degelijk sprake van lijdensdruk.
Huisarts in Noord-Brabant